



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA  
DE SALUD

SERVICIOS DE  
SALUD PÚBLICA



2024  
Felipe Carrillo  
PUERTO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO  
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
LICENCIATURA EN MEDICINA  
C.S.T-III SAN FRANCISCO TLALTENCO

Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México. Un enfoque de desarrollo de capacidades.

TÍTULO DEL TRABAJO:

IMPACTO DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL CENTRADO EN LA PERSONA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRONICAS EN UNIDADES DE PRIMER CONTACTO

POR: MPSS SILVA CABALLERO BRENDA

MATRÍCULA: 2162032351

PROMOCIÓN: FEBRERO 2023- ENERO 2024

ASESORES:

DR. RÍOS CORTÁZAR VÍCTOR

ASESOR INTERNO

DRA. GARCÍA SALAS ROSALBA

ASESOR EXTERNO

FEBRERO 2024

## **Tabla de 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.

3.3.1 Balance del desempeño clínico en el proyecto de las y los pasantes de la promoción febrero 2023.

3.3.1.1 Número total de pacientes con enfermedades crónicas atendidos a lo largo del año de servicio social de acuerdo con los registros en Redcap.

3.3.1.2 Información demográfica

3.3.1.3 Diagnóstico y seguimiento

3.3.1.4 Resultados de control de enfermedad crónica

3.3.1.5 Acción comunitaria

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

3.4.1 Tutoría de casos.

### **4. Conclusiones**

### **5. Referencias bibliográficas**

### **6. Anexos**

## Presentación

En la actualidad debido al acrecentamiento de la población, el requerimiento de atención y el desabasto de los servicios de salud por la alta demanda es necesario adaptar estrategias en el cuidado y atención a la salud, tomando como piedra angular el autocuidado. Desde hace algunas décadas existen modelos internacionales que toman a la persona como el eje motor para el cuidado de su salud y el manejo de sus propias enfermedades.

Este documento tiene como objetivo principal describir la experiencia de aplicar el modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en el C.S.T. III San Francisco Tlaltenco ubicado en la jurisdicción Tláhuac durante el periodo febrero 2023-enero 2024 durante la realización de mi servicio social.

La distribución del contenido incluye:

Descripción del modelo expandido de cuidados crónicos, adaptado por la UAM Xochimilco y su relación con las actividades realizadas en el centro de salud C.S.T. III San Francisco Tlaltenco aplicando el modelo de atención integral centrado en las personas al cuidado y atención de enfermedades crónicas en pacientes que acuden a recibir atención médica y de salud a la unidad.

El desglose del contenido de los módulos que componen el diplomado, así como cada una de las actividades que se realizaron a lo largo del año en el centro de salud y en las unidades designadas para las sesiones académicas del diplomado.

Se incluye también los productos finales de cada modulo como: un ensayo acerca del enfoque de capacidades y una revisión sistemática para conocer los recursos con los que disponemos para el acompañamiento clínico, la descripción de los casos clínicos que se trabajaron durante todo el año, así como las incógnitas y reforzamientos que surgieron durante su desarrollo.

De la misma manera se integra el reporte estadístico con los datos obtenidos de la atención a los pacientes con enfermedades crónicas que pertenecen al modelo de atención centrado en la persona y se atienden en el centro de salud. Se concluye con el balance del trabajo que se realizó durante el servicio social, las experiencias obtenidas en el diplomado y en la Secretaria de Salud, lo que represento en mi formación profesional, y finalmente las expectativas a futuro.

Con respecto a la incorporación a la plaza de servicio social, mi experiencia fue extraña pues a pesar del curso impartido por las autoridades de la secretaria de salud sobre el modelo y de la jefa de enseñanza de las jurisdicción, al llegar al centro de Salud San Francisco Tlaltenco encontré la sorpresa de que las autoridades desconocen realmente la importancia del modelo, como se implementa y que

actividades se desarrollan, sin embargo creo que se justifica con el hecho de que de todos los centros de salud pertenecientes a la jurisdicción Tláhuac, Tlaltenco es el único en el que hasta el día de hoy se aplica el modelo de atención centrado en la persona.

Fue necesario apoyarme de mi compañera medico pasante y de la asesora del centro de salud quienes poco a poco fueron instruyéndome para conocer el programa y las actividades que se realizan durante su desarrollo.

A pesar de la controversia que surgió al principio, ha sido una experiencia gratificante ya que pude darle seguimiento y poder ver la evolución mes con mes de los pacientes, así como también poder mejorar la relación medico paciente y tener la posibilidad de cambiar mi perspectiva y aplicar un modelo de atención a la salud diferente a lo tradicional.

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

El modelo expandido de atención a cuidados crónicos tiene su base fundamentalmente en la promoción de la salud y prevención de complicaciones, si bien el tratamiento es importante. Es necesario empoderar a cada paciente para el cuidado de su propia salud y la prevención de complicaciones, no se trata de hacer responsable al paciente de su enfermedad, pero sí de hacerlo participe de su tratamiento y control.

Este modelo tiene la particularidad de que ve al individuo como el ente principal y lo posiciona al centro, a diferencia de los modelos tradicionales que se enfocaban principalmente en la enfermedad y los cuidados generales, es decir sin personalizar la atención acorde a las necesidades de la persona.

La adecuación de la UAM Xochimilco se compone de subsistemas que incluyen 3 componentes eje:

- 1.- La relación médico-paciente-enfermedad, así como la interacción entre ellos.
- 2.- Los sistemas de salud y sitios de información y búsqueda para 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 una comunidad.

De acuerdo con la estructura y los ejes antes mencionados, durante el proyecto se realizaron actividades subdivididas en cuatro módulos en los cuales se aplicó en todo momento la atención integral centrada en la persona.

Modulo1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica.  
Enfoque de capacidades

Dentro de las actividades que se realizaron en este módulo se incluyó la revisión y análisis de lecturas y artículos enfocados al autocuidado y/o autogestión de los pacientes con respecto a su enfermedad, la manera de afrontarlo y como el rol principal del médico cambia a formar parte de un equipo en el cual se toman decisiones en conjunto y no de manera autoritaria, demostrando así que el paciente es parte fundamental en el control y manejo de su enfermedad. Siendo el objetivo principal empoderar al paciente y lograr desarrollar capacidades y habilidades que favorezcan la toma de decisiones con respecto a su salud y enfermedad, pero sobre todo con respecto a su calidad de vida. Como producto final de este módulo se realizó un ensayo enfocando como tema principal la autonomía, activación, empoderamiento y la toma de decisiones en conjunto.

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

En este modulo el enfoque principal se basó en el análisis de los mejores recursos para obtener la mejor evidencia científica con respecto a los temas de interés para mejorar la atención en salud de los pacientes. Como resultado se obtuvo una revisión sistemática mediante una pregunta PICO para así determinar la mejor evidencia y lograr resultados que favorezcan un control y adecuado manejo de la enfermedad crónica en los pacientes.

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

Para 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 las actividades que se realizaron para promocionar la salud y prevenir complicaciones.

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

La finalidad de este modulo fue analizar con ayuda de los asesores diversos casos clínicos que se presentaban durante la consulta en los diferentes centros de salud que pertenecen al proyecto. Esto permitió favorecer la autoevaluación y adquirir capacidades de mejora en el tratamiento de los pacientes.

## **El diplomado**

El trabajo del diplomado durante el desarrollo del servicio social tenía como principal objetivo construir y fortalecer una relación médico paciente. Consistía en dar consulta médica de control para enfermedades crónicas a un grupo de pacientes que pertenecían al centro de salud y como tal al proyecto mismo del diplomado.

Se contaba con una agenda personal en la cual se le programaba consulta a los pacientes de manera periódica (mensual/bimensual) para que asistieran a revisión médica y realizar el ajuste necesario en su tratamiento para favorecer un mejor control de su enfermedad.

De acuerdo con las actividades del centro de salud como parte del proyecto se realizaba consulta los miércoles y jueves, Mientras que los días restantes (lunes y martes) se realizaban actividades específicas del servicio de epidemiología y se otorga consulta general.

El viernes se asistía de manera presencial y/o virtual a las actividades académicas específicas programadas en cada sesión, cada una se enfocaba directamente a temas relacionados con los cuatro módulos que integran el diplomado.

Como producto final de los módulos se realizaron actividades como un ensayo relacionado con el autocuidado/autogestión, una revisión sistémica acerca de la polifarmacia en el adulto mayor y la influencia que tiene en la calidad de vida. La presentación de casos clínicos para discusión y análisis como parte del reforzamiento de la atención médica.

Un de los eventos o actividades más importantes fue la realización del encuentro de pacientes pues tuvimos oportunidad de reunir y conocer las expectativas de vida y de salud de cada uno de los pacientes.

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

## **Contenido**

### 1. Introducción

### 2. Objetivos

- a. General
- b. Específicos

### 3. Justificación

### 4. Desarrollo

- a. Panorama actual de las enfermedades crónicas en México
- b. Atención integral y la relación médico-paciente en el modelo de atención centrado en la persona
- c. Beneficios del autocuidado en la atención de pacientes con enfermedades crónicas que asisten a consulta y pertenecen al diplomado.

### 5. Conclusiones

### 6. Referencias

### 7. Anexos

## **Introducción**

Con el paso de los años y debido a la evolución de la población, ha surgido la necesidad de adaptar la atención a la salud de acuerdo con las características individuales de cada persona.

Actualmente la práctica médica ha sufrido cambios importantes, tal como demostrar que es relevante realizar cambios en la misma, pues los modelos de atención a la salud enfocados en enfermedades han dejado de ser funcionales para la población actual, el trasfondo del problema parte principalmente de que no se toman en cuenta las características específicas de cada persona y la mayoría de los modelos establecen un manejo y tratamiento generalizado para la población.

Debido a la alta demanda de personas que viven con enfermedades crónicas, y a los factores socioeconómicos que interfieren para la atención en diversas instituciones de salud públicas y privadas, es necesario adoptar estrategias que permitan un mejor control de las enfermedades no crónicas no transmisibles. Siendo una de ellas el Autocuidado o Autogestión.

Este ensayo tiene como principal objetivo abordar la importancia de fomentar el autocuidado en los pacientes con enfermedades crónicas y valorar el impacto y los beneficios que se pueden obtener de adoptar estas medidas en la práctica profesional.

Siguiendo esta directriz surgen las siguientes preguntas ¿cuál es el impacto que tiene el favorecer el autocuidado durante la consulta como parte de la atención integral en pacientes que viven con enfermedades crónicas? ¿Cómo puedo empoderar a mis pacientes para el manejo y control de la o las enfermedades crónicas con las que vivirán el resto de su vida? ¿de qué manera puedo contribuir para que puedan vivir y sentirse como personas que no tienen una enfermedad crónica que los condicione a ser diferentes de aquellas personas que no las padecen?

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Determinar el impacto que tiene el favorecer el autocuidado como parte de la atención integral de la persona que vive con enfermedades crónicas.

### **Objetivos específicos**

- Conocer el panorama epidemiológico actual de las enfermedades crónicas y la aplicación del modelo de atención centrado en la persona
- Establecer los beneficios del autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas
- Valorar el control de las enfermedades crónicas que padecen los pacientes que acuden a consulta mediante el autocuidado

## **Justificación**

Tal y como se menciona al inicio de este trabajo, la población que padece enfermedades crónicas cada día se va incrementando debido a diversos factores determinantes, siendo desde mi punto de vista los factores socioculturales aquellos que más impacto generan para el desarrollo de estas enfermedades.

Hoy en día los servicios médicos tanto de consulta externa como de urgencias se encuentran saturados de pacientes que acuden para el control de su Diabetes e Hipertensión y más aún por urgencias relacionadas con complicaciones graves y muchas veces irreversibles como evento cerebral vascular con secuelas y/o enfermedad renal crónica con necesidad de terapia de sustitución renal, solo por mencionar algunas.

Actualmente los programas de prevención están resultando obsoletos e inadecuados y considero que esto se debe principalmente a que están centrados en la enfermedad tal y como era desde la época de nuestros padres y abuelos y no en aquellas personas que actualmente la padecen y en la sociedad y características demográficas y socio culturales con las que vivimos hoy.

Con base en lo anterior mi trabajo resulta valioso ya que pretende como principal objetivo enfatizar en la importancia de estrategias de atención centradas en la persona que vive el día a día con una enfermedad crónica, ya que es él o ella quien la conoce y quien convivirá con ella por el resto de su vida, conociendo y desarrollando capacidades y habilidades que favorezcan un adecuado control de su enfermedad y evitando así la presencia de complicaciones.

## **Desarrollo**

### **Panorama general de las enfermedades crónicas**

Las enfermedades crónicas o no transmisibles como son conocidas actualmente han cobrado gran importancia ya que en por lo menos los últimos 30 años cada vez existen un mayor número de casos nuevos en la población, sin predominio de sexo y presentándose a más temprana edad.

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (1) las enfermedades crónicas, descontrol y complicaciones corresponden al 74% de todas las muertes a nivel mundial, siendo la media de edad antes de los 70 años y con predominio en países con recursos limitados.

En México con base en los Registros de la Dirección General de Epidemiología (2) la hipertensión arterial se encuentra en segundo lugar de enfermedades más frecuentes con una tasa de 256.5 casos por cada 100 mil habitantes, seguida por la diabetes mellitus tipo 2 con una tasa de 186.7 casos por cada 100 mil habitantes y la obesidad con una tasa de 182.7 casos por cada 100 mil habitantes.

Como se puede observar el panorama epidemiológico actual demuestra el incremento y prevalencia de las enfermedades crónicas a nivel mundial, pero sobre todo en nuestro país.

Analizando el contexto, México es un país con una multiculturalidad que engloba determinantes socioculturales que intervienen y/o favorecen el desarrollo de enfermedades crónicas.

Somos considerados un país con dietas hipercalóricas, alto consumo de alcohol y tabaco, así como un nivel alto de inactividad física y sedentarismo lo que nos predispone fácilmente a padecer sobre peso, obesidad, diabetes e hipertensión arterial.

Otro de los factores relevantes a considerar es el acceso de la población mexicana a los servicios de salud, ya que algunos pacientes no acuden a consulta frecuentemente para poder realizar las detecciones correspondientes y solo ocupan los servicios de salud cuando se presentan situaciones de urgencia, también la lejanía de las unidades de salud y la falta de insumos y medicamentos en las mismas para una adecuada atención integral.

Cabe mencionar que mi propósito no es fincar responsabilidad en el paciente, o en alguien en particular, el único fin es englobar y mencionar que el desarrollo y control de una enfermedad crónica implica diversos factores que interrelacionan al paciente y la comunidad siendo el personal de salud e instituciones de salud parte de ella.

### **Atención integral y la relación médico-paciente en el modelo de atención centrado en la persona**

Debido a la alta incidencia de enfermedades crónicas, a la saturación de los servicios de salud y a la limitación tanto en recursos económicos y recursos humanos para la atención, surge la necesidad de adaptación para mejorar la atención en salud, siendo el modelo de atención integral centrado en la persona una de las principales opciones entorno a estas nuevas necesidades.

Una atención integral para el paciente implica en primer lugar que sea personalizada e integral, centrada en sus características físicas y biopsicosociales, ya que la pauta principal de una buena atención parte de considerar al paciente como piedra angular y no a su enfermedad como la base principal.

Robinsons (3) menciona que “La mejora de la salud de la población resulta de interacciones y relaciones positivas y productivas entre miembros de la comunidad, profesionales de la salud, organizaciones, individuos y grupos comunitarios.” Dicho esto, es necesario establecer estrategias que engloben de manera integral la atención de un paciente, incluyendo ámbito de nutrición, farmacología, psicología, entre otros,

es necesario seguir haciendo hincapié y fomentar promoción a la salud y prevención en cada una de las intervenciones que se realizan, de esta manera no solo se obtendrán resultados individuales sino que también podrá valorarse el impacto que se tiene a nivel comunidad, recordando siempre que se debe hacer un balance entre la aplicación de métodos científicos y métodos humanos, esto con referencia a que la mayoría de las ocasiones los pacientes acuden a consulta por una “dolencia emocional” enmascarada por un signo o síntoma, con la esperanza de que quien los atiende los escuche y les preste un poco de atención.

Una pieza clave en el modelo de atención centrado en la persona es la relación médico-paciente para lo cual es necesario establecer dos directrices: la empatía y el autoconocimiento por parte del médico, ya que según Coppelillo (4) es el autoconocimiento del médico como persona, lo que le permite la flexibilidad y destreza necesaria para poder trabajar con él, la dolencia y el sufrimiento, con el “estar enfermo” “del otro”; dicho de otra manera permite conocer de manera más específica al paciente y comprender su enfermedad, y evitar dar juicios que intervengan en el cuidado y atención del mismo.

Aquel médico que se esfuerza por fortalecer la relación médico-paciente, que es empático durante la práctica clínica y sobre todo brinda una atención integral personalizada al paciente y a la comunidad, obtendrá mejores resultados en la atención, ya que Cacace (6) menciona que el modelo de atención comprende componentes interactivos, cualitativos y simultáneos que logran fortalecer la relación médico-paciente-familia, mejorando tanto los resultados clínicos como la calidad de atención.

### **Autocuidado o autogestión**

Puede definirse como el desarrollo de capacidades y habilidades que ayudan a los pacientes a elegir comportamientos saludables para participar activamente y asumir el manejo de su enfermedad crónica. Tomando en cuenta en todo momento que se busca que sean acciones colaborativas, y que a pesar de que el objetivo principal es empoderar a nuestros pacientes mediante la adquisición de conocimientos y el desarrollo de habilidades que según Lorin y Holman (6) incluirían 5 puntos fundamentales: Resolución de problemas, Toma de decisiones, Utilización de recursos, Formar una asociación entre el paciente y el proveedor de atención médica y Tomar medidas.

Siendo un proceso para trabajar y desarrollar durante la consulta médica, buscando en todo momento brindar la mejor atención y hacer lo necesario por cumplir lo que el paciente quiere (siempre y cuando no ponga en riesgo su integridad) pero también lo que el paciente necesita mediante el dialogo, trabajo en equipo y acuerdos preestablecidos.

## **Enfoque de capacidades y desarrollo de habilidades**

Las capacidades y desarrollo de habilidades van dirigidas principalmente a proporcionar al paciente las herramientas necesarias para el control y el manejo de su enfermedad y la prevención de complicaciones, siendo mi papel como médico ser su guía y colaborar con lo necesario para empoderar a cada paciente y que sientan que son valiosos y la piedra angular para un mejor control y manejo de su enfermedad, entre ellas se incluye (6) Estimulación del control independiente de signos y/o síntomas, Manejo de medicamentos, Mejorar las habilidades de resolución de problemas y toma de decisiones para el tratamiento o manejo de enfermedades, Modificación de actividad física , la dieta y/o el comportamiento tabáquico

## **Beneficios del autocuidado en la atención de pacientes con enfermedades crónicas que asisten a consulta y pertenecen al diplomado.**

Se favorecía durante la consulta el autocuidado, abordando de primera instancia sus beneficios, al hacer un análisis breve la mayoría de los pacientes a los que se les ha cuestionado ¿Qué esperan de su enfermedad? Coincidieron en que su mayor anhelo es poder controlar los paraclínicos dentro de valores normales, así como también adoptar hábitos higiénico-dietéticos para vivir como si no tuvieran la enfermedad.

El conocimiento no de cómo vivir con su enfermedad (porque eso solo lo sabe quien la padece) sino más bien de cómo controlarla de mejor manera para evitar complicaciones y la integración en la toma de decisiones con respecto al tratamiento, así como el establecimiento de metas a corto plazo han resultado ser la clave para mejorar las condiciones de salud de cada paciente.

Resulta beneficioso conocer que el autocuidado tiene un impacto favorable en la atención centrada en el paciente y su control de enfermedades crónicas, así como también favorece la sobrecarga de pacientes en la unidad y el número de complicaciones por descontrol.

Un paciente informado, escuchado, atendido con empatía y activo en las decisiones que respectan a su vida diaria es un paciente empoderado. El cual con niveles controlados puede vivir como cualquier otra persona que no padezca su enfermedad o incluso mejor, ya que los hábitos saludables fomentados con el autocuidado mejoran por mucho las condiciones de salud y por ende proporcionan una mejor calidad de vida para el paciente y su familia.

## Conclusión

Desde la edad antigua ha sido demostrado que es necesario debido a todos los factores predisponentes incluidos los cambios sociodemográficos y la presencia o incidencia de algunas patologías, la necesidad de adaptarnos a la práctica médica con las condiciones actuales, Hoy en día han resurgido y con mayor fuerza modelos de atención como respuesta ante esta situación.

El modelo de atención centrado en la persona, y como tal el autocuidado han favorecido de manera considerable los niveles de paraclínicos y las cifras de control en los pacientes con enfermedades crónicas. El empoderamiento permite a los pacientes no solo llevar un mejor control de su enfermedad si no también convivir con ella y vivir igual o mejor que aquellos pacientes que no padecen las mismas patologías, puesto que las herramientas que se otorgan para una autogestión efectiva. Permiten mayor seguridad a los pacientes para participar en la toma de decisiones y para generar disciplinas saludables y de control.

Lo mejor del módulo fue demostrar que se obtenían resultados favorables para los pacientes aplicando lo aprendido durante las clases en consulta, generando una respuesta positiva por parte de los pacientes y así obteniendo el estímulo necesario para lograr que intervengan más en la toma de decisiones con respecto a su manejo y mejorar el trabajo en equipo que realiza paciente-medico-comunidad.

Lo que no me gusto en general es que en mi centro de salud no se le da a veces la importancia al proyecto, aún queda mucho por trabajar en pro de los pacientes, sobre todo aquellas actividades académicas que a veces se planean sin la anticipación u organización adecuada. Una de las estrategias importantes a aplicar establecer metas corta y tangibles y que puedan cumplirse, sin embargo, es necesario darle seguimiento porque así contribuimos a generar un mayor estímulo positivo, mayor confianza y elevar el deseo por querer cumplir las metas que en equipo (médico – paciente) establezcan durante las consultas. Sin olvidar que la empatía y la comunicación efectiva siempre serán parte de los pilares de una buena atención en la práctica médica.

## Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades No Transmisibles. Who.int. Septiembre 2022 (consultado 09 de agosto de 2023) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Secretaria de Salud. Dirección General de Epidemiología. Panorama Epidemiológico de Las Enfermedades No Transmisibles en México. Junio 2022 (consultado 09 de agosto de 2023). Disponible en: [www.gob.mx/salud/https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/745354/PanoEpi\\_ENT\\_Cierre2021.pdf](https://www.gob.mx/salud/https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/745354/PanoEpi_ENT_Cierre2021.pdf)

3. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. 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. doi: 10.12927/hcq.2003.16763.
4. Coppelillo, Fernando Enrique. Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la medicina familiar. *Archivos de Medicina Familiar y General* Vol. 10 Num. 1 (2013). Disponible en: <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/59/51>
5. Cacace Patricio J., Giménez-Lascano Gustavo. Modelos de atención centrados en la persona: evolución de conceptos humanizadores de nuestras prácticas. *Rev. Mex. med. familiar.* 2022 Jun;9(2):63-72. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2696-12962022000200063&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-12962022000200063&lng=es).
6. Dineen-Griffin S, Garcia-Cardenas V, Williams K, Benrimoj SI. Helping patients help themselves: A systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. *PLoS One.* 2019 Aug 1;14

## ANEXOS

### Registro de enfermedades no transmisibles SUAVE 2022

**Tabla 1 Total de casos y tasa de incidencia de las enfermedades no transmisibles sujetas a vigilancia epidemiológica que fueron reportados al SUAVE en México, de enero a diciembre de 2021.**

Grupo de ENT	Epi-Clave	Padecimiento	Casos	Porcentaje de las ENT	Tasa de incidencia por cada 100 mil hab.
Enfermedades metabólicas	47	Hipertensión arterial	246,627	15.4%	256.5
	48	Bocio endémico	318	0.0%	0.2
	49	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	200,183	12.5%	186.7
	51	Enfermedad isquémica del corazón	20,527	1.3%	21.3
	52	Enfermedad cerebrovascular	19,821	1.2%	20.6
	107	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio	28,978	1.8%	61.6
	127	Diabetes mellitus insulino dependiente (Tipo I)	1,643	0.1%	3.0
	136	Diabetes mellitus en el embarazo	9,739	0.6%	20.7
Enfermedades nutricionales	114	Desnutrición leve	19,926	1.2%	15.4
	115	Desnutrición moderada	3,465	0.2%	2.7
	116	Desnutrición severa	1,865	0.1%	1.4
	135	Obesidad	235,683	14.8%	182.7
	155	Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios	1,304	0.1%	1.0
Displasias y neoplasias	117	Displasia cervical leve y moderada	10,042	0.6%	18.2
	118	Displasia cervical severa y CaCu in situ	1,475	0.1%	2.7
	119	Tumor maligno de la mama	8,029	0.5%	14.6
	97	Tumor maligno del cuello del útero	1,360	0.1%	2.5
Enf. neurológicas y de salud mental	169	Depresión	51,708	3.2%	40.1
	170	Enfermedad de Parkinson	2,747	0.2%	3.2
	171	Enfermedad de Alzheimer	913	0.1%	1.1
Otras ENT	106	Insuficiencia venosa periférica	76,579	4.8%	59.4
	109	Úlceras, gastritis y duodentitis	450,336	28.2%	349.2
	112	Intoxicación aguda por alcohol	10,168	0.6%	7.9
	150	Cirrosis hepática alcohólica	2,409	0.2%	2.0
	174	Contacto traumático con avispa, avispones y abejas	3,777	0.2%	2.9
	54	Asma	40,729	2.6%	31.6
	57	Intoxicación por plaguicidas	986	0.1%	0.8
	58	Intoxicación por ponzoña de animales	9,283	0.6%	7.2
	94	Intoxicación por picadura de alacrán	136,021	8.5%	105.5
<b>Total</b>			<b>1,596,641</b>	<b>100%</b>	

Fuente: SINAVE/Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE).

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

**TABLA DE CONTENIDO**

**1. Introducción**

**2. Objetivos**

**a. General**

**b. Específicos**

**3. Protocolo de la revisión**

**4. Ejecución**

**5. Síntesis de datos (Resultados)**

**6. Recomendaciones**

**7. Conclusiones**

**8. Referencias bibliográficas**

## INTRODUCCIÓN

**“La disminución de la polifarmacia en adultos mayores que viven con diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial, mejora las cifras de control y/o su calidad de vida”**

Actualmente a nivel mundial existe un acrecentamiento de personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles, presentándose cada vez más en adultos jóvenes lo que se encuentra íntimamente relacionado con los factores determinantes de la salud. Sin dejar de lado la importancia de la dieta y el ejercicio como piedra angular del tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas, es fundamental el papel que juega el tratamiento farmacológico en el control de las enfermedades crónico-degenerativas.

La polifarmacia de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se define como el consumo de 3 o más medicamentos al día, lo cual es una práctica común sobre todo en pacientes adultos mayores, sin embargo, hoy en día debido a los diversos factores biológicos y socio culturales que existen en la población, esta práctica también es frecuente en adultos jóvenes, ya que requieren de múltiples dosis de medicamentos al día como parte del tratamiento de su enfermedad.

Una de las problemáticas que se observa tanto en pacientes jóvenes como adultos mayores con respecto a la polifarmacia, durante la consulta y de acuerdo a comentarios de los mismos pacientes durante la atención médica radica principalmente en el hecho de que al ser múltiples pastillas las necesarias durante el día y debido a las actividades variadas o incluso a la edad de los pacientes (en el caso de los adultos mayores) es muy común olvidarse de tomar el medicamento y en algunas ocasiones tomar dosis extras para compensar la dosis olvidada provocando un descontrol de su enfermedad.

**Población:** Hombres y mujeres mayores de 60 años, que viven con alguna enfermedad crónico-degenerativa y cuenten con polifarmacia (más de 3 medicamentos al día) como parte del tratamiento integral.

**Indicador:** Efectos de la disminución de la polifarmacia en los pacientes que viven con enfermedades crónico-degenerativas

**Comparación:** este estudio no tiene objetivo de comparación sin embargo se prevé que exista una mejoría en el control de pacientes con disminución de la polifarmacia vs aquellos que mantienen la polifarmacia como parte del tratamiento.

**Outcomes:** mediante esta revisión sistemática se pretende encontrar evidencia que demuestre que ajustar el tratamiento farmacológico para disminuir la polifarmacia

contribuye a un mejor apego al tratamiento farmacológico, logrando así un adecuado control de la enfermedad y mejorando la calidad de vida de nuestros pacientes.

Se espera poder proveer de información necesaria y estrategias específicas que contribuyan a que el médico pueda tomar alternativas para el manejo farmacológico de los pacientes adecuado y centrado en sus necesidades.

## **OBJETIVOS**

### **GENERALES**

- Examinar los efectos de disminuir la polifarmacia en pacientes que viven con diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial.
- Determinar el efecto que genera la disminución de la polifarmacia en la calidad de vida en pacientes que viven con diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial.

### **ESPECÍFICOS**

- Conocer las características epidemiológicas de pacientes que viven con diabetes e hipertensión arterial y tienen polifarmacia como parte del tratamiento.
- Mostrar los factores de riesgo que implica la polifarmacia en el paciente.
- Valorar los beneficios de disminuir la polifarmacia en pacientes que padecen diabetes e hipertensión arterial
- Identificar las estrategias para mejorar el apego farmacológico en los pacientes.
- Contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes que viven con enfermedades crónicas y acuden a consulta al primer nivel de atención.

## **PROTOCOLO DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

### **JUSTIFICACIÓN**

En la actualidad las enfermedades crónico-degenerativas han tomado mayor presencia en la población debido a las condiciones sociodemográficas de nuestra población, aumentando año con año la incidencia y prevalencia de estas, al igual que la presencia de complicaciones propias de la enfermedad, las cuales condicionarán al paciente a tener una secuela de por vida o en el mejor de los casos a largo plazo si no son tratadas a tiempo. Dada la situación de salud actual es necesario dar un manejo integral.

Parte importante de la piedra angular en el tratamiento incluye el manejo farmacológico que en conjunto con la dieta y el ejercicio favorecerá un buen control de la enfermedad crónica. Sin embargo, una de la problemática que se presenta durante la consulta es la polifarmacia en adultos mayores de 60 años que viven con enfermedades crónicas como la diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial sistémica, la cual es considerada cuando un paciente toma 3 o hasta 5 medicamentos dependiendo de su condición (1). Es frecuente observar que, en la mayoría de las consultas en nuestros centros de salud, inevitablemente en casos peculiares, no se puede evitar el hecho de caer en la polifarmacia, dado que algunos pacientes, llevan un mal control o una mala adherencia terapéutica, o están siendo tratados por diferentes especialistas, por lo que cada médico especialista deja un tratamiento en específico, cayendo así en la polifarmacia o incluso en una polifarmacia inapropiada. Debido a esto se decide realizar esta revisión sistemática sobre la disminución de la polifarmacia ya que es un tema que no le damos importancia o bien, se da por desapercibido, por ende, caemos en solo atender enfermedades sin darnos cuenta de que incluso debido a interacciones medicamentosas, en lugar de ayudar al paciente, solo le estamos afectando de cierta forma.

Cabe destacar que las causas más importantes que nos conlleva a escribir sobre este tema es el impacto que tiene sobre la adecuada adherencia y con ello, el logro de las metas terapéuticas en pacientes que viven con las enfermedades previamente descritas. Con el motivo de encontrar evidencia que demuestre que ajustar el tratamiento farmacológico para disminuir la polifarmacia, contribuye a un mejor apego terapéutico, logrando de tal manera un adecuado control de sus enfermedades crónicas, y, a su vez, mejorando su calidad de vida.

De acuerdo con la encuesta nacional de salud y nutrición 2018-19 (Ensanut 2018-19):

- Polifarmacia en adultos mayores de 65 años en la población mexicana es del 26.5%
- Polifarmacia en pacientes con diabetes mellitus 2 en la población mexicana es del 29.3%
- Polifarmacia en pacientes con hipertensión arterial sistémica en la población mexicana es del 26.4%

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

### **Artículos que incluyen estudios de:**

- Pacientes con diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial
- Adultos mayores de 60 años
- Población de la Ciudad de México y a nivel global
- Pacientes que tienen polifarmacia

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

### Artículos que contengan estudios de:

- Pacientes crónicos menores de 60 años.
- Enfermedades crónicas como: Dislipidemias y obesidad
- Diabetes mellitus 1

### Estrategia de búsqueda

Basado en los 4 componentes PICO, mediante el uso de palabras claves como polifarmacia, adulto mayor, hipertensión arterial y diabetes tipo 2 la búsqueda se realizó en las siguientes plataformas:

- **PubMed**
- **Scielo, Medigraphic, Elsevier.**
- **Biblioteca virtual de salud**

## EJECUCIÓN

Se realizó una búsqueda intencionada mediante los criterios de búsqueda de MeSH en la plataforma Pub Med se obtuvieron 31 publicaciones desde 2013 al 2023 de las cuales se seleccionaron 7 artículos que cumplían con los criterios y objetivos para esta investigación seleccionando 5 más de otras plataformas que también se encontraban en las mismas condiciones.

## 7. Síntesis de Resultados

Nombre del estudio	Características	Objetivos	Resultados
<b>Pharmacotherapeutics for Older Adults</b>	Japón 2023  Estudio descriptivo	Describir las precauciones y consideraciones en la prescripción medicamentos para adultos mayores	*Existe mayor posibilidad de experimentar efectos adversos debido a cambios en la farmacocinética y la polifarmacia relacionados con la edad avanzada  *En el tratamiento se debe iniciar con dosis bajas y valorar la respuesta mientras que en el caso de la polifarmacia la prioridad del tratamiento debe determinarse consultando las interacciones entre medicamentos y aquellos que requieren vigilancia.

<p><b>Polypharmacy occurrence and the related risk of premature death among older adults in Denmark: A nationwide register-based cohort study</b></p>	<p>Estudio de cohorte  1.338.058 adultos mayores de 65 años 2013-2017 Dinamarca.</p>	<p>Descubrir la aparición de polifarmacia entre los adultos mayores en Dinamarca e investigar cómo la polifarmacia se relaciona con la mortalidad.</p>	<p>*Polifarmacia: ingesta mensual de cinco medicamentos diferentes, en cambio la polifarmacia excesiva es la ingesta mensual de al menos 10 medicamentos.</p> <p>*La polifarmacia se relacionó con medicamentos para el sistema cardiovascular (95%), la sangre y los órganos hematopoyéticos (69%), el tracto alimentario y el metabolismo (61%) y el sistema nervioso (54% )</p> <p>*Tanto la polifarmacia como la polifarmacia excesiva aumentaron de tres a cuatro veces el riesgo de muerte prematura, se encuentra relacionado con el estado de salud, el nivel socioeconómico y los factores sociales.</p>
<p><b>Revisión de la medicación administrada por un médico de cabecera sobre polifarmacia, desprescripción y prioridades de los pacientes en personas mayores con multimorbilidad en atención primaria irlandesa (estudio SPPiRE): un ensayo controlado aleatorio por grupos</b></p>	<p>Ensayo controlado aleatorio  404 pacientes &gt; 65 años  2017 a 2020 en Irlanda</p>	<p>Investigar el efecto de una revisión individualizada de la medicación realizada por un médico de cabecera (GP) para reducir la polifarmacia y las prescripciones potencialmente inapropiadas (PIP) en pacientes mayores que viven en la comunidad con multimorbilidad en atención primaria.</p>	<p>*Reducción pequeña pero significativa en la cantidad de medicamentos en la intervención en comparación con el grupo de control durante el seguimiento</p> <p>*Una intervención de revisión de medicamentos basada en atención personalizada que tiene como objetivo reducir la polifarmacia significativa es segura y podría conducir a la retirar medicamentos innecesarios</p>
<p><b>Association of Healthy Lifestyle and All-Cause Mortality According to Medication Burden</b></p>	<p>Estudio de cohorte  20417 adultos &gt; 45 años (media de</p>	<p>Examinar la asociación entre hábitos de vida saludables y mortalidad por todas las causas en diferentes</p>	<p>*Un estilo de vida saludable (dieta saludable, actividad física, abstinencia de fumar, evitar el estilo de vida sedentario) se asoció con un riesgo reducido de mortalidad por todas las causas sin diferencias significativas según la carga de medicación.</p>

	edad >65 años)	grados de polifarmacia.	*Los hábitos de vida saludables proporcionan un beneficio en la mortalidad en diferentes edades y grados de polifarmacia. se debe seguir aconsejando un estilo de vida saludable incluso después de la aparición de múltiples enfermedades crónicas y polifarmacia.
<b>Características asociadas con la polifarmacia en personas con diabetes tipo 2: la cohorte Dutch Diabetes Pear</b>	Estudio de cohorte 3886 pacientes atención primaria 2873 2do y tercer nivel  Holanda	Describir la prevalencia y las características de la polifarmacia en una cohorte holandesa de personas con diabetes tipo 2.	*Los pacientes con polifarmacia grave utilizaron una cantidad relativamente grande de otros medicamentos (es decir, no cardiovasculares y no hipoglucemiantes).  *La polifarmacia moderada y grave en todas las líneas de atención se asoció con mayor edad, bajo nivel educativo, más tabaquismo, mayor duración de la diabetes, mayor IMC y más enfermedades cardiovasculares.
<b>Revisión de la medicación en ancianos polimedcados</b>	Estudio descriptivo	Los resultados de un estudio de intervención aleatorizado en pacientes ancianos polimedcados con riesgo vascular.	*Revisión periódica de los fármacos administrados a cada paciente y reconsiderar siempre su necesidad en cada situación específica y según la evolución de cada paciente.  *Ajustar dosis de acuerdo con función renal y hepática del paciente y valorar siempre la relación beneficio/riesgo de la prescripción de un nuevo fármaco añadido a los que ya está tomando el paciente.
<b>[Polypharmacy in Mexico: a challenge for prescription quality]</b>	Estudio descriptivo	Analizar la prevalencia de polifarmacia, así como los factores que identifican a los grupos con mayor riesgo, en un estudio poblacional en México.	*La polifarmacia se asocia con tener enfermedad crónica y con factores sociodemográficos. Es una gran área de oportunidad para mejorar calidad de la atención, particularmente la prescripción farmacológica a la población identificada con mayor riesgo

## Otras plataformas

Nombre del estudio	Características	Objetivos	Resultados
<b>Polifarmacia y eventos adversos en el adulto mayor: revisión sistemática</b>	Perú  Revisión sistemática: 43 artículos	Asociación entre Polifarmacia (≥ cinco fármacos) y Eventos Adversos en el Adulto Mayor (≥ 65 años) desde 2017 – 2021.	*Polifarmacia está asociada a fragilidad, mortalidad y menor supervivencia, hospitalización, readmisiones y deterioro cognitivo-emocional en adultos mayores. El grupo más vulnerable es >75 años en especial con enfermedades oncológicas.
<b>Polifarmacia en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial atendidos en un hospital provincial</b>	Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, 159 pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial	Asociar la polifarmacia con las principales enfermedades crónicas en pacientes atendidos en un hospital provincial peruano.	* El 72,3 % de pacientes fueron mujeres, su media de edad fue de 68,6 años, el consumo de 4 fármacos fue el promedio para la comorbilidad de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, seguido de 3 fármacos en la hipertensión arterial, lo que representó polifarmacia para ambos casos.
<b>Polifarmacia y cumplimiento terapéutico en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial</b>	Diseño. Observacional, transversal, analítico.	Relacionar la polifarmacia con el cumplimiento terapéutico en el adulto mayor con diabetes mellitus (DM2) e hipertensión arterial (HAS).	Hay una correlación positiva entre el número de medicamentos y la edad y la puntuación obtenida en la escala de cumplimiento. La polifarmacia y la falta de apego son multifactoriales y pueden predecir prescripciones inadecuadas.
<b>Polifarmacia y terapia combinada en el tratamiento de la hipertensión en pacientes ancianos con diabetes mellitus comórbida</b>	Estudio descriptivo, observacional	Analizar la importancia del riesgo que se presenta en un paciente con un tratamiento de polifarmacia en diabetes e	Un enfoque óptimo para reducir los riesgos y maximizar los beneficios de la polifarmacia debería incluir revisiones periódicas de las listas de medicamentos de los pacientes, que pueden modificarse para incluir, cuando corresponda, terapia combinada y el uso de combinaciones de una sola pastilla.

		hipertensión	<p>La terapia combinada puede lograr mayores reducciones de la PA que la monoterapia y también puede mejorar la seguridad y tolerabilidad de la farmacoterapia.</p> <p>La terapia de combinación racional puede maximizar el control de la PA junto con el control de la glucemia y ayudar a maximizar los beneficios de la polifarmacia en los resultados en pacientes de edad avanzada con hipertensión y diabetes comórbida</p>
--	--	--------------	--

## RECOMENDACIONES

- Mejorar la relación médico – paciente y tener una adecuada comunicación en el sentido de las indicaciones sobre sus medicamentos.
- Que el médico se asegure de que el paciente haya entendido que medicamento, como y cada cuanto debe tomar cada fármaco.
- Promover sobre todo en primer nivel de atención el uso racional de los medicamentos en adultos mayores con DMT2 e hipertensión para mejorar el control.
- Que el médico tratante conozca y se guíe mediante los criterios de Beers, Stop y Start.
- Considerar la función renal y hepática con la finalidad de evitar la polifarmacia inapropiada.
- Valorar la relación riesgo – beneficio ante la prescripción de nuevo fármaco, extra a los que ya está tomando.
- Unificar los fármacos, es decir indicar combinaciones de fármacos en 1 sola pastilla
- Evitar caer en la polifarmacia inapropiada
- No indicar más de 5 medicamentos de acuerdo al o los padecimientos
- Que la toma de fármacos no sea tan prolongada en caso de no necesitarlos más.

## CONCLUSIONES

Esta revisión concluye que la polifarmacia y la multimorbilidad pueden inducir en los adultos mayores a un mayor riesgo de falla terapéutica por lo que existe una incapacidad para lograr las metas terapéuticas, así mismo la insatisfacción de la atención médica, influye en este tema en cuestión. De ahí que es de suma relevancia una adecuada relación médico paciente, que permita explicar al paciente en forma clara las indicaciones y/o forma de administración de cada medicamento. Sin embargo, así mismo observamos que la polifarmacia tiene una estirpe multifactorial, desde la edad, la disminución de la función renal y hepática, la disminución total de agua o la disminución de la masa corporal magra e incluso múltiples diagnósticos, los cuales están asociados a la polifarmacia, sin darnos cuenta de que las interacciones medicamentosas, los efectos o reacciones adversas a los medicamentos en la senectud tienen un papel importante, que influye finalmente en una adecuada adherencia al manejo terapéutico y con ello el éxito en el control de las enfermedades crónicas en cuestión: diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial.

De tal manera idealmente el médico de primer nivel deberá estar adecuando el manejo terapéutico con la finalidad de prescribir el menor número de medicamentos, por lo cual debe tener un amplio conocimiento y debe estar basado principalmente en los criterios de Beers, Stopp y Start.

## BIBLIOGRAFÍAS

1. Poblano-Verástegui O, Bautista-Morales AC, Acosta-Ruíz O, Gómez-Cortez PM, Saturno-Hernández PJ. Polifarmacia en México: un reto para la calidad en la prescripción. 2020 Nov 24;62(6, Nov-Dic):859–67. doi: doi.org/10.21149/11919.
2. Akishita M. [Pharmacotherapeutics for Older Adults]. Brain Nerve. 2023 May;75(5):658-662. Japanese. doi: 10.11477/mf.1416202394. PMID: 37194547.
3. Jorring Pallesen AV, Kristiansen M, Westendorp RGJ, Mortensen LH. Polypharmacy occurrence and the related risk of premature death among older adults in Denmark: A nationwide register-based cohort study. PLoS One. 2022 Feb 23;17(2):e0264332. doi: 10.1371/journal.pone.0264332. PMID: 35196345; PMCID: PMC8865634.
4. McCarthy C, Clyne B; SPPIRE Study team. GP-delivered medication review of polypharmacy, deprescribing, and patient priorities in older people with multimorbidity in Irish primary care (SPPIRE Study): A cluster randomised controlled trial. PLoS Med. 2022 Jan 5;19(1):e1003862. doi: 10.1371/journal.pmed.1003862. PMID: 34986166; PMCID: PMC8730438.

5. Kelly NA, Soroka O, Onyebeke C, Pinheiro LC, Banerjee S, Safford MM, Goyal P. Association of healthy lifestyle and all-cause mortality according to medication burden. *J Am Geriatr Soc.* 2022 Feb;70(2):415-428. doi: 10.1111/jgs.17521. Epub 2021 Oct 25. PMID: 34695226; PMCID: PMC9036408.
6. Van Oort S, Et al ... Diabetes Pearl from the Parelsnoer Initiative. Characteristics associated with polypharmacy in people with type 2 diabetes: the Dutch Diabetes Pearl cohort. *Diabet Med.* 2021 Apr;38(4):e14406. doi: 10.1111/dme.14406. Epub 2020 Oct 17. PMID: 32961611; PMCID: PMC8048843.
7. Coll de Tuero G. Revisión de la medicación en ancianos polimedcados [Review of the medication in polymedicated elderly patients]. *Aten Primaria.* 2012 Aug;44(8):461-2. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2012.06.008. PMID: 22846344; PMCID: PMC7025218.
8. Ramírez Rodríguez, Susel Alexandra; Jauregui Ramos, Gaston Eduardo. Polifarmacia y eventos adversos en el adulto mayor: revisión sistemática Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC) en Item Type, Thesis I-R. [https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/667328/J%c3%a1uregui\\_RG.pdf?sequence=14&isAllowed=y](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/667328/J%c3%a1uregui_RG.pdf?sequence=14&isAllowed=y)
9. Asenjo-Alarcón J. Polifarmacia en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial atendidos en un hospital provincial. *Revista Finlay [revista en Internet].* Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1203>
10. Polifarmacia y cumplimiento terapéutico en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial [Internet]. *Medicina General y de Familia. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia;* 2022 [citado el 19 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://mgyf.org/polifarmacia-y-cumplimiento-terapeutico-en-el-adulto-mayor-con-diabetes-mellitus-tipo-2-e-hipertension-arterial/>
11. Munger, M.A. Polypharmacy and Combination Therapy in the Management of Hypertension in Elderly Patients with Co-Morbid Diabetes Mellitus. *Drugs Aging* 27, 871–883 (2010). <https://doi.org/10.2165/11538650-000000000-00000>

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

**Balance del desempeño clínico en el proyecto de las y los pasantes de la promoción Febrero 2023.**

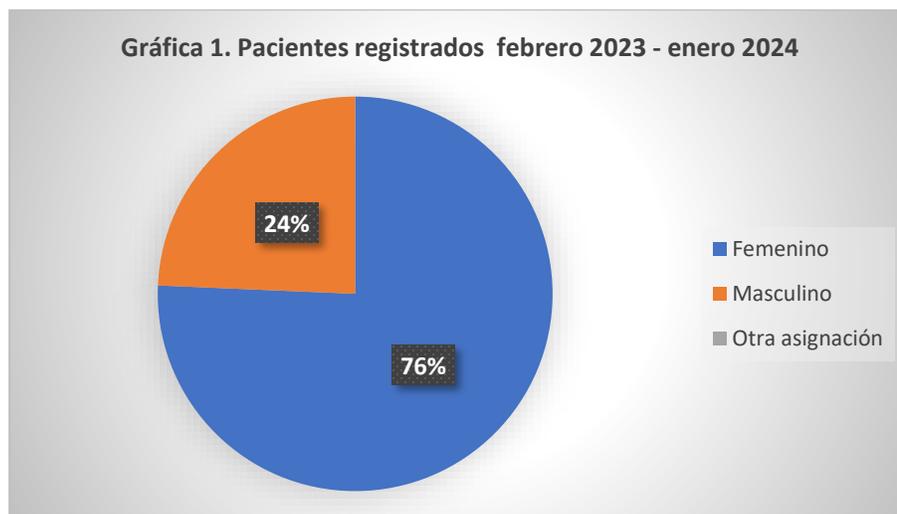
**1. Número total de pacientes con enfermedades crónicas atendidos a lo largo del año de servicio social de acuerdo con los registros en Redcap.**

Tabla No. 1

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

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a febrero de 2023	37	78.7
Nuevo ingreso a partir de febrero de 2023	8	17
Recuperados a partir de Febrero de 2023	2	4.3
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024



Fuente: Tabla No.1

Nota:

**Nuevo ingreso** se refiere a personas que por primera vez se incorporan al proyecto para su atención y seguimiento en cualquier momento entre febrero 2023 – enero 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 febrero 2023 – enero 2024

Se recibió un total de 37 pacientes, durante el año de servicio social se ingresaron 8 mientras que los 2 pacientes restantes fueron reconquista, pues refieren desconocían que el programa continuaba, pues habían dejado de acudir al centro de salud.

Tabla No. 2

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

Condición de participación	No	%
Activas	37	78.7
No activas	10	21.3
<b>Total</b>	47	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Nota:

**Activos:** Se refiere a personas atendidas en el proyecto que acudieron con regularidad a sus consultas programadas a lo largo del periodo periodo febrero 2023-enero 2024

**No activos:** 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.

Para fines estadísticos y de acuerdo con los criterios del centro de salud para considerar activo, regular e irregular a un paciente o dado de baja: Se consideraron activos aquellos pacientes que acudieron a su última consulta médica a partir de agosto 2023.

Tabla No. 3

Motivos por los cuales pacientes atendidos en el proyecto han sido incluidas en la condición de no activas en el proyecto durante el periodo febrero 2023- enero 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	5	50
Cambio de institución	1	10
Cambió de domicilio	0	0
Falleció	0	0
Otro motivo	1	10
Se ignora	3	30
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. periodo febrero 2023- enero 2024

De los pacientes inactivos 5 de ellos reciben atención de otro médico: 2 de ellos con el MPSS Omar Chávez Vega y 3 con la Dra. Rosalba García Salas quien es la asesora del programa en el centro de salud de San Francisco Tlaltenco, por lo que se pueden considerar aun dichos pacientes como parte del programa.

## 2. Información demográfica

Tabla No. 4

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

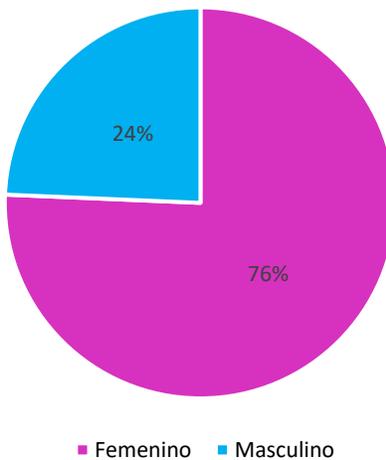
Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Sexo	No	%
Femenino	28	75.7
Masculino	9	24.3
Otra asignación	0	0
No hay datos	0	0
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

**Gráfica 2. Distribución de pacientes atendidos por género**



Fuente: Tabla no. 4

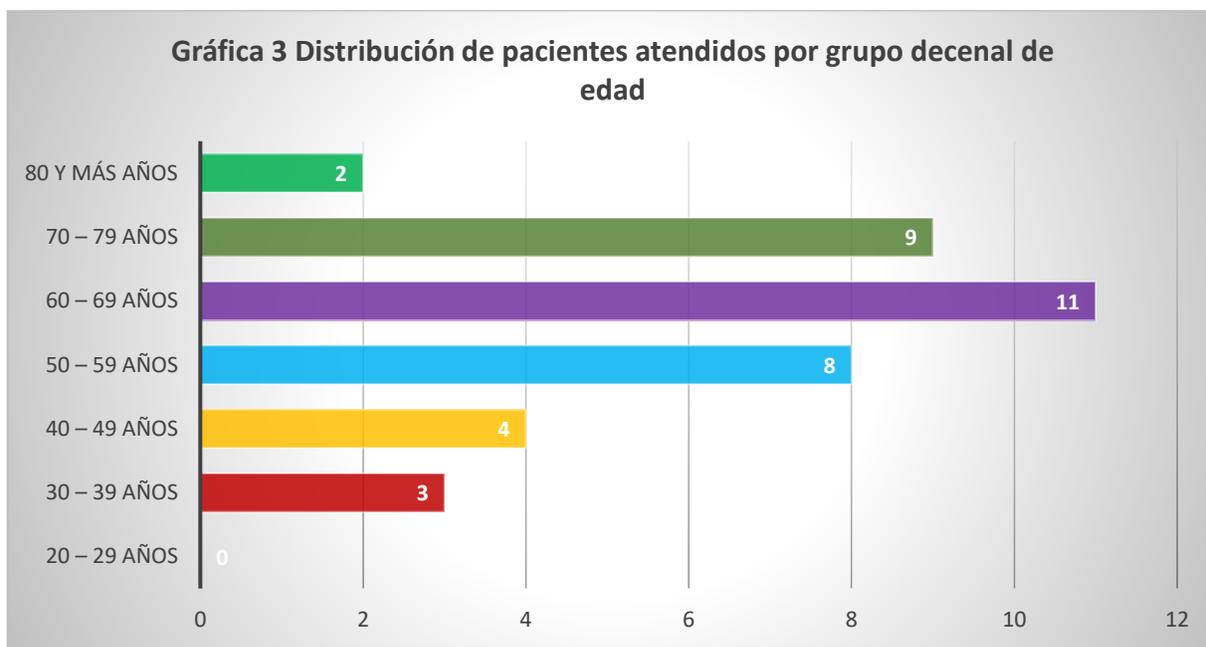
Existe un predominio del género femenino del 76 % con respecto al 24 % del sexo masculino, se infiere que podría ser debido a que la población de San Francisco Tlaltenco se caracteriza por un mayor número de mujeres con respecto a hombres en su población.

Tabla No. 5

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

Edad	No	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	3	8.1
40 – 49 años	4	10.8
50 – 59 años	8	21.7
60 – 69 años	11	29.8
70 – 79 años	9	24.2
80 y más años	2	5.4
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024



Fuente: Tabla No. 5

De acuerdo con la Gráfica no. 3 se puede observar que el grupo de edad predominante durante el año de servicio social y que pertenecen al proyecto fue de 60 a 69 años.

Tabla No. 6

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo  
 Febrero 2023- Enero 2024 de acuerdo a edad y sexo  
 Centro de Salud T. III: 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	2	7.1	1	11.2	3	8.1
40 – 49 años	4	14.2	0	0	4	10.8
50 – 59 años	6	21.4	2	22.2	8	21.7
60 – 69 años	8	28.8	3	33.3	11	29.8
70 – 79 años	6	21.4	3	33.3	9	24.2
80 y más años	2	7.1	0	0	2	5.4
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Con base en la tabla no. 6 se puede observar que el grupo de 60 a 69 años tanto hombres como mujeres son el grupo que más predomina.

### 3. Diagnóstico y seguimiento

Tabla No. 7

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante el periodo febrero 2023- enero 2024  
Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco  
Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

No de consultas	No de pacientes	%
1	0	0
2	3	8.1
3	0	0
4	3	8.1
5	4	10.8
6	2	5.4
7	3	8.1
8	3	8.1
9	4	10.8
10	4	10.8
11	6	16.3
12 y más	5	13.5
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

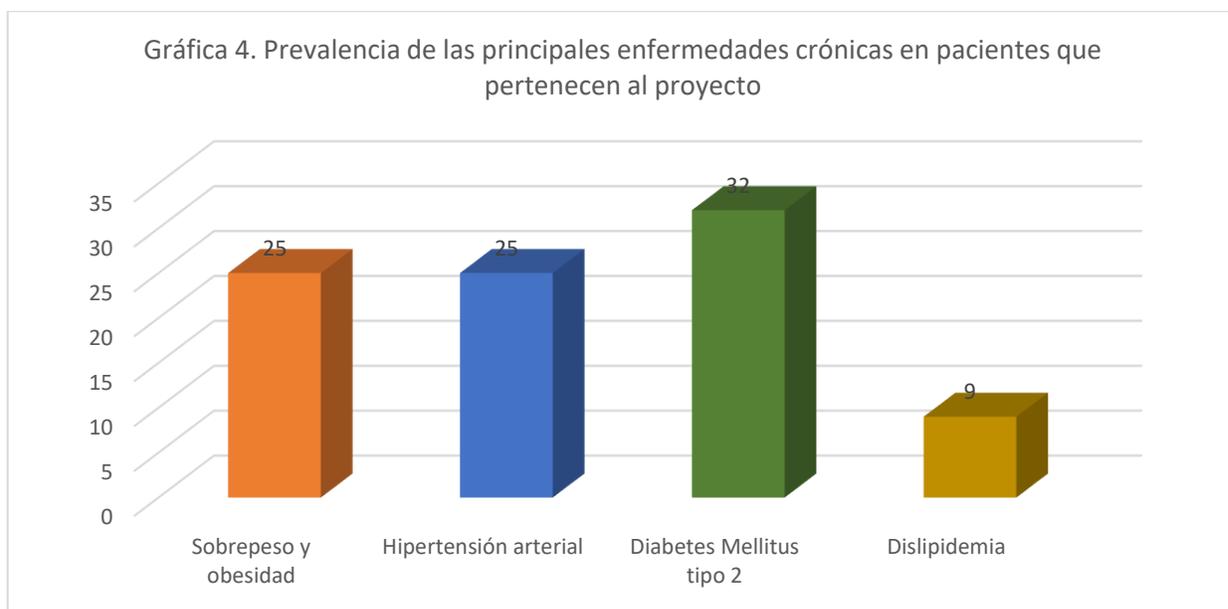
Al 83.8% de los pacientes atendidos en el centro de salud San Francisco Tlaltenco se le otorgo 5 o más consultas de seguimiento y control de enfermedad crónica.

Tabla No. 8

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023- enero 2024 de acuerdo con diagnóstico de enfermedad  
 Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco  
 Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Diagnósticos	No	%
Sobrepeso y obesidad	25	67.5
Hipertensión arterial	25	67.5
Diabetes Mellitus tipo 2	32	86.4
Dislipidemia	9	24.3
Obesidad e hipertensión	7	18.9
Obesidad y diabetes	10	27
Obesidad y dislipidemia	4	10.8
Diabetes e hipertensión	7	18.9
Obesidad, hipertensión y diabetes	6	16.2
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	3	8.1
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	2	5.4
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024



Fuente: Tabla No. 8

La gráfica 4 representa las principales enfermedades crónico-degenerativas que presentan los pacientes atendidos en el centro de salud San Francisco Tlaltenco siendo Diabetes Mellitus tipo 2 la que se presentó con mayor frecuencia.

Tabla No. 9

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023- enero 2024 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo  
 Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco  
 Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Diagnostico Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sobrepesoobesidad	18	64.2	7	88.8	25	70.2
Hipertensiónarterial	18	64.2	7	88.8	25	67.5
Diabetes Mellitus tipo 2	25	89.2	7	77.7	32	86.4
Dislipidemia	8	28.5	1	11.1	9	24.7
Obesidad hipertensión	5	17.8	2	22.2	7	18.9
Obesidaddiabetes	9	32.1	1	11.1	10	27
Obesidad dislipidemia	4	14.2	0	0	4	10.8
Diabetes hipertensión	5	17.8	1	11.1	6	16.2
Obesidad, hipertensión diabetes	5	17.8	1	11.1	6	16.2
Hipertensión,diabetes Dislipidemia	4	14.2	0	0	4	10.8
Obesidad, hipertensión, diabetes dislipidemia	2	7.1	0	0	2	5.4
<b>Total</b>	28	100	9	100	37	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

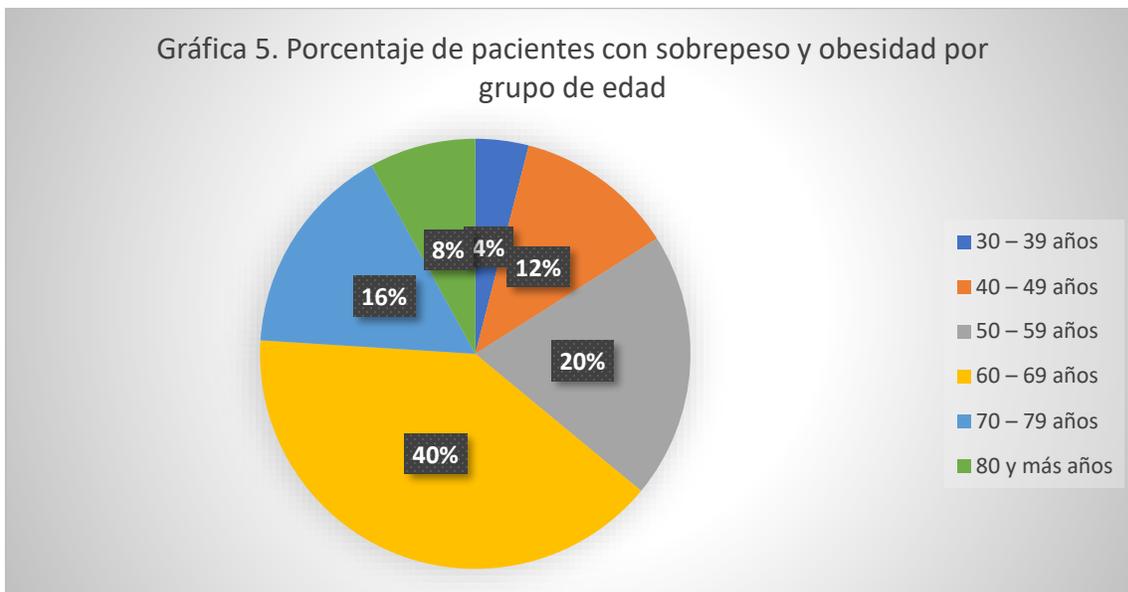
En la tabla 9 puede observarse el predominio de las 4 principales enfermedades en el género femenino, sin embargo, se puede inferir debido a que la población femenina predomina en el 75%, también puede observarse que 89.2% de las mujeres padece diabetes tipo 2 mientras que en el caso de los hombres la hipertensión arterial y el sobrepeso u obesidad fueron más frecuente con el 88.8%.

Tabla No. 10

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023- enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de sobrepeso y obesidad  
 Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco  
 Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Edad	Personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	1	4
40 – 49 años	3	12
50 – 59 años	5	20
60 – 69 años	10	40
70 – 79 años	4	16
80 y más años	2	8
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024



Fuente: Tabla 10

En la Gráfica 5 el 40% de la población de 60-69 años presentan sobre peso y obesidad mientras que en menor frecuencia solo 1 paciente (el 4%) presento obesidad y sobrepeso en el grupo de 30-39 años.

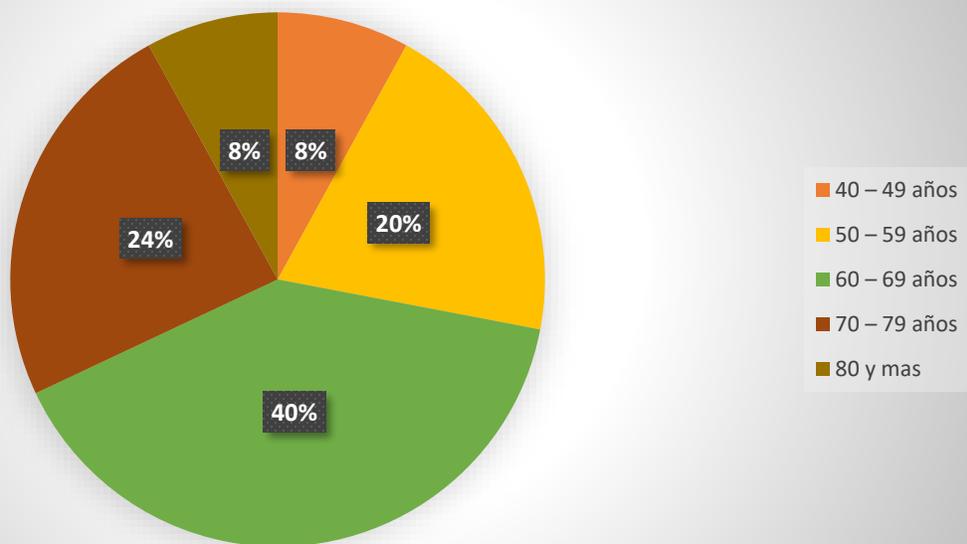
Tabla No. 11

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023- enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión  
 Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco  
 Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Edad	Personas con diagnóstico de hipertensión	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	2	8
50 – 59 años	5	20
60 – 69 años	10	40
70 – 79 años	6	24
80 y más años	2	8
<b>Total</b>	25	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Gráfica 6. Personas con diagnostico de hipertension por grupo de edad.



Fuente: Tabla 11

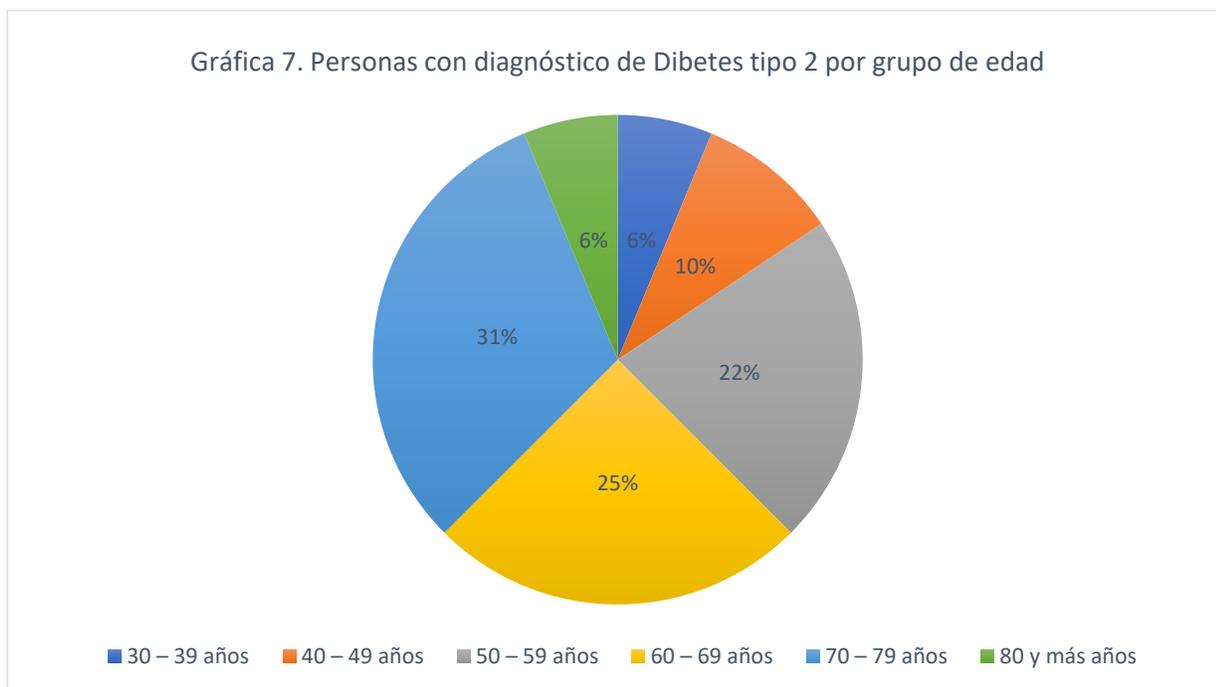
En la Gráfica 6 el 40% de la población de 60-69 años presentan Hipertensión Arterial.

Tabla No. 12

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023- enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes tipo 2  
 Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco  
 Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes tipo 2	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	2	6.25
40 – 49 años	3	9.37
50 – 59 años	7	21.87
60 – 69 años	8	25
70 – 79 años	10	31.25
80 y más años	2	6.25
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024



Fuente: Tabla 12

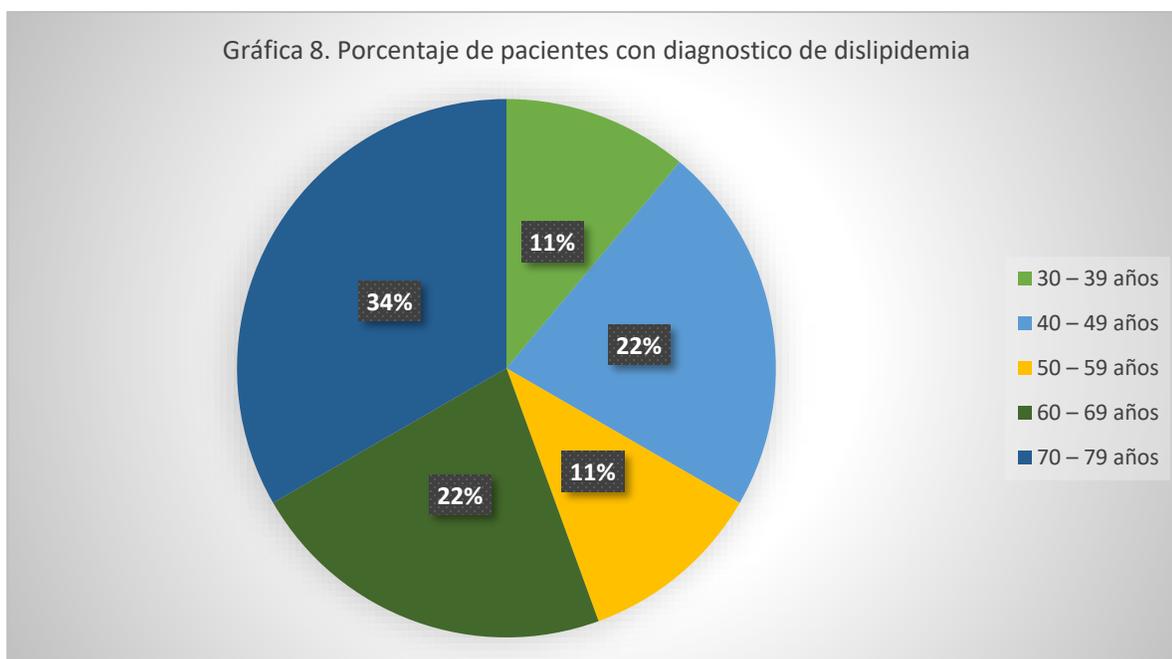
En la Gráfica 7 se puede observar que el 31% de los pacientes que padecen diabetes corresponden al grupo de 70-79 años.

Tabla No. 13

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023- enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de dislipidemia  
 Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco  
 Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Edad	Personas con diagnóstico de dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	1	11.1
40 – 49 años	2	22.2
50 – 59 años	1	11.1
60 – 69 años	2	22.2
70 – 79 años	3	33.3
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024



Fuente: Tabla 13

Con relacion a la Gráfica 8 el 34 % de la población que presento diagnóstico de dislipidemia corresponde al grupo de 70 a 79 años de edad.

Tabla No. 14

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023- enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad e hipertensión  
 Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco  
 Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	1	14.28
60 – 69 años	5	71.4
70 – 79 años	1	14.28
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	7	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Con relacion a la Tabla no. 14 el 71.4% que padecen obesidad e hipertension arterial corresponde al grupo de 60 A 69 años de edad.

Tabla No. 15

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023- enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus  
 Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco  
 Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad y diabetes tipo 2	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	1	10
40 – 49 años	1	10
50 – 59 años	2	20
60 – 69 años	5	50
70 – 79 años	1	10
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	10	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Con relacion a la Tabla no. 15 el 50% de personas con diagnostico de diabetes y obesidad corresponde al grupo de 60 A 69 años de edad.

Tabla No. 16

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023- enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y dislipidemia  
 Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco  
 Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad y dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	1	25
40 – 49 años	1	25
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	1	25
70 – 79 años	1	25
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	4	0

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Con relacion a la Tabla no. 16 el diagnostico de obesidad y dislipidemia corresponde al grupo de 30-39 años, 40-49 años, 60-69 años y 70-79 años con el 25 % respectivamente.

Tabla No. 17

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023- enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial  
 Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco  
 Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	5	71.6
70 – 79 años	1	14.2
80 y más años	1	14.2
<b>Total</b>	6	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Con relacion a la Tabla no. 17 el diagnostico de diabetes e hipertension arterial predomino en el grupo 60-69 años con el 71.6%.

Tabla No. 18

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023- enero 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 obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	1	16.6
60 – 69 años	4	66.6
70 – 79 años	1	16.6
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Con relacion a la Tabla No. 18 de la poblacion con diagnostico de obesidad, diabetes e hipertension arterial predomino en el grupo 60-69 años con el 66.6%

Tabla No. 19

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023- enero 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

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Edad	Personas con diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	2	25
70 – 79 años	2	25
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Con relacion a la Tabla no. 19 de la poblacion con diagnostico de dislipidemia, diabetes e hipertension arterial predomino en el grupo 60-69 años y 70-79 años con 25 % cada uno.

Tabla No. 20

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023- enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia  
 Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco  
 Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes tipo 2 y dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	1	50
70 – 79 años	1	50
80 y más años	0	0
<b>Total</b>	2	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Con relacion a la Tabla no. 20 de la poblacion con diagnostico de las cuatro principales morbilidades existeun predominio en el grupo 60-69 años y 70 a 79 años.

#### 4. Resultados de control de enfermedad crónica

##### Al inicio del servicio social

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 febrero 2023- enero 2024 Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco  
 Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia venosa	
	No	%	No	%
Control	8	36.4	9	56.2
Fuera de control	14	63.6	7	43.8
<b>Total</b>	22	100	16	100

Fuente: Registro RedCap. febrero 2023- enero 2024

En esta tabla se consideraron como muestra 22 pacientes que contaban con detección de glucosa capilar y 16 pacientes con glucosa sérica al momento del análisis.

Tabla No. 22

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

Periodo febrero 2023- enero 2024

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Parámetro de	No	%
Control	15	40.5
Fuera de control	22	59.5
<b>Total</b>	37	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Con relacion a la Tabla no. 22 de la poblacion en general atendida 59.2% se encuentra descontrolada de acuerdo con parametros de hemoglobina glucosilada; sin embargo es importante mencionar que para esta tabla se considera a toda la poblacion.

Tabla No. 23

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control

Periodo febrero 2023- enero 2024

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Parámetro de	No	%
Control	31	83.8
Fuera de control	6	16.2
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Con relacion a la Tabla no. 23 de la poblacion atendida 83.8 % de la poblacion se encuentra en cifras de control de presión arterial.

Tabla No. 24

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

Periodo febrero 2023- enero 2024 Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Parámetro de	No	%
Control	14	66.6
Fuera de control	7	33.4
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. febrero 2023- enero 2024

Con relacion a la Tabla no. 24, 33.4% se encuentran fuera de control, sin embargo es importante recalcar que de los 37 pacientes atendidos solo 21 pacientes tuvieron medición de colesterol sérico.

Tabla No. 25

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

Periodo febrero 2023- enero 2024

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Parámetro de	No	%
Control	10	47.6
Fuera de control	11	52.4
<b>Total</b>	21	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Con relacion a la Tabla no. 25, 52.4% se encuentran fuera de control, sin embargo es importante recalcar que de los 37 pacientes atendidos solo 21 pacientes tuvieron medición de trigliceridos séricos.

### Al final del servicio social

Tabla No. 26

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

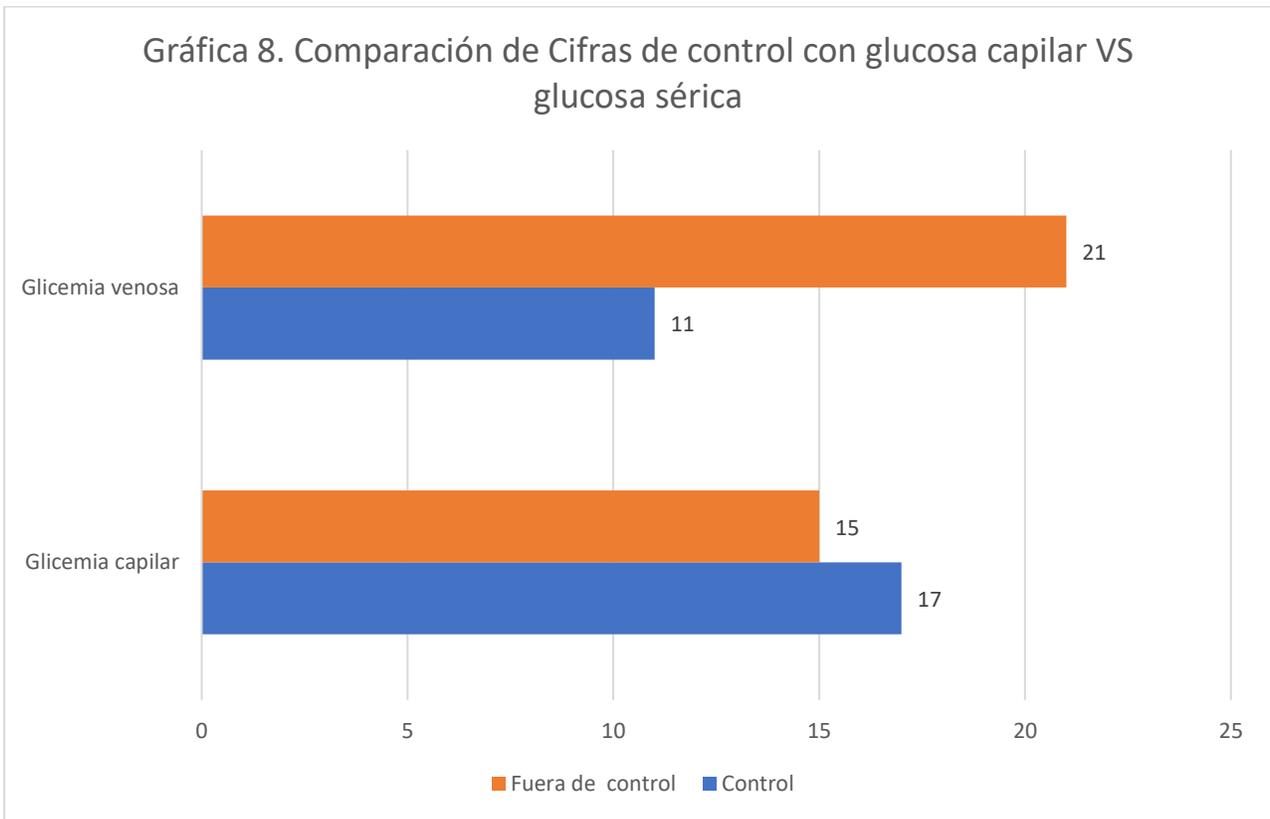
Periodo a febrero 2023- enero 2024

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Parámetros	Glicemia capilar		Glicemia venosa	
	No	%	No	%
Control	17	53.1	11	34.3
Fuera de control	15	46.9	21	65.7
<b>Total</b>	32	100	32	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024



Fuente: Tabla 26

Con respecto a la gráfica 8 se realizó a todos los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 glucosa capilar y glucosa sérica, puede observarse mayor descontrol por glucosa sérica con relación a la glucosa capilar.

Tabla No. 27

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

Periodo febrero 2023- enero 2024

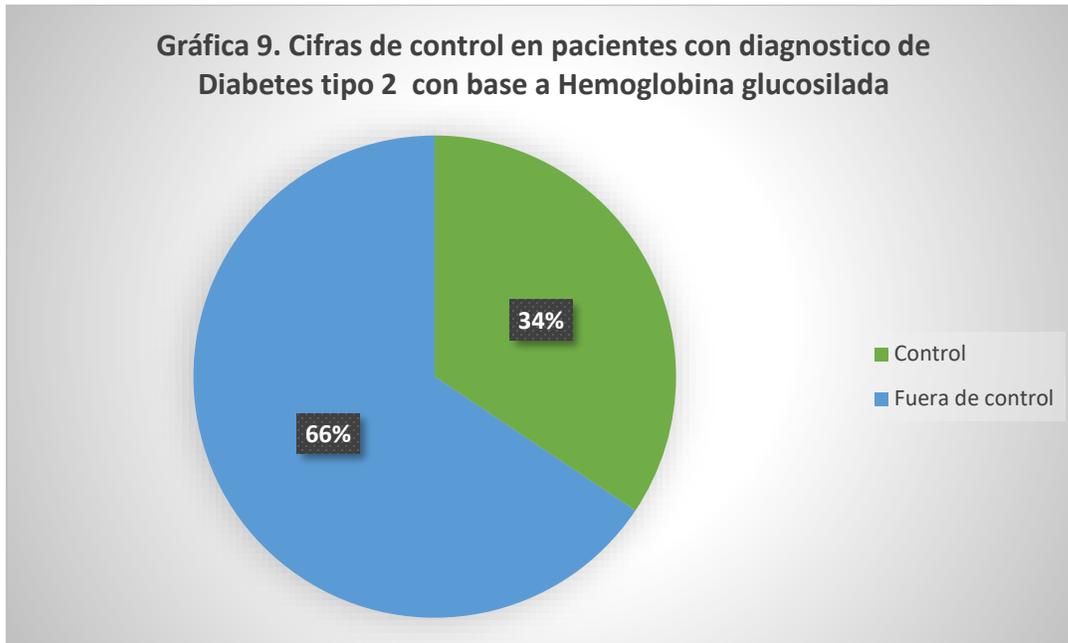
Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Parámetro de	No	%
Control	11	34.4
Fuera de control	21	65.6
<b>Total</b>	32	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

**Gráfica 9. Cifras de control en pacientes con diagnóstico de Diabetes tipo 2 con base a Hemoglobina glucosilada**



Fuente: Tabla 27

Con respecto a la gráfica 9 de los 32 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 a quienes se les realizó hemoglobina glucosilada, puede observarse un 66 % de pacientes con descontrol de la enfermedad.

**Tabla No. 28**

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control

Periodo febrero 2023- enero 2024

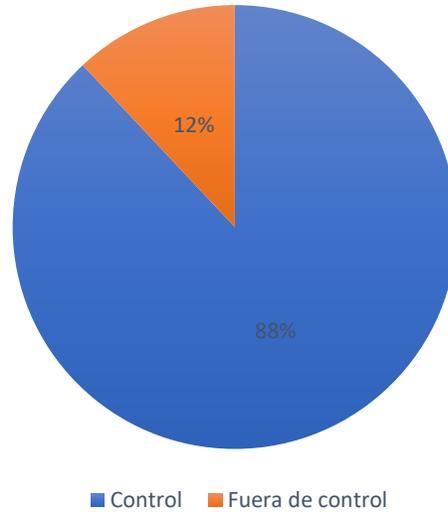
Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Parámetro de	No	%
Control	22	88
Fuera de control	3	12
<b>Total</b>	25	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Gráfica 10. Pacientes con cifras de control para hipertensión arterial



Fuente: Tabla 28

Con respecto a la gráfica 10 de los 25 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial 88% se encuentran con adecuadas cifras de control para tensión arterial.

Tabla No. 29

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

Parámetro de	No	%
Control	6	66.6
Fuera de control	3	33.4
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

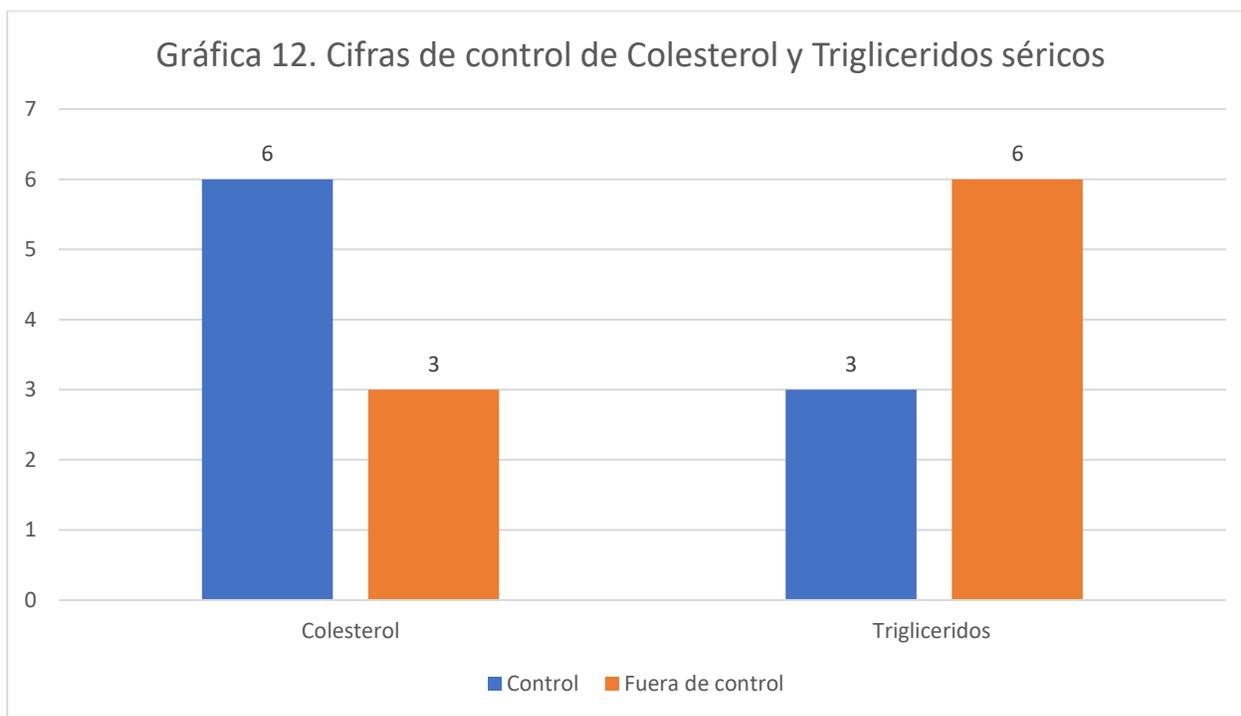
Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 30

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

Parámetro de	No	%
Control	3	33.4
Fuera de control	6	66.6
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024



Fuente: Tabla 29 y tabla 30

De acuerdo con la gráfica 12 se puede observar que, con respecto al diagnóstico de dislipidemia con controles séricos, existen un mayor número de pacientes que presentan hipertrigliceridemia en comparación con la hipercolesterolemia.

## 5. Acción comunitaria

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

- Concepto y modelos de promoción a la salud.

Desde la antigüedad se establecen diversos términos acerca de la Promoción de la Salud, la primera vez que quedo plasmado en un documento fue en 1986 en la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud organizada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), mediante la Carta de Ottawa la cual definía que: “La promoción de la salud es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren.” (1)

Dentro de los términos de esta carta se establece que la capacitación de la salud no depende del propio sistema de salud, influye también la interacción entre las condiciones en las que vive, el equipo multidisciplinario de salud que brinda la atención, la persona y la relación médico-paciente que se establezca. En la actualidad existen diversos estudios sociodemográficos y médicos que han demostrado que la promoción de salud a mostrado mejores resultados que la prevención de enfermedades aun considerando que se presentan con mayor frecuencia enfermedades prevenibles.

Con respecto a los pilares de promoción de la salud se incluyen: políticas de vida saludable que contienen recursos financieros y apoyo de organizaciones gubernamentales. La presencia de entornos saludables de apoyo individual, familiar y como parte de una comunidad, esto a su vez favorecerá el desarrollo de la persona en un ente biológico y social. El empoderamiento del individuo con respecto a su propia salud contribuye a que la acción comunitaria se fortalezca y se desarrollen habilidades necesarias para mejorar la calidad de vida de la persona.

A lo largo de la historia se ha descrito diversos modelos de salud, enfocados en políticas, economía, sociedad y en ver a la enfermedad como el centro de la atención, al contrario de esos modelos tradicionales el modelo expandido abarca a la salud como el resultado positivo de una interrelación entre el sistema de salud, el equipo de salud, la persona que padece la enfermedad, sus determinantes sociales y la relación que tenga con el mismo equipo de salud.(2)

La adecuación del modelo expandido de atención crónica al modelo de atención integral centrado en la persona se puede establecer al integrar los elementos que conforman el proceso de la atención centrada en la persona en donde abarcan los subsistemas relación médico-paciente, sistema de salud y comunidad adaptando los subsistemas a las necesidades de la persona y no a la enfermedad con la que viven.(3)

- Encuentro de salud

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

Durante el año de servicio social diplomado se llevó a cabo un Encuentro de Salud: El quinto Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas: Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas. Este encuentro tuvo el nombre de “Encontrarnos para cuidarnos. Cuidado como un derecho y una acción colectiva”.

En coordinación con la Dra. Carina Gómez Escutia jefe de enseñanza de la jurisdicción Tláhuac y la Dra. Rosalba García Salas asesora en el centro de salud de San Francisco Tlaltenco se organizó y realizó el quinto encuentro de pacientes con enfermedades crónicas, el cual se llevó a cabo en el aula de usos múltiples de la Jurisdicción Tláhuac el 23 de junio del 2023. El objetivo de este encuentro fue “Reconocer y fortalecer las capacidades personales y colectivas, así como las relaciones que favorecen el cuidado de las personas que viven con enfermedades crónicas”.

Para llevarlo a cabo se realizó una planeación semanas previas, se diseñó un cartel a decoración del lugar, los alimentos que se ofrecieron e invitaciones dirigidas en esta ocasión para todos los pacientes que acuden al centro de salud de San Francisco Tlaltenco y padecen Enfermedades crónicas, a diferencia de los encuentros anteriores que solo estaban dirigidos a pacientes que pertenecían al programa, esta vez el objetivo fue que más personas conocieran el modelo de atención centrado en la persona y las actividades que realizamos.

En cada jurisdicción se llevaron a cabo diversas actividades con base en el número de personas se llevaron a cabo diferentes talleres y actividades dependiendo de la cantidad de personas que asistirán. En el caso de Tláhuac se tenía planeado organizar mesas redondas de 10 personas cada una para llevar a cabo, Se contemplaba un número aproximado de 30 personas sin embargo solo asistieron 7 personas ya que la mayoría refirió problemas familiares y de trabajo que impedían su asistencia. Por lo cual solo se llevó a cabo una mesa redonda con todos los participantes.

En este taller participé como coordinadora. La experiencia fue muy buena y diferente ya que es la primera vez que participo en una actividad así, se tuvo una muy buena participación de las personas, además de que entre ellos se dieron consejos útiles relacionados con el tema del encuentro

El desarrollo del encuentro se estructuro con base en cuatro pilares fundamentales de relación médico-paciente (la persona, la familia, la comunidad y los servicios de salud). El paso 1, constó de la identificación de las aspiraciones y realizaciones del paciente viviendo con enfermedades crónicas.

El paso 2, se enfocaba en identificar en grupo las necesidades en común y qué capacidades se encuentran a su alcance para satisfacerlas. El paso 3, se enfocó en que el paciente reconozca la importancia del autocuidado, tomando en cuenta las habilidades desarrolladas durante la plática. Fomentando la sensibilidad en los médicos para adoptar nuevas ideas y habilidades llevando a cabo un trato digno, enfocado y de calidad.

Cada opinión y participación de los pacientes fue relevante para tener un mayor conocimiento acerca de las necesidades y aspiraciones de cada uno. Es necesario que el ser humano se comuniquen con su comunidad, que exprese sus necesidades y obtenga conocimientos y desarrolle habilidades para su autocuidado.

#### Encuentro de Pacientes:

Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas

#### Cédula de taller

“Encontrarnos para cuidarnos. Cuidado como un derecho y una acción colectiva”

#### Encuentro de Pacientes con Enfermedad Crónica

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac Coordinador(a): SILVA CABALLERO BRENDA

Relator(a) BLANCA ALELI GARCIA VILLARREAL

Taller: Reconocer y fortalecer las capacidades personales y colectivas, así como las relaciones que favorecen el cuidado de las personas que viven con enfermedades crónicas (Cuidar a otras personas, recibir cuidados de otras personas, cuidado de sí mismas. El autocuidado y cuidado del entorno)

Fecha: 23-JUNIO-2023

#### 1. Personas participantes:

<b>Nombre</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Centro de Salud</b>
Ávila Mata Aurora	F	71	San Francisco Tlaltenco
Castañeda Peña Santanero D.	M	66	San Francisco Tlaltenco
Chávez Martínez Elizabeth	F	57	San Francisco Tlaltenco
Cortés Miranda Rubén	M	76	San Francisco Tlaltenco
Gutiérrez Ramírez Pasto	M	60	San Francisco Tlaltenco
Jiménez Cortes Dolores	F	61	San Francisco Tlaltenco
Sandra Nieto Vargas	F	55	San Francisco Tlaltenco

## 2. Datos del taller

Objetivo del taller: Reconocer y fortalecer las capacidades personales y colectivas, así como las relaciones que favorecen el cuidado de las personas que viven con enfermedades crónicas (Cuidar a otras personas, recibir cuidados de otras personas, cuidado de sí mismas. El autocuidado y cuidado del entorno)

Hora de inicio: 9:20

Hora de finalización: 12:00

Agenda de la sesión:

Horario de inicio Actividad

Encuadre: 10:05

Bienvenida: 9:20

Taller: 10:40

Presentación: 9:30

Cierre: 11:40

## 4. Descripción detallada de la sesión:

Al ser coordinadora no cuento con la relatoría específica de la sesión sin embargo sí puedo relatar una aproximación de lo que sucedió. Se inició con la presentación de los organizadores y por parte de los participantes, posteriormente se realizó una presentación de los logros obtenidos desde el encuentro anterior por parte del Instituto Nacional de Salud Pública.

Continuando con la reunión se plantearon los 3 puntos/ pasos: En el paso 1 cada paciente identificó que es vivir con su enfermedad crónica y cuáles constó de la identificación de las aspiraciones y realizaciones del paciente viviendo con enfermedades crónicas:

- Aurora aspira estar controlada para poder viajar a Los Cabos con su hijo y nietos
- Rubén quiere vivir como si no tuviera la enfermedad, y poder apoyar a su esposa a que se controle.
- Santanero quiere tener control de su enfermedad para poder viajar y seguir predicando.
- Dolores desea que ella y su esposo puedan estar controlados para que pueda descansar y no estar todo el tiempo de sus medicamentos.
- Silvia no pertenece al programa, pero desea poder realizar su vida normal y no depender de tantos medicamentos.
- Pastor aspira poder estar controlado para que le puedan realizar las cirugías programadas de sus otras comorbilidades.
- Elizabeth ella solo anhela poder entender más su enfermedad para poder controlarla y llevar una vida lo más normal posible.

El paso 2, se enfocaba en identificar en grupo las necesidades en común y qué capacidades se encuentran a su alcance para satisfacerlas.

- La principal necesidad en la que la mayoría de los pacientes coincidió es el control de la enfermedad y la disminución o el mantenimiento de peso; la mayoría de los pacientes refieren que el control y seguimiento, así como buen apego al tratamiento farmacológico, plan de alimentación y actividad física son los tres pilares fundamentales.
- Los recursos con los cuentan los pacientes refieren a su familia como el principal factor de apoyo y motivación para el control de su enfermedad crónica, sin embargo, también mencionan que el centro de salud y como tal el proyecto han sido de gran apoyo para llegar a un adecuado control.

El paso 3, se enfocó en que el paciente reconozca la importancia del autocuidado, tomando en cuenta las habilidades desarrolladas durante la plática.

- Cada paciente reconoce que conocer, entender y convivir con su enfermedad ha logrado empoderarlos y lograr que desarrollen capacidades y habilidades que ayuden a mantener un buen control de su enfermedad, a recordar tomar sus medicamentos y mejorar su calidad de vida.

Para finalizar el taller se organizaron todas las ideas y con base en las opiniones establecidas por los pacientes se llegó a un consenso de propuestas grupales y metas individuales, entre las que se incluyeron:

Propuestas grupales para favorecer el autocuidado y mejorar un autocontrol:

- Acudir puntualmente a consultas
- Seguir el plan de alimentación y plan de actividad física
- Tomar los medicamentos en los horarios establecidos
- Externar las dudas que cada uno tenga en consulta
- Mantener una comunicación adecuada
- Participar en la toma de decisiones con respecto a su enfermedad y los ajustes de tratamiento
- Incluir la participación de los familiares en el manejo y control de la enfermedad crónica.

La meta en general de 6 de los pacientes que asistieron al encuentro es disminuir de peso o en su caso no seguir subiendo, mientras que en el caso de Elizabeth su meta principal disminuir su nivel de hemoglobina glucosilada.

Como última actividad y como parte de la temática del día del padre y del tema central del encuentro se les pidió a los participantes que escribieran una frase representativa del autocuidado iniciando con ¡Que padre ...! (anexo 2)

- “Que padre es estar en grupo de autoayuda y ser atendida. Gracias por todo”
- “Que padre es ser atendida y escuchada por su médico”
- “Que padre es tomar mis medicamentos a tiempo”
- “Que padre es cumplir con mi tratamiento, acudiendo a tiempo a mis consultas y ser disciplinado tomando a tiempo mis medicamentos”

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

- Tutoría de casos.

A lo largo del año de servicio social, en este módulo se presentaron diversos casos clínicos en los cuales se abordaron temas relacionados con el tratamiento farmacológico y no farmacológico, los cuales se fueron abordando en cada una de las sesiones posteriores correspondientes a este módulo. Para la dinámica de este módulo se contaba con la presentación del caso clínico por un grupo de participantes, lo cuales fueron apoyados en todo momento por un grupo de especialistas que resolvían dudas y orientaban sobre mejores alternativas en el ajuste del tratamiento.

Se presentaron 4 casos clínicos de los cuales se derivaron temas como manejo adecuado de insulinas, titulación y distribución, manejo y uso de hipoglucemiantes orales, servicios de apoyo para atención y manejo integral, atención en segundo nivel y opciones de tratamiento por desabasto farmacológico. También se incluyeron las opciones de ejercicio para mejorar movilidad, el riesgo de caídas, importancia de evaluar riesgo cardiovascular y cédulas de tamizaje por edad y sexo.

Algunos de los casos que se incluyeron son:

- 1er caso clínico. Se abordaron diversos casos donde se utilizó tratamiento con insulinas, a raíz de este caso se aborda el tema del manejo y tratamiento de la diabetes tipo 2 con insulinas e hipoglucemiantes orales con base en las actualizaciones más recientes y la mejor evidencia disponible.
- 2do caso clínico. El caso de la señora Alejandra, en este caso se abordó la importancia de la salud mental de las personas con enfermedades crónicas y a partir de ahí se derivó el tema de la empatía que es, su importancia y el impacto que tiene en la relación médico-paciente y en el control de las enfermedades crónicas.
- 3er caso clínico. En este caso se abordó el tema de salud psicoemocional, derivado de la preocupación de saber cómo, desde una perspectiva de la psicología, abordar a una persona que necesita atención profesional en cuanto a salud mental. ¿Qué podemos hacer nosotros y de qué manera podemos ayudar a la persona?
- 4to caso clínico. Se evalúa a un paciente con enfermedad renal crónica KDIGO 5 quien no quería someterse a tratamiento de sustitución renal. En este caso lo relevante fue hasta qué punto podemos tratar de persuadir a un paciente y/o respetar la decisión que toma con respecto a su tratamiento. Así como también ¿Qué herramientas podemos desarrollar para tener una comunicación efectiva y poder ayudar a las personas?

## Conclusiones

El servicio social se considera la retribución a la sociedad de todo lo recibido durante la carrera, también corresponde a aplicar la experiencia de los conocimientos aprendidos en la sociedad, así como el último escalón para culminar la carrera de medicina general, sin embargo, el servicio social implica algo más profundo.

Realizar mi servicio social en la Secretaria de Salud de la Ciudad de México (SEDESA) fue una de las mejores experiencias en mi vida profesional, tener la oportunidad de estar en una unidad que brinda atención a la salud en el primer nivel de atención, ha sido de las cosas más gratificantes ya que tuve oportunidad de brindar atención, realizar promoción a la salud y prevención de enfermedades, pero sobre todo reafirmar la importancia del primer nivel de atención en la salud del individuo, la familia y la comunidad.

Ser parte del modelo de atención centrado en la persona, fue una experiencia muy interesante que no cambiaria por ninguna otra modalidad, sirvió mucho para mejorar mi relación medico paciente, para adquirir nuevas habilidades y conocimientos, pero sobre todo para conocer un modelo diferente centrado en la persona y no el modelo tradicional que se centraba en la enfermedad.

Logré desarrollar un enfoque integral diferente que incluyo mayor contacto con los pacientes de diferentes edades y contextos sociales, pero sobre todo con enfermedades crónicas logrando un abordaje más humano y completo a cada uno.

Con este modelo aprendí a ver al paciente no como una enfermedad si no como un ser humano a conocer y comprender a la persona, su integración, sus aspiraciones, vínculos, prioridades y necesidades. A contribuir a que desarrolle capacidades y habilidades de autocuidado y favorecer un mejor control de su enfermedad crónica y así mejorar su calidad de vida.

Dentro de las ventajas que ofrecen los servicios de Salud de la Ciudad de México con la implementación de este modelo se incluyó la posibilidad de tener un espacio propio para la consulta, facilitaciones para llevar agenda propia, para poder dar seguimiento a los pacientes del programa, así como tener un asesor clínico y la capacitación constante incluyendo asistir a un diplomado relacionado con enfermedades crónicas durante el año de la pasantía.

Dentro de las desventajas que se observaron fue que en ocasiones no se respetaban los tiempos asignados al desarrollo de actividades del programa como en el caso de la planeación de los encuentros de salud, había desabasto de insumos de laboratorio y medicamentos, sin embargo, las ventajas sobrepasaron por mucho estas últimas problemáticas descritas.

Mis conclusiones respecto a las aspiraciones y las realizaciones de las personas que viven con enfermedades crónicas y que, a lo largo de este año de servicio social, pude atender y dar seguimiento se basan principalmente en la importancia de dar un seguimiento continuo y adecuado, una constante comunicación y aprender respetar y conocer a la persona contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En su mayoría los pacientes del proyecto y en general los de la consulta externa desean comprender sus enfermedades, poder expresar sus aspiraciones y necesidades, lograr identificar signos y síntomas de alarma sobre su control. Su mayor aspiración es vivir como si no tuviera la enfermedad, poder realizar su vida normal.

Poder contribuir a que cada paciente en la medida de lo posible logre el empoderamiento de su enfermedad y un autocontrol efectivo ha sido una de las mejores experiencias del servicio social siendo también parte importante de mi formación profesional.

Valorando mi formación profesional de pregrado y realizando un balance entre el año del internado y el año de servicio social. Puedo inferir que logre adquirir un nuevo enfoque con respecto a la atención médica la cual se volvió más humana e integral, mejoro la comunicación y un mayor desarrollo en la empatía al momento de relacionarme con las personas.

Siendo estos conocimientos y este modelo parte importante para el desarrollo profesional, los cuales podre aplicar todos los días en la práctica médica.

- **Referencias bibliográficas**

1. Pan American Health Organización, de la Salud OM, Salud y Bienestar Social C, Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. [Internet]. 1986. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/44469>
2. Rubiera López, Riera Velasco. Programa para mejorar la atención de las enfermedades crónicas. Aplicación del modelo de cuidados para enfermedades crónicas. Aten Primaria. 2004; 34(1): 206-209.
3. Cuba Fuentes MS, Romero Albino ZO de LM. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. Rev. Perú Med Exp Salud Publica. [Internet]. 2016;33(4):780. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2565>

## Anexos

### Anexo 1. Informe Final entregado a SEDESA.

#### INFORME FINAL DE LA CARRERA DE MEDICINA

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

#### ORGANIZACIÓN Y CAPACITACIÓN:

FECHA Y SEDE DEL CURSO DE INDUCCIÓN	02/02/2023 JURISDICCION SANITARIA TLAHUAC
FECHA Y SEDE DE LA SESIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL DX. DE SALUD / RESUMEN NOMINAL	FEBRERO 2023 - ENERO 2024 EN CST-III SAN FRANCISCO TLALTENCO
FECHA Y SEDE DE LA SESIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN /DIRECTORIO NOMINAL	FEBRERO 2023 - ENERO 2024 EN CST-III SAN FRANCISCO TLALTENCO
NÚMERO DE INFORMES TRIMESTRALES ENTREGADOS	TRES
NOMBRE DEL TUTOR	DRA. ROSALBA GARCIA SALAS

#### SUPERVISIÓN:

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

NOTA: MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE:

## **DIAGNOSTICO DE SALUD**

ENTREGÓ: SI  NO:  NÚMERO DE CÉDULAS APLICADAS: 50

**ANOTE LAS 5 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD DETECTADAS EN LA CAMUNIDAD:**

No.	MORBILIDAD	MORTALIDAD
1.	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	COMPLICACIONES DE DIABETES TIPO 2
2.	DIABETES E HIPERTENSION ARTERIAL	ENFERMEDADES DEL CORAZON
3.	COVID 19	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
4.	VULVOVAGINITIS, CISTITIS	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA
5.	TRASTORNOS GASTRO INTESTINALES	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

### **PROYECTO DE INTERVENCIÓN**

**TÍTULO DEL PROYECTO: MODELO DE ATENCION INTEGRAL CENTRADO EN LA PERSONA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRONICAS EN UNIDADES DE PRIMER CONTACTO. ENFOQUE DE CAPACIDADES.**

#### **RESUMEN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN:**

En la actualidad debido al acrecentamiento de la población, el requerimiento de atención y el desabasto de los servicios de salud por la alta demanda es necesario adaptar estrategias en el cuidado y atención a la salud, tomando como piedra angular el autocuidado. Desde hace algunas décadas existen modelos internacionales que toman a la persona como el eje motor para el cuidado de su salud y el manejo de sus propias enfermedades.

Este documento tiene como objetivo principal describir la experiencia de aplicar el modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en el C.S.T. III San Francisco Tlaltenco ubicado en la jurisdicción Tláhuac durante el periodo febrero 2023-enero 2024 durante la realización de mi servicio social.

#### **PRINCIPALES ACCIONES REALIZADAS PARA RESOLVER LA PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA:**

El trabajo del diplomado durante el desarrollo del servicio social tenía como principal objetivo construir y fortalecer una relación médico paciente. Consistía en dar consulta médica de control para enfermedades crónicas a un grupo de pacientes que pertenecían al centro de salud y como tal al proyecto mismo del diplomado.

Se contaba con una agenda personal en la cual se le programaba consulta a los pacientes de manera periódica (mensual/bimensual) para que asistieran a revisión médica y realizar el ajuste necesario en su tratamiento para favorecer un mejor control de su enfermedad.

Posteriormente se realizó un balance estadístico para evaluar el desempeño y el seguimiento de los pacientes con respecto a su enfermedad crónica para así, diseñar estrategias de mejora que favorezcan un adecuado control de la enfermedad y contribuyan a una mejor calidad de vida.

### **EVALUACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL**

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

### **EVALUACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL POR PARTE DEL PASANTE.**

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

### **SUGERENCIAS Y COMENTARIOS DEL PASANTE PARA MEJORAR EL SERVICIO:**

## INFORMACIÓN QUE SE DEBERÁ INCLUIR EN EL INFORME FINAL

### SUPERVISIÓN:

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

### EVALUACIÓN:

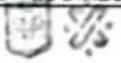
EN CADA ASPECTO A EVALUAR, ANOTA UNA (X) EN LA COLUMNA QUE CORRESPONDA A LA CALIFICACIÓN OTORGADA.

#### EVALUACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL POR PARTE DEL PASANTE.

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

SUGERENCIAS Y COMENTARIOS DEL PASANTE PARA MEJORAR EL SERVICIO:

#### VALUACIÓN DEL PASANTE POR EL DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD.

ASPECTOS A EVALUAR	9-10	7-8	>6	Observaciones
CALIFICACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PASANTE OTORGADA POR EL DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD	X			SECRETARÍA DE SALUD SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL JURISDICCIÓN SANITARIA TLALTENCO
 <p>JURISDICCIÓN SANITARIA TLALTENCO C.S.T. III SAN FRANCISCO TLALTENCO DIRECCIÓN Luz Salazar de Santibáñez Cédula-7605045 Jefe de Unidad de Atención Médica O DIRECTOR DE HOSPITAL</p>	 <p>NOMBRE, FIRMA Y SELLO Oficina de Enseñanza, Capacitación e Investigación Mtra. Carina Gómez Espinoza Médica Genl. Ced. Prof. 5007420 Mtra. en Rehabilitación Neurológica Ced. Prof. 2135890 RESPONSABLE DE ENSEÑANZA O JEFA DE ENSEÑANZA DE HOSPITAL</p>			
 <p>Dra. Rosalba Garrido Salas Médico G. Céd. Prof. 47767</p>	<p>Silva Caballero Brenda NOMBRE DEL PASANTE</p>			

Anexo 2. Evidencia del 5to Encuentro de salud.



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



5° ENCUENTRO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS



JUNIO  
23

HORARIO  
DE 9 A 13  
HORAS

Aula de Usos Múltiples de la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac



Ante cualquier situación, acude a tu Unidad de Salud más cercana en Tláhuac, llevando siempre tu Cartilla Nacional de Salud

f/JSTlahuac

#LaJurisTeAcompaña

#LaSaludEsUnDerecho



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

JURISDICCIÓN SANITARIA TLÁHUAC



Instituto Nacional de Salud Pública



