



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA  
DE SALUD

# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

## DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

### LICENCIATURA EN MEDICINA

---

IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA  
SALUD CENTRADA EN LA PERSONA PARA EL CONTROL DE  
ENFERMEDADES CRÓNICAS EN UNIDADES DE PRIMER  
CONTACTO. UN ENFOQUE DE CAPACIDADES.

---

INFORME FINAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL C.S.T III XOCHIMILCO  
APLICANDO UN MODELO EXPANDIDO DE ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADO  
EN PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL PERIODO AGOSTO  
2022 – JULIO 2023.

---

MPSS SHEYLA HERNÁNDEZ GARCÍA  
MATRICULA: 2162028017  
PROMOCIÓN AGOSTO 2022-JULIO 2023

ASESOR INTERNO DR. VÍCTOR RÍOS CORTÁZAR

ASESORA EXTERNA DRA. ALEJANDRA GASCA GARCÍA

## 1. Presentación

Durante el periodo de mi servicio social de agosto 2022 - julio 2023 asistí al C.S.T III Xochimilco en la jurisdicción Xochimilco, durante este mismo periodo tuve la oportunidad de incorporarme al diplomado de 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 capacidades.

El presente documento tiene como objetivo proporcionar la información acerca de las actividades realizadas a lo largo del año aplicando un modelo centrado en las personas con enfermedades crónicas. En la primera etapa se explica el modelo expandido de cuidados crónicos, en el cual se describe el papel que juega el sistema de salud en la atención de personas con enfermedades crónicas, así como también se menciona la importancia que tiene la relación médico-paciente para alcanzar metas de control, y cómo esta relación no sólo ha cambiado la manera en que nosotros los médicos pasantes vemos la consulta, sino también como los mismos pacientes la perciben, se sienten más apoyados en una consulta donde la persona es la protagonista y no la enfermedad. Por último, se menciona a la comunidad, un aspecto muy importante al momento de compartir experiencias respecto a sus padecimientos. Una parte muy importante del modelo centrado en la persona fue la incorporación al diplomado, el cual describo en el último apartado de esta primera etapa.

En la segunda etapa del presente documento se presenta el ensayo dificultades y fortalezas aplicando un método centrado en la persona como prestadora de servicios de salud en la ciudad de México que sirvió para acreditar el módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades. En donde se describe mi experiencia y mi primera impresión aplicando un modelo tan novedoso como este en una unidad de salud en la Ciudad de México.

En la tercera etapa se anexa la revisión sistemática con la cual se acreditó el módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados. La revisión sistemática tuvo el objetivo de demostrar la eficacia del uso de terapia triple farmacológica, que incluye hipoglucemiantes orales como son: biguanidas, inhibidores de dipeptidil peptidasa-4 (dpp-4), sulfonilureas, tiazolidinedionas, e inhibidores del

cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (sglt2), como alternativa al uso de insulina, medida por cifras de hemoglobina glucosilada posterior a 6 meses del inicio del tratamiento.

La cuarta etapa describe el balance del desempeño clínico en el proyecto de las y los pasantes de la promoción agosto 2022, en el cual se anexan los datos estadísticos, resultado de un año aplicando un modelo centrado en personas con enfermedades crónicas. Dicho balance servirá para la acreditación del módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas. Para la acreditación de este mismo modelo se describe el concepto de promoción de la salud, así como también la descripción de los dos encuentros de salud en los que participé como coordinadora de los talleres.

La quinta etapa del presente documento es la acreditación para el módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos. En el cual se describen los casos clínicos revisados a lo largo del año del servicio social, así como también los temas revisados posterior a la revisión de tutorías de casos.

Por último, se anexan las conclusiones a las que llegue después de aplicar un modelo centrado en la persona con enfermedades crónicas en una unidad de primer nivel en la Ciudad de México, se mencionan también las conclusiones respecto a mi formación de pregrado y también las ventajas y desventajas que representa un modelo como este en el centro de salud.

Mi incorporación al programa inició desde mediados de julio de 2022 en el momento en que elegí mi plaza para el servicio social en la cual ya se especificaba que pertenecería al grupo de “crónicos”. Una vez realizados los trámites administrativos respecto al servicio social. Acudimos al curso de inducción organizado por la jurisdicción Xochimilco, una vez concluido ese curso de inducción nos presentamos en nuestras unidades de salud, en mi caso el C.S.T III Xochimilco en donde tuvimos un primer y breve acercamiento a los pacientes ya que después tendríamos una semana de curso de inducción del modelo centrado en la persona el cual me ayudó a tener una idea más amplia de lo que es y lo que implica el programa ya que al elegir mi plaza no conocía al 100% en lo que iba a consistir este modelo. Gracias al curso de inducción me sentí más preparada al momento de volver a mi unidad de salud y ver a mis primeros pacientes. Algo extra que teníamos como parte importante de esta plaza es la implementación de

un diplomado que se lleva a cabo los días viernes, gracias a estas sesiones pude completar mi formación como médico pasante aplicando un modelo expandido de cuidados crónicos en personas con enfermedades crónicas. Durante las sesiones de los viernes se realizaban lecturas de diversos temas que son importantes para la implementación de este modelo, se revisaron también casos clínicos en donde los asesores de cada unidad nos daban puntos de vistas muy valiosos que nos ayudaron a tomar decisiones acertados al momento de dar un tratamiento o recomendaciones en general. Se planearon también los encuentros de pacientes, actividades que se organizan cada 6 meses en las cuales las personas que tienen oportunidad de asistir, comparten experiencias respecto a sus enfermedades crónicas con más personas de la misma jurisdicción. En general, toda mi participación durante mi periodo del servicio social aplicando un modelo centrado en la persona, así como también la incorporación al diplomado los días viernes, fue una experiencia positiva en todos los sentidos, fue una experiencia completamente enriquecedora que cambio mi forma de ver la atención en una unidad de primer nivel y, sobre todo, la forma en que veía a las enfermedades crónicas y a las personas que las padecen.

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

El modelo expandido de cuidados crónicos consta de tres subsistemas y componentes que nos ayudan a entender mejor cada uno de ellos. Entre los subsistemas encontramos la relación médico-paciente, el sistema de salud y la comunidad. Estos tres aspectos son fundamentales al momento de brindarle atención a una persona con enfermedades crónicas.

El sistema de salud juega un papel fundamental en un modelo expandido, iniciando por entender que el sistema de salud es quien nos brinda un espacio para poder atender a las personas que se acercan a las diversas unidades de salud para atender sus enfermedades crónicas, sino se contara con un espacio seguro, un espacio de confianza para brindar una consulta de calidad no se podría aplicar un modelo expandido de cuidados crónicos, otro punto muy importante es que gracias a estos sistemas es que pudimos monitorear y evaluar los resultados de los avances de nuestros pacientes gracias a que contábamos con medidores tanto de hemoglobina glucosada así como también pruebas rápidas para colesterol y triglicéridos. Gracias a que contábamos con todas estas herramientas pudimos brindar una atención activa y un seguimiento regular, en el que teníamos la oportunidad de ver a nuestros pacientes mes con mes, el hecho de ver a nuestros pacientes con esta regularidad nos ayudó a establecer una relación médico-paciente más íntima, una relación de más confianza.

Para continuar con los subsistemas, el segundo del que haré mención es la relación médico-paciente, si bien los tres subsistemas son de suma importancia y se relacionan entre sí, la relación que establecemos con nuestros pacientes me parece que es la más importante de todos. La relación que se establece no debería ir sólo enfocada en los minutos que vemos a nuestros pacientes en la consulta, debería ser una relación que vaya más allá de ese límite porque al final de cuentas estamos con una persona que no sólo es un paciente, es una persona que quizá sea mamá, papá, hermana, tía, abuela e incluso, amiga o amigo. Ver a la persona como una persona y no como una enfermedad, darnos cuenta que, para poder tratar la enfermedad, primero debemos conocer a la persona, sus cualidades y sus debilidades, conocer su entorno, su comunidad, darnos cuenta de cuál es su ámbito cultural y cual el económico, ya que este último juega un papel muy importante en el manejo de enfermedades crónicas, conociendo todas

estas características de las personas que atendemos, sabremos en qué áreas podemos mejorar y cuales podemos aprovechar para reforzar y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. Establecer una buena relación médico-paciente nos ayuda a entender a las personas que buscan ayuda médica, nos ayuda a crear un entorno donde ellos pueden sentirse libres de expresar sus sentimientos o preocupaciones sin miedo de ser juzgados o “regañados” como ellos mismos nos refieren. Nos ayuda a establecer metas en conjunto, metas en los que ellos sean tan participes como nosotros, los prestadores de salud. Un modelo expandido de cuidados crónicos busca enfocarse en las personas y no en la enfermedad, busca que podamos ayudar a las personas a desarrollar sus capacidades para que ellos mismos sean capaces de lograr su autocuidado.

El último subsistema es la comunidad, de la que todas las personas somos partes, por lo tanto, debemos tenerlo en cuenta al momento de conocer a las personas que acuden con nosotros. Uno de sus componentes es la creación de entornos saludables y gracias al modelo expandido de cuidados crónicos cada 6 meses se organiza un encuentro de pacientes, el cual consiste en reunirnos con todos los pacientes (que puedan asistir) de nuestra jurisdicción la cual es Xochimilco, en esta actividad asisten personas de diferentes centros de salud lo que hace la actividad más diversa ya que tienen la oportunidad de compartir experiencias con personas de otros lugares, es una experiencia bastante enriquecedora, donde puedes notar que los pacientes lo disfrutan, se siente participes y protagonistas porque es un espacio dedicado a ellos, donde pueden compartir con una comunidad que comparte las mismas enfermedades, las mismas vivencias y preocupaciones.

El modelo expandido de cuidados crónicos y sus tres subsistemas busca principalmente, tratar con personas y no con enfermedades, busca que podamos ser capaces de ver más allá de un diagnóstico, busca que las personas se mantengan informadas para que, en conjunto con sus prestadores de servicios, sean capaces de tomar decisiones y establecer metas en conjunto que los ayuden a mejorar su calidad de vida.

### **3. El diplomado**

Cuando elegí mi plaza para el servicio social, lo hice más enfocada en la ubicación del centro de salud que en lo que realmente iba a consistir una plaza de crónicos, después supe por algunos compañeros que habían entrado al servicio social 6 meses antes que yo, era que algo extra a lo que afortunadamente tenemos

derecho los pasantes que pertenecemos al “grupo de crónicos” como comúnmente nos llaman en nuestras unidades de salud, era el diplomado que se lleva a cabo todos los viernes, alternando sesiones de manera presencial en las cuales nos dividíamos por promociones y de manera virtual vía zoom en la cual teníamos oportunidad de compartir las sesiones con nuestros compañeros de la otra promoción. A lo largo de todo el año durante las sesiones tuvimos oportunidad de revisar y discutir las lecturas que nos eran enviadas por nuestros asesores cada semana, estas lecturas iban relacionadas a los módulos mencionados en el punto anterior. Muchas de estas lecturas fueron enfocadas a entender de qué se trataba el modelo centrado en la persona ya que, al ser un modelo relativamente nuevo en nuestro país, todavía había bastantes temas que era verdaderamente necesario revisar. Durante las sesiones de los viernes también se llevó a cabo la preparación de los encuentros de pacientes, aunque pareciera una actividad relativamente sencilla, es algo que requiere de organización de parte de nuestro asesor como por parte de los pasantes, durante estos encuentros de pacientes, los pasantes podíamos tener la función de coordinadores o relatores de cada equipo que se formaría el día del encuentro. Se dedicaron sesiones de viernes sólo para coordinar todo lo relacionado al encuentro que al final fue de bastante ayuda ya que todos los pasantes que pertenecemos a la promoción de agosto no habíamos tenido la oportunidad de estar en un encuentro de pacientes y gracias a las asesorías que se nos brindaron, pudimos concluir ese evento de forma exitosa en la cual tanto nosotros, como los pacientes estuvimos contentos de compartir un día diferente. A pesar de que en la mayoría de las sesiones se revisaban las lecturas relacionadas a los módulos, en una sesión tuvimos la oportunidad de ver una película de la cual me lleve muchas enseñanzas las cuales incluyen: tratar de ser lo más humanos posibles al transmitir un diagnóstico a nuestros pacientes, darnos cuenta que las personas que buscan una ayuda médica profesional también son personas y por lo tanto deben ser tratados como tal y debemos dirigirnos a ellos con respeto, al igual como nos gustaría que se dirijan a nosotros. A lo largo de todas las sesiones tuvimos la fortuna de ser acompañados por asesores que gracias a sus experiencias nos compartían puntos de vista que fueron muy importantes a lo largo de todas las lecturas revisadas. El diplomado fue una de las cosas que más enseñanzas me dejó en todo mi año de servicio social, cambio toda mi perspectiva de lo que era ser médico después de mi experiencia en el internado, me enseñó a cómo tratar a los pacientes en un enfoque centrado en la persona y, sobre todo, me enseñó que ganarme la confianza de mis pacientes es un camino difícil de recorrer, pero muy satisfactorio.

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

Título: Dificultades y fortalezas aplicando un método centrado en la persona como prestadora de servicios de salud en la ciudad de México.

#### **INTRODUCCIÓN**

La diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial sistémica, las dislipidemias y la obesidad representan un grave problema de salud pública en nuestro país y en el mundo. Cada vez son más las personas que tienen que aprender a vivir con estas enfermedades y muchas veces, con sus complicaciones. Y cada vez deberíamos ser más los médicos que nos involucremos en querer hacer un cambio en cuanto la atención de estos mismos pacientes. México es un país lleno de cultura, pero también nos encontramos en un país en donde la baja alfabetización, el acceso limitado a la alimentación representan una dificultad al momento de aplicar un modelo centrado en la persona.

Lograr una completa aplicación de un modelo como este será un proceso tal vez largo y lleno de dificultades, pero al final del día es algo que está representando un cambio verdaderamente favorable en cuanto al manejo y control de estas enfermedades, si bien en nuestro país representa un reto aún más grande en comparación con países más desarrollados, en nuestras manos está llevar la completa aplicación de un modelo como este con pasos pequeños pero seguros.

Un modelo centrado en la persona ha representado un verdadero cambio para mí en todos los sentidos, ahora no sólo me preocupa la enfermedad, ahora me preocupan más las personas, con quien se relacionan, como es su entorno y no es que antes no fuera así, pero quizá nunca le di tanta importancia a las cosas que rodean a los pacientes como ahora. Un modelo como este me ha enseñado que somos un todo; médico, pacientes, entorno y red de apoyo, si aprendemos a hacer uso de todo esto, el manejo de enfermedades crónicas ya no representara un problema de salud pública.

#### **OBJETIVO GENERAL**

Compartir mi experiencia y el impacto que tuvo en mi persona aplicar un modelo centrado en la persona en pacientes con enfermedades crónicas en un primer nivel de salud en la ciudad de México.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**



Compartir las dificultades que se me presentaron al aplicar un modelo centrado en la persona en pacientes con enfermedades crónicas en un primer nivel de salud en la Ciudad de México.

Reconocer las fortalezas de aplicar un modelo centrado en la persona en pacientes con enfermedades crónicas en un primer nivel de salud de la Ciudad de México.

### **JUSTIFICACIÓN**

Las enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica han ido en aumento en los últimos años y se posicionan entre las principales causas de muerte en México, es por eso que considero que brindar una atención multidisciplinaria y sobre todo personalizada es un buen punto de partida para la atención de los pacientes con estos padecimientos, si bien no podemos regresar el tiempo y evitar que nuestros pacientes sean diagnosticados con estas enfermedades, si podemos ayudarlos a evitar el desarrollo de las complicaciones, siempre y cuando la atención médica vaya de la mano con la disposición del paciente para el automanejo de sus enfermedades.

### **DESARROLLO**

De acuerdo con la ENSANUT 2021, la prevalencia nacional de diabetes es de 15.8% de la población, una cifra realmente alarmante, una cifra que nos hace pensar en opciones para tratar de evitar el diagnóstico temprano de este tipo de padecimientos y no sólo eso, también ayudar a evitar la aparición de las complicaciones de la misma. Según la INEGI En 2021, 13 % de las defunciones en México fue por diabetes (140 729), de acuerdo con las Estadísticas de Defunciones Registradas, otro dato que nos tendría que poner a reflexionar sobre las acciones que se están llevando a cabo para evitar esto, tanto por parte del personal de salud, como de los pacientes.

Al elegir mi plaza para el servicio social, sólo recuerdo que podía elegir entre una plaza “normal” y una de “crónicos”, realmente no conocía al 100% las diferencias entre ellas, pero tenía una idea de que la segunda, estaría relacionada a padecimientos crónicos, como su nombre lo dice. Finalmente elegí el papelito marcado como C.S.T III Xochimilco (crónicos), una de las ventajas de esta plaza es que los días viernes tendríamos sesiones del diplomado llamado atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México y hasta el día de hoy, ha sido la mejor forma de cambiar el concepto que yo tenía sobre la práctica clínica y no porque el concepto que yo tuviera fuera malo sino porque venía de un año en el cual el contacto con el paciente era completamente diferente, interactuar con un paciente hospitalizado es mucho más limitado que interactuar con un paciente en

la consulta, dejamos de ser las personas que se dedicaban a sacar los pendientes a ser las personas que están encargadas del manejo de pacientes con enfermedades crónicas, una responsabilidad diferente en todos los sentidos.

Iniciamos con un curso de inducción en el cual se vieron diversos temas muy importantes como la alimentación que deberíamos recomendar a los pacientes, así como ejercicios que ellos mismos pueden realizar, entre otros temas que fueron de mucha importancia, pero creo que estos dos que acabo de mencionar fue algo que desde un inicio capto mi atención, porque englobaba algo más que la terapéutica, involucraba temas como actividad física y alimentación.

Una vez que el curso termino, pudimos volver a nuestras sedes, para poner en práctica lo que ya se nos había enseñado, fue un poco difícil porque llegamos a un lugar donde a pesar de que ya había un pasante que pertenece al programa, parecía como si se tratara de algo nuevo.

Durante las primeras sesiones del diplomado iba quedando más claro el concepto de un modelo centrado en la persona, un modelo que, aunque ya se había estado aplicando en otros países, era algo completamente nuevo para mí, algo que llevo a cambiar completamente mi perspectiva sobre la práctica clínica.

Cuba-Fuentes (1) menciona que una medicina centrada en las personas requiere de un sistema que facilite el encuentro entre el profesional sanitario de atención primaria y los pacientes (p.780). Este es un punto que me parece muy importante y con el cual estuvimos teniendo diversas dificultades, principalmente porque dentro de nuestra unidad no tenemos un espacio asignado para los que pertenecemos a este programa, dependíamos al 100% a que un consultorio estuviera disponible para nosotros por lo cual estábamos completamente limitados en cuestión de brindar la consulta, ya que considero que es el primer paso para aplicar un método centrado en la persona, tener un lugar adecuado donde ambas partes se sientan con la libertad y la confianza de expresar cualquier situación que se nos esté presentando.

Otro punto muy impactante y muy importante que logró cambiar mi perspectiva sobre la práctica médica y no sólo en la teoría, sino también empezar a traspolarlo a práctica fue lo que Cuba-Fuentes (1) afirma que este método clínico busca profesionales de la salud que aborden cuatro componentes cuando se aproximan a las personas: abordar la dolencia, la salud y la enfermedad; aproximarse a la persona como un todo; llegar a un acuerdo común en base a la definición de problemas, objetivos y roles; y desarrollar la relación médico-paciente. Más que cualquier otro punto que se hablara en esa lectura, este es el punto que realmente esta en nuestras manos, el que realmente podría empezar a cambiar la forma en que las personas perciben la consulta con un modelo centrado en la persona. Aquí

es donde me di cuenta que no sólo las cifras de control son las que importan, empecé a cuestionarme cuales pudieran ser los factores que influían en nuestros pacientes, a interesarme mucho más sobre su entorno, sobre si ellos mismos conocían su enfermedad y tristemente me di cuenta que muchos de ellos, aunque llevaran años con su diagnóstico, ni siquiera sabían de qué se trata su diagnóstico y mucho menos cuales eran las cifras que queremos alcanzar con ellos. Me di cuenta que establecer una relación más íntima y más estrecha con los pacientes es algo que realmente hace falta para cambiar la imagen que se tenía sobre acudir por la atención médica en un primer nivel, no es sólo acudir por acudir, es involucrarnos con nuestros pacientes para que tengamos un panorama completo sobre el paciente y su enfermedad. Pase de hacer las preguntas básicas de ¿Cómo se sintió este mes? ¿Presentó algún síntoma? A preguntas más relacionadas a su entorno como ¿Cómo están sus hijos? ¿Cómo están sus nietos? ¿Cómo festejo las fiestas decembrinas? ¿Hay algo que le preocupe en este momento? Estas preguntas fueron cambiando drásticamente el rumbo de la consulta, la relación entre médico-paciente considero que mejoró para bien, los pacientes están más abiertos al dialogo, nos cuentan cosas de su día a día sin tener que preguntárselos, nos comparten noticias tristes que aunque no sabemos cómo reaccionar a las noticias de perdidas familiares, lo hacemos de la mejor forma posible, respetando el dolor de cada paciente, sin duda este primer paso para mí fue crucial al implementar un modelo centrado en la persona.

Involucrarnos con el entorno del paciente no sólo nos ayuda a establecer una relación más íntima sino también nos ayuda a establecer un mejor manejo al poder identificar que personas cuentan con una red de apoyo no sólo en su casa, sino también en su comunidad. El apoyo social ha demostrado tener influencia en el ajuste y la recuperación de la enfermedad, la recuperación posquirúrgica y el inicio y el mantenimiento de los cambios conductuales necesarios para prevenir enfermedades o complicaciones. Del mismo modo se ha reconocido el apoyo social como una parte necesaria e importante para el automanejo de la diabetes. (2) Durante los primeros seis meses de este diplomado y en la práctica clínica nos hemos encontrado con que muchos de nuestros pacientes, no cuentan con una red de apoyo ya sea en su familia o su comunidad, muchos de estos pacientes son personas mayores que viven solas, donde incluso el acceso a la alimentación está muy limitado. Otro punto importante que está muy relacionado con esto es lo que Elwyn et al (3) menciona que la baja alfabetización en salud o la falta de aritmética serán barreras para la toma de decisiones compartidas y algunos pacientes provienen de entornos culturales que carecen de una tradición de individuos que toman decisiones autónomas. Un reto importante para nosotros ha

sido encontrarnos con pacientes sin red de apoyo y que, aunado a eso, no saben leer ni escribir, explicarles en el consultorio cuales son los medicamentos que tienen que tomar y a qué hora es fácil, el verdadero problema viene después, cuando llegan a sus casas y olvidan sus indicaciones y no pueden acudir a su receta para recordarlo porque no saben leer, por lo cual suspendían su tratamiento. En este punto, lo que se nos hizo más fácil fue preguntarle a nuestra paciente si con dibujos en las cajas de medicamentos se sentiría más cómoda para recordar que medicamentos tiene que tomar en la mañana y en la noche, ella misma nos indicó que un sol lo relaciona con la mañana y una luna con la noche, y así fue, cada mes en su consulta bajamos con ella a surtir sus medicamentos y le dibujamos un sol y una luna a los medicamentos que tiene que tomar cada 12 horas y de esa forma conseguimos que la paciente estuviera tomando su medicamento sin ningún problema. La baja alfabetización en un modelo centrado en la persona, considero que es un obstáculo importante que debemos tener en cuenta al momento de aplicarlo en un primer nivel de atención, para tener en cuenta que algunos pacientes no serán igual a la mayoría y tener las herramientas necesarias para ayudarlos. En el centro de salud de Xochimilco, al igual que en otras sedes nos apoyamos del Grupo de Ayuda Mutua para acercarnos un poco más a los pacientes, convivir fuera del consultorio y mostrarles que pueden encontrar una red de apoyo extra ya que asisten más personas con enfermedades crónicas.

Lograr una toma de decisiones compartida depende de construir una buena relación en el encuentro clínico para que la información se comparta y los pacientes reciban apoyo para deliberar y expresar sus preferencias y puntos de vistas durante el proceso de toma de decisiones. (3) Aunque es un tema que se ha mencionado durante las sesiones del diplomado, es un punto que se ha ido aplicando de forma más lenta en la práctica clínica, han sido pasos pequeños pero que han significado mucho para los que intentamos establecer una forma diferente de llevar acabo la práctica clínica. Tratar de informar a los pacientes y animarlos a tomar más participación sobre su salud es algo más complicado de aplicar de lo que yo imagine, recordando alguno de los obstáculos que ya se mencionaron en este trabajo, como lo es la baja alfabetización. Decidí empezar a informar a los pacientes con cosas quizá más sencillas como es la alimentación, este tema tal vez no es el fuerte de muchos de nosotros ya que no nos hemos enfocado en aprenderlo más a pesar de que el manejo de este tipo de enfermedades va estrechamente relacionado con la alimentación y estilo de vida. Querer informar a mis pacientes me ha obligado a mí también a buscar más información sobre los grupos de alimentos, para que ellos vayan empezando a conocer cómo distribuir

su alimentación día con día, con cambios pequeños que se puedan convertir en hábitos y no con dietas restrictivas que seguramente duraran periodos cortos de tiempo. Es impresionante escuchar como muchas veces muchos de los pacientes nos refieren que llevan años sin probar un alimento en específico, en particular las frutas porque en algún momento les dijeron que era muy perjudicial para su salud y ellos se quedaron con esa idea. Decidí buscar ayuda con unas compañeras pasantes de nutrición para que me ayudaran con recomendaciones más específicas para los pacientes, principalmente para quienes se les dificulta acudir más de una vez al centro de salud, gracias a sus recomendaciones les pude explicar a mis pacientes que ningún alimento es malo, que no se trata de que dejemos fuera algún grupo de alimento ya que todos cuentan con características que necesitamos en el día a día, que como todo, debemos consumir los alimentos con moderación de acuerdo al requerimiento de cada persona y aunque han sido cambios pequeños han significado mucho tanto para nosotros como para los pacientes, ellos mismos nos han externado como se han sentido con respecto a estos pequeños cambios y muchos han coincidido que ya no se sienten enemigos de los alimentos ni de su enfermedad y eso es algo que me inspira para seguir aprendiendo más sobre nutrición para seguir avanzando junto con mis pacientes. Lograr una completa participación de los pacientes en la toma de decisiones compartidas será un proceso largo y lleno de dificultades, pero con pasos pequeños, lo podemos lograr.

El autocuidado es la capacidad intrínsecamente controlada de un individuo activo, responsable, informado y autónomo para vivir con las consecuencias, medicas, emocionales y de rol de su(s) condición (es) crónica (s) en asociación con su red social y el (los) proveedor (es) de atención médica. (4) El concepto de autocuidado es algo que es indispensable en un método centrado en la persona, y un concepto que muchos de nuestros pacientes sienten muy extraños porque no se les había mencionado antes pero que sin duda es algo en lo que se están volviendo más activos. Tratar de involucrarnos y hacerlos participes del manejo de sus enfermedades ha sido un cambio positivo porque los pacientes pueden notar que sus opiniones cuentan, que ya no sólo estamos tratando de imponer lo que el médico diga, sino que, junto con ellos, establecemos metas en conjunto, metas que sean accesibles para ellos y nosotros.

## **CONCLUSIONES**

En México, al igual que en otros muchos países, las enfermedades crónicas representan uno de los principales retos en cuanto al diagnóstico oportuno y evitar la aparición de complicaciones, por lo cual es necesario cambiar la forma en que

vemos a nuestros pacientes, no sólo verlos como alguien inferior sino como nuestros aliados. La atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la ciudad de México es un modelo que se debería implementar no sólo en nuestra Ciudad, es un modelo que al menos en mí, causo un cambio que no sabía que tendría, tuve la oportunidad de involucrarme con conceptos que, aunque tal vez había leído antes, nunca me había detenido a darle la importancia que ahora le he dado. El empezar a aplicar un modelo centrado en la persona no sólo ha cambiado la forma en que los pacientes perciben la atención médica, sino que cambio totalmente la idea que yo tenía sobre las enfermedades crónicas y como el hecho de establecer una relación más íntima con el paciente facilita de manera impresionante el manejo de estas enfermedades. Un modelo centrado en la persona debería ser una oportunidad que todos los médicos que nos dedicamos a la atención en un primer nivel deberíamos tener ya que tendríamos en nuestra manos a oportunidad de empoderar a nuestros pacientes, ayudarlos a comprobar que la atención médica puede ser muy diferente a lo que han estado acostumbrados y a demostrarles que no sólo los médicos tenemos la capacidad de decidir sobre la salud sino que ellos mismos tendrán la capacidad de decidir sobre cómo quieren llevar el control de sus enfermedades crónicas. Tal vez seis meses sean poco tiempo para valorar el impacto que se ha tenido con los pacientes, pero día a día podemos notar las pequeñas diferencias que se han generado con el cambio. Es cuestión de tiempo para que tanto médicos como pacientes, estemos más relacionados con los conceptos de autocuidado, automanejo, toma de decisiones compartidas y sobre todo, con un modelo centrado en la persona y demostrar que al igual que al igual como ha funcionado en países más desarrollados, los médicos tenemos la capacidad para hacerlo funcionar en México.

El modelo centrado en la persona ha sido un modelo que desde mi punto de vista no sólo ha cambiado la forma en que los pacientes empiezan a percibir la atención médica en un primer nivel en la Ciudad de México, ha impactado positivamente en todos los que estamos involucrados como prestadores de salud. En los últimos años la práctica médica se había visto afectada de forma negativa, la idea de que los pacientes acudieran por su consulta representaba una obligación ya que la percibían como algo que les traería malos ratos ya que siempre se les había juzgado por su enfermedad y su estilo de vida, ahora podemos ver algo diferente, los pacientes se sienten más a gusto en un ambiente donde se les toma en cuenta y no se les juzga, ha sido sin duda algo que quisiera que impactara a más compañeros y recién egresados y no sólo a un grupo limitado de personas que tuvimos la suerte de encontrar un programa como este

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cuba-Fuentes MS, Romero ZO. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(4):780-4. doi: 10.17843/rpmesp.2016.334.2565
2. Guzmán GM. Automanejo y apoyo social en personas con cronicidad. Nure investigación. 2019;1-7.
3. Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R. et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. J GEN INTERN MED. 2012; 1361-1367 . <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
4. Van de Velde D, De Zutter F, et al. Delineating the concept of self-management, in chronic conditions: a concept analysis. BMJ Open.2019; 1-15 doi:10.1136/bmjopen-2018-027775
5. Grady PA, Gough LL. Self-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions. Am J Public Health. 2014;104: e25-e31. doi: 10.2105/AJPH.2014.302041.
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Características de las defunciones registradas en México durante 2020. 2021. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020\\_Pre\\_07.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pre_07.pdf)
7. Federación Internacional de Diabetes. Versión Online del Atlas de la Diabetes de la FID. 2019. [https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302\\_133352\\_2406 - IDF - ATLAS - SPAN - BOOK.pdf](https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406 - IDF - ATLAS - SPAN - BOOK.pdf)
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes (14 de noviembre).2022. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_Diabetes2021.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Diabetes2021.pdf)

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

**Título:** En pacientes con diabetes mellitus tipo 2, mayores de 18 años y menores de 75 años ¿cuál es la eficacia del uso de terapia triple farmacológica, que incluye hipoglucemiantes orales como son: biguanidas, inhibidores de dipeptidil peptidasa-4 (dpp-4), sulfonilureas, tiazolidinedionas, e inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (sglt2), como alternativa al uso de insulina? medida por cifras de hemoglobina glucosilada posterior a 6 meses del inicio del tratamiento

#### **INTRODUCCIÓN**

La prevalencia nacional de diabetes es de 15.8% de la población según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2021 (1), lo que representa un grave problema de salud pública. Por su parte el CONEVAL en el 2020 (3, 4), reportó que en nuestro país 8.5% de la población vive en pobreza extrema, en lo referente a carencias sociales, el 17.9% de la población no tiene acceso a los servicios básicos en la vivienda y el 28.2% a los servicios de salud.

Las personas que se encuentran en el porcentaje de pobreza y carencia al acceso de servicios básicos de la vivienda antes mencionados, presentan dificultades para iniciar o continuar con el tratamiento farmacológico de Diabetes Mellitus tipo 2, si se incluye o es a base de insulina. De esta situación surge la necesidad de encontrar alternativas eficaces al uso de insulina en pacientes con limitación de recursos, como lo es el uso de terapia triple de hipoglucemiantes orales disponibles en el cuadro básico de la secretaría de salud, el objetivo de esta revisión es analizar la eficacia de la combinación de diferentes grupos de hipoglucemiantes orales medida por cifras de hemoglobina glucosilada para justificar su uso como una alternativa eficaz al uso de insulina en pacientes con limitación de recursos.

Se realizó búsqueda en bases de datos electrónicas como PUBMED, COCHRANE LIBRARY, y Google Scholar. Al final se analizaron 7 artículos obteniendo 9 combinaciones de hipoglucemiantes orales, las combinaciones incluyen MET + SAXA + DAPA, MET + LINA + EMPA, MET + SITA + DAPA, MET + LINA + SULF, MET + SAXA + SULF, MET + VILDA + SULF, MET + SITA + SULF, MET + LINA + PIO, MET + SITA + PIO. Se elaboró una tabla de resultados que contiene el porcentaje que disminuyó la HbA1c posterior a 6 meses de tratamiento con cada una de las combinaciones. Se otorgan 6 recomendaciones de acuerdo con los



resultados obtenidos. Finalmente se incluye la conclusión, bibliografía y anexos en los que se encuentra un glosario.

## **OBJETIVOS DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

### **OBJETIVO GENERAL**

El objetivo general de esta revisión sistemática es comparar la eficacia de la triple terapia combinando hipoglucemiantes orales de distintos grupos farmacológicos, como alternativa al uso de insulina en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 mayores de 18 y menores de 75 años de edad, a través de la medición de HbA1c posterior a 6 meses del inicio de tratamiento.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Encontrar una alternativa de tratamiento vía oral al uso de insulina en pacientes con limitación de recursos.
- Justificar el uso de terapia triple de hipoglucemiantes orales disponibles en el cuadro básico de la secretaría de salud, como alternativa al uso de insulina.
- Analizar la eficacia de la combinación de diferentes grupos de hipoglucemiantes orales medida por cifras de hemoglobina glucosilada en un periodo de 6 meses.

## **PROTOCOLO DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

### **JUSTIFICACIÓN**

De acuerdo con la ENSANUT 2021, la prevalencia nacional de diabetes es de 15.8% de la población (1), lo que representa un grave problema de salud pública. Según INEGI, 2018, la Ciudad de México presentó una prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 del 12.34 a 14.01% (2), posicionándose entre una de las entidades federativas con mayor prevalencia de esta enfermedad (Imagen 1). Siendo más prevalente entre la población de 60 a 69 años de edad, con un 25.8% del total de esa población (2) (Imagen 2).

En el 2020, el CONEVAL reportó que en nuestro país 8.5% de la población vive en pobreza extrema, en lo referente a carencias sociales, el 17.9% de la población no tiene acceso a los servicios básicos en la vivienda y el 28.2% a los servicios de salud (3). (Imagen 3 y 4).

La Diabetes Mellitus tipo 2 representa un problema de salud pública que no sólo repercute en gastos al estado sino también, en los pacientes. Muchos de ellos son atendidos en los servicios de salud pública debido a que no tienen acceso a otros servicios de salud, por lo que la terapia farmacológica para tratar a la diabetes mellitus tipo 2, se basa principalmente en la disponibilidad de medicamentos contenidos en el cuadro básico institucional. Las personas que se encuentran en el porcentaje de pobreza y carencia al acceso de servicios básicos de la vivienda antes mencionados, presentan dificultades para iniciar o continuar con el tratamiento farmacológico de Diabetes Mellitus tipo 2, si se incluye o es a base de insulina. De estas situaciones surge la necesidad de encontrar alternativas eficaces al uso de insulina.

## **FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

**P:** Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, mayores de 18 y menores de 75 años de edad.

**I:** Uso de terapia triple, consistente en 3 hipoglucemiantes orales; biguanidas, inhibidor de SGLT2, inhibidor de DPP4.

**C:** Triple terapia oral, distintas combinaciones de hipoglucemiantes orales.

**O:** La terapia triple oral ha demostrado disminución en las cifras de hemoglobina glucosilada después de 6 meses de tratamiento por lo que es una alternativa eficaz al uso de insulina.

## **DESCRIPTORES, PALABRAS CLAVES Y TÉRMINOS RELACIONADOS CON EL TEMA DE LA GUÍA.**

Se utilizaron los siguientes descriptores, palabras clave y términos relacionados para la búsqueda: (Diabetes Mellitus Tipo 2 OR pacientes mayores de 18 años OR pacientes menores de 75 años), (hipoglucemiantes orales OR biguanidas OR iSGLT2 OR iDPP4 OR sulfonilureas OR tiazolidinedionas), (triple therapy OR diabetes mellitus type 2 OR no insulin OR oral hypoglycemic).

## **TIPO DE REPORTES DE INVESTIGACIÓN A RECUPERAR**

Se recuperaron principalmente revisiones sistemáticas, una con metaanálisis, y ensayos de cohorte.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2
- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes menores de 75 años
- Medición de hemoglobina glucosada en pacientes con uso de terapia triple de hipoglucemiantes orales.
- Meta análisis
- Ensayos clínicos aleatorizados
- Estudios de Cohorte
- Artículos en todos los idiomas
- Publicaciones del 2015 en adelante.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes mayores de 75 años.
- Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1.
- Artículos de casos y controles, Guías de práctica clínica, Opinión de expertos
- Publicaciones realizadas antes del 2015.

## **ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA**

Se realizó búsqueda en bases de datos electrónicas como PUBMED, COCHRANE LIBRARY, y Google Scholar.

## **EJECUCIÓN**

Se obtuvieron 1,471 publicaciones de PUBMED, 391 publicaciones de Cochrane library y 633 de Google Scholar. Se obtuvieron un total de 2,495 publicaciones, se descartaron 2,464 ya que no describen la triple terapia oral. Posteriormente se descartaron 23 publicaciones debido a que no cumplían con las características de la población por analizar, algunos otros no especificaron resultados de hemoglobina glucosada o el periodo de terapia era menor a las 24 semanas. Aplicando los criterios de inclusión y exclusión, 7 publicaciones fueron utilizadas en la presente revisión sistemática.

## **SÍNTESIS DE DATOS (RESULTADOS)**

De las 8 publicaciones analizadas, se encontraron 9 combinaciones de terapia triple oral que pueden ser utilizadas como alternativa para el uso de insulina en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con limitación de recursos. Dentro de las combinaciones se encontraron hipoglucemiantes orales de 5 grupos (TABLA 1); inhibidores del cotransportador de sodio glucosa tipo 2 (i-SGLT2), inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (i-DPP-4), biguanidas, tiazolidinedionas (TZD) y sulfonilureas (SULF).

Del grupo de las biguanidas se utilizó metformina (MET), presente en todas las combinaciones. Los medicamentos combinados pertenecientes al grupo de los i-SGLT2 fueron Dapagliflozina (DAPA) y Empagliflozina (EMPA). Mientras que para el grupo de los i-DPP4, se combinó Saxagliptina (SAXA), Sitagliptina (SITA), Vildagliptina (VILDA) y Linagliptina (LINA). La Pioglitazona (PIO) fue el único hipoglucemiante combinado del grupo de las tiazolidinedionas. En las combinaciones realizadas con una sulfonilurea no se especifica el hipoglucemiante combinado.

Las combinaciones incluyen MET + SAXA + DAPA, MET + LINA + EMPA, MET + SITA + DAPA, MET + LINA + SULF, MET + SAXA + SULF, MET + VILDA + SULF, MET + SITA + SULF, MET + LINA + PIO, MET + SITA + PIO.

Los resultados de la revisión sistemática demostraron que la combinación MET + SAXA + DAPA fue estadísticamente y clínicamente más efectiva para reducir las cifras de hemoglobina glucosilada con -1.41% después de los 6 meses de tratamiento (6), este resultado tiene variaciones que van desde una disminución de 0.51% de la HbA1c si se añade SAXA al tratamiento con MET+DAPA cuando éste resulta ineficaz (7), y una disminución de 0.82% si es DAPA la que se añade a un tratamiento previo con MET + SAXA (6). Esta es la combinación más estudiada, mencionada en 6 de los artículos revisados.

La combinación MET + LINA + EMPA obtuvo una disminución importante en HbA1c fue con una reducción de -1.20% (8), la combinación de MET + SITA + PIO obtuvo -1.10% (8), MET + VILDA + SULF con un resultado de -1.01% (8), la combinación MET + LINA + PIO redujo -0.84% (8), MET + SITA + SULF redujo -0.80% (4), MET + SAXA + SULF obtuvo un resultado de -0.74% (8), MET + LINA + SULF redujo -0.72% (8), y por último, la combinación de tres hipoglucemiantes



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA  
DE SALUD

que obtuvo una reducción menor en cifras de hemoglobina glucosada fue MET + SITA + DAPA la cual redujo -0.50%(8).

TABLA 1. DISMINUCIÓN DE HEMOGLOBINA GLUCOSIDAD POSTERIOR A 6 MESES DE TRATAMIENTO EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

GRUPOS DE HIPOGLUCEMIANTES COMBINADOS	TRIPLE TERAPIA EMPLEADA	ARTICULO 1 (4)	ARTICULO 2 (5)	ARTICULO 3 (6)	ARTICULO 4 (7)	ARTICULO 5 (8)	ARTICULO 6 (9)	ARTICULO 7 (10)
<i>Big + iDPP4 + iSGLT2</i>	MET + SAXA + DAPA		-1.20%	-1.41%	-1.03%	-1.40%	-0.82%	-0.51%
	MET + LINA + EMPA					-1.20%		
	MET + SITA + DAPA					-0.50%		
<i>Big + iDPP4 + Sulf</i>	MET+ LINA + SULF					-0.72%		
	MET + SAXA + SULF					-0.74%		
	MET + VILDA + SULF					-1.01%		
<i>Big + iDPP4 + TZD</i>	MET + SITA + SULF	-0.80%						
	MET + LINA + PIO					-0.84%		
	MET + SITA + PIO					-1.10%		

Big: Biguanidas. iDPP4: inhibidores de la Dipetidil Pectidasa 4. iSGLT2: inhibidores del cotransportador de sodio glucosa tipo 2. Sul: sulfonilureas. TZD: tiazolidinedionas. MET: Metformina. SAXA: Saxagliptina. DAPA: Dapagliflozina. LINA: Linagliptina. EMPA: Empagliflozina. SITA: Sitagliptina. VILDA: Vildagliptina. PIO: Pioglitazona.

## RECOMENDACIONES

La terapia triple de hipoglucemiantes orales demostró que es eficaz para su uso como alternativa al uso de insulina en pacientes con diabetes tipo 2 con limitación de recursos. El objetivo de esta revisión sistemática es encontrar la combinación de hipoglucemiantes orales que ha demostrado mayor reducción en cifras de hemoglobina glucosilada. Las siguientes recomendaciones estarán basadas en los resultados obtenidos en esta revisión, así como también de acuerdo con los medicamentos que se encuentran en el cuadro básico institucional para facilitar el acceso a los medicamentos a los pacientes que acuden a las instituciones de salud.

1.- Se recomienda el inicio de la terapia triple oral como alternativa al uso de insulina en pacientes que no cuenten con los recursos. Esta deberá iniciarse con: MET + LINA + EMPA debido a que se encuentra en el cuadro básico de medicamentos de la secretaría de salud (11), está disponible en los centros de atención de primer nivel y se ha demostrado su eficacia para reducir cifras de hemoglobina glucosilada.

2.- Se recomienda el inicio de terapia triple oral en pacientes que lo requieran y se cuente con disponibilidad de los medicamentos para la combinación MET + SAXA + DAPA ya que demostró mayor eficacia al reducir las cifras de hemoglobina glucosilada en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

3.- Se recomienda utilizar MET + VILDA + SULF como combinación de tercera línea en tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, cuando se requiere utilizar terapia triple con hipoglucemiantes orales.

4.- Se recomienda como cuarta línea de tratamiento utilizar la combinación de MET + LINA + PIO, en caso de que pioglitazona no se encuentre disponible en sus unidades de salud, una alternativa para esta combinación es MET + SITA + SULF ya que ambas mostraron cifras de reducción en hemoglobina glucosilada similares.

5.- Se recomienda vigilar la aparición de infecciones del tracto urinario y genital, en caso de uso de un i-SGLT2.

6.- Se recomienda vigilar los riesgos de hipoglucemia cuando se utilice una sulfonilureas en la triple terapia oral.

## CONCLUSIONES

La presente revisión sistemática demostró que la terapia triple oral es una alternativa eficaz al uso de insulina en pacientes con limitación de recursos. Si bien la combinación MET + SAXA + DAPA fue estadística y clínicamente más efectiva para reducir las cifras de hemoglobina glucosilada con -1.41%, algunos de estos medicamentos difícilmente podemos encontrarlos disponibles en nuestras unidades de salud, por lo que una opción más accesible es MET + LINA + EMPA por su disponibilidad en las mismas. La terapia triple con hipoglucemiantes orales demostró ser una herramienta útil para alcanzar metas de hemoglobina glucosilada, sin embargo no se puede dejar de lado que una alimentación saludable y actividad física son claves para el control de este tipo de enfermedades crónicas así como también vigilar la aparición de infecciones de tracto urinario y genital, especialmente en pacientes con medicamentos del grupo i-SGLT2 y los riesgos de hipoglucemia en pacientes que utilicen medicamentos del grupo de las sulfonilureas. De la misma forma se necesitan más estudios para conocer su utilidad real en pacientes con complicaciones derivadas de Diabetes Mellitus Tipo 2 y/o comorbilidades.

## BIBLIOGRAFÍAS

- 1.-Secretaría de Salud. Gobierno de México. [Online]; 2021. Acceso 8 de mayo de 2023. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/547-en-mexico-12-4-millones-de-personas-viven-con-diabetes?idiom=es>.
- 2.-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. [Online].; 2018. Acceso 08 de mayo de 2023. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_Diabetes2021.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Diabetes2021.pdf).
- 3.-Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo social. CONEVAL. [Online].; 2020. Acceso 08 de mayo de 2023. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>.
- 4.-Rosenstock J, Allison D, Birkenfeld A, et al. Effect of Additional Oral Semaglutide vs Sitagliptin on Glycated Hemoglobin in Adults With Type 2 Diabetes Uncontrolled With Metformin Alone or With Sulfonilurea. JAMA. [Internet] 2019. [Consultado el 15 de mayo del 2023]; 321(15):1457–1458. Recuperado de: [https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2729338?utm\\_campaign=articlePDF&utm\\_medium=articlePDFlink&utm\\_source=articlePDF&utm\\_content=jama.2019.2942](https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2729338?utm_campaign=articlePDF&utm_medium=articlePDFlink&utm_source=articlePDF&utm_content=jama.2019.2942)
- 5.-Müller-Wieland D, Kellerer M, Cypryk K, et al. Efficacy and safety of dapagliflozin or dapagliflozin plus Saxagliptin versus glimepiride as add-on to metformin in patients with type 2 diabetes. WILEY. [Internet] 2018. 2019; 21:2152–2162. [Consultado 05 mayo 2023];(20):2598–2607. Recuperado de: <https://dom-pubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dom.13437>
- 6.-Handelsman Y, Mathieu C, Del Prato S, et al. Sustained 52-week efficacy and safety of triple therapy with dapagliflozin plus saxagliptin versus dual therapy with sitagliptin added to metformin in patients with uncontrolled type 2 diabetes. WILEY. [Internet] 2018. [Consultado el 08 de mayo del 2023]. 21:883–892. Recuperado de: <https://dom-pubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dom.13594>



- 7.-Rosenstock J, Perl S, Johnsson E, et al. Triple therapy with low-dose dapagliflozin plus saxagliptin versus dual therapy with each monocomponent, all added to metformin, in uncontrolled type 2 diabetes. WILEY. [Internet]. 2019. [Consultado el 06 de mayo del 2023]. 21:2152–2162. Recuperado de: <https://dom-pubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dom.13795>
- 8.-Barnett A, Charbonnel B, Moses R, et al. Dipeptidyl peptidase-4 inhibitors in triple oral therapy regimens in patients with type 2 diabetes mellitus. CMRO. [Internet]. 2015. [Consultado el 06 de mayo del 2023]. 22(20). Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1185/03007995.2015.1081589>
- 9.-Mathieu C, Ranetti A, Li D, et al. Randomized, Double-Blind, Phase 3 Trial of Triple Therapy With Dapagliflozin Add-on to Saxagliptin Plus Metformin in Type 2 Diabetes. Diabetes Care. [Internet]. 2015. [Consultado el 15 de mayo del 2023]. 38(11). Recuperado de: <https://diabetesjournals.org/care/article/38/11/2009/37656/Randomized-Double-Blind-Phase-3-Trial-of-Triple>
- 10.-Matthaei S, Catrinou D, Celinski A, et al. Randomized, Double-Blind Trial of Triple Therapy With Saxagliptin Add-on to Dapagliflozin Plus Metformin in Patients With Type 2 Diabetes. Diabetes Care. [Internet]. 2018. [Consultado el 15 de mayo del 2023]. 38(11). Disponible en: <https://diabetesjournals.org/care/article/38/11/2018/37645/Randomized-Double-Blind-Trial-of-Triple-Therapy>
- 11.- Secretaría de Salud. Listado de medicamentos de referencia. [Internet]. 2023. [Consultado el 26 de mayo del 2023]. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/803597/LMR\\_2023-01\\_actualizaci\\_n\\_10\\_febrero\\_2023.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/803597/LMR_2023-01_actualizaci_n_10_febrero_2023.pdf)
- 12.- Mellado-Orellana R, Salinas-Lezama E, Sánchez-Herrera D, et al. Tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 dirigido a pacientes con sobrepeso y obesidad. Med Int Méx. [Internet]. 2019. [Consultado el 28 de mayo del 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v35n4/0186-4866-mim-35-04-525.pdf>
- 13.- Rodríguez-Rivera N, Cuautle-Rodríguez P. Hipoglucemiantes orales para el tratamiento de diabetes mellitus tipo 2. Rev Hosp Jua Mex. [Internet]. 2017. [Consultado el 28 de mayo del 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2017/ju174e.pdf>

## ANEXOS

### GLOSARIO

**INHIBIDORES DE DIPEPTIDIL PEPTIDASA-4 (DPP-4):** Los inhibidores de la DPP-4 son agentes antihiper glucemiantes orales que actúan aumentando las concentraciones postprandiales de las hormonas incretinas endógenas, el péptido similar al glucagón (GLP)-1 y el polipéptido insulínico dependiente de glucosa (GIP). Las ventajas de esta clase de medicamentos incluyen la neutralidad del peso y una baja tasa de hipoglucemia, lo que los hace muy adecuados para su uso en combinación con otros agentes. Los inhibidores de DPP-4 también suprimen la secreción de glucagón y, por lo tanto, contribuyen a la inhibición de la producción de glucosa hepática. (8)

**INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2 (SGLT2):** Los inhibidores de SGLT2 reducen las concentraciones de glucosa plasmática al inhibir la reabsorción renal de glucosa, lo que resulta en un aumento de la excreción renal de glucosa. El mecanismo de acción de los inhibidores de SGLT2 es independiente de la insulina y, por lo tanto, se asocia con un bajo riesgo de hipoglucemia. Se ha demostrado que los inhibidores de SGLT2 son efectivos en pacientes en diversas etapas de la diabetes tipo 2. Los inhibidores de SGLT2 también tienen el beneficio adicional de la reducción de peso debido a la pérdida calórica en la orina (200–340 kcal/día) (9).

Además de la pérdida de peso, se cree que esta clase de medicamentos contribuye a la reducción en la presión sistólica por su efecto relacionado con diuresis osmótica (12).

**SULFONILUREAS:** Las sulfonilureas ejercen su efecto hipoglucémico en la unión de los receptores de sulfonilureas en las células beta pancreáticas, por ende, estimulan la secreción de insulina. Esta estimulación sobre la secreción de insulina es independiente de las concentraciones de glucosa y es sostenida por un periodo prolongado (típicamente un par de horas), característica que contribuye al incremento en el riesgo de hipoglucemia con estos agentes (12).

**TIAZOLIDINEDIONAS:** Las tiazolidinedionas (TZD), como rosiglitazona y pioglitazona, aumentan la captación de glucosa en los tejidos periféricos. Esto, a su vez, tiene efectos benéficos en el tejido adiposo y redistribuye la grasa corporal de sitios viscerales a subcutáneos. El efecto sensibilizador de insulina de las TZD está mediado por la activación del receptor activado por proliferador de peroxisoma gamma, un receptor nuclear presente en altas concentraciones en adipocitos (12).

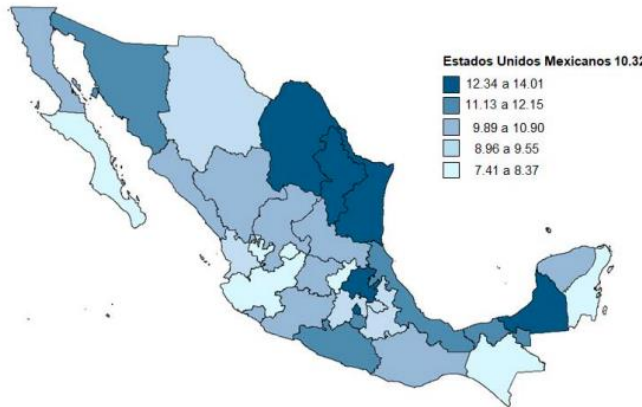
Al usarse como monoterapia, las TZD disminuyen los niveles plasmáticos de hemoglobina glucosilada 1Ac (Hb1Ac) en niveles similares a las sulfonilureas, metformina o el tratamiento con insulina, sin causar hipoglucemia (13).

**BIGUANIDAS:** Las biguanidas son sensibilizadoras a la insulina que disminuyen la hiperglucemia sin estimular la producción de insulina. Después de su administración oral, la metformina es absorbida en el intestino por el transportador de monoaminas de la membrana plasmática (PMAT)<sup>18</sup> y llevada por la vena portal hepática al hígado por el transportador de iones orgánicos 1 (OCT1). Su eliminación vía renal está mediada por OCT2 y se excreta sin ser metabolizada (13).

## IMAGENES

### Imagen 1.

**Prevalencia de diabetes mellitus en población de 20 años y más, por entidad federativa 2018 (en porcentaje)**



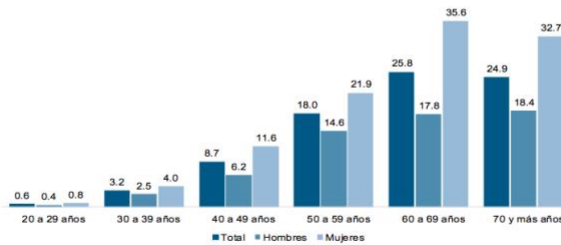
Nota: La prevalencia se refiere a la población de 20 años y más que al momento de la encuesta declaró tener un diagnóstico previo de diabetes. Fuente: INEGI, INSP, SALUD. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018.

**Imagen 2.**



COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 645/21  
12 DE NOVIEMBRE DE 2021  
PÁGINA 2/5

**Prevalencia de diabetes mellitus en población de 20 años y más, por grupo de edad según sexo en 2018 (porcentaje)**



Nota: La prevalencia se refiere a la población de 20 años y más que al momento de la encuesta declaró tener un diagnóstico previo de diabetes. El cálculo por edad se obtiene sobre el total de población de la encuesta de 20 años y más, de hombres y de mujeres en cada grupo de edad. Fuente: INEGI, INSP, SALUD. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018.

**Imagen 3.**

**MEDICIÓN DE POBREZA 2020**

**ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**



Bienestar económico	2016	2018	2020
Población con ingreso inferior a la línea de pobreza extrema por ingresos	14.9%	14.0%	17.2%
Población con ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos	50.8%	49.9%	52.8%

**Población (porcentajes) comparación 2016-2018-2020**



**Carencias sociales**



## Imagen 4.

**Cuadro 1**  
**Medición multidimensional de la pobreza\***  
**Porcentaje, número de personas y carencias promedio por indicador de pobreza, 2016 - 2020**

Indicadores	Porcentaje			Millones de personas			Carencias promedio		
	2016	2018	2020	2016	2018	2020	2016	2018	2020
<b>Pobreza</b>									
Población en situación de pobreza	43.2	41.9	43.9	52.2	51.9	55.7	2.2	2.3	2.4
Población en situación de pobreza moderada	36.0	34.9	35.4	43.5	43.2	44.9	2.0	2.0	2.1
Población en situación de pobreza extrema	7.2	7.0	8.5	8.7	8.7	10.8	3.6	3.6	3.6
Población vulnerable por carencias sociales	25.3	26.4	23.7	30.5	32.7	30.0	1.8	1.8	1.9
Población vulnerable por ingresos	7.6	8.0	8.9	9.1	9.9	11.2	0.0	0.0	0.0
Población no pobre y no vulnerable	24.0	23.7	23.5	28.9	29.3	29.8	0.0	0.0	0.0
<b>Privación social</b>									
Población con al menos una carencia social	68.5	68.3	67.6	82.7	84.6	85.7	2.1	2.1	2.2
Población con al menos tres carencias sociales	20.0	20.2	23.0	24.2	25.0	29.2	3.5	3.5	3.5
<b>Indicadores de carencia social</b>									
Rezago educativo	18.5	19.0	19.2	22.3	23.5	24.4	2.7	2.8	2.8
Carencia por acceso a los servicios de salud	15.6	16.2	28.2	18.8	20.1	35.7	2.7	2.7	2.8
Carencia por acceso a la seguridad social	54.1	53.5	52.0	65.4	66.2	66.0	2.3	2.3	2.5
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	12.0	11.0	9.3	14.5	13.6	11.8	3.1	3.2	3.4
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	19.2	19.6	17.9	23.1	24.3	22.7	3.0	3.0	3.1
Carencia por acceso a la alimentación nutritiva y de calidad	21.9	22.2	22.5	26.5	27.5	28.6	2.6	2.6	2.7
<b>Bienestar económico</b>									
Población con ingreso inferior a la línea de pobreza extrema por ingresos	14.9	14.0	17.2	18.0	17.3	21.9	2.5	2.5	2.5
Población con ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos	50.8	49.9	52.8	61.3	61.8	66.9	1.9	1.9	2.0

\*De acuerdo con los Lineamientos y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza (2018) que se pueden consultar en el Diario Oficial de la Federación ([https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5542421&fecha=30/10/2018](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5542421&fecha=30/10/2018)) y la Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México, tercera edición (<https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/InformesPublicaciones/Documents/Metodologia-medicion-multidimensional-3er-edicion.pdf>).

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH 2016, 2018 y 2020.

Nota: se utilizan las bases de datos que publicó el INEGI con las proyecciones poblacionales construidas con base en el Marco de Muestreo de Viviendas y los resultados del Censo de Población y Vivienda 2020.

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

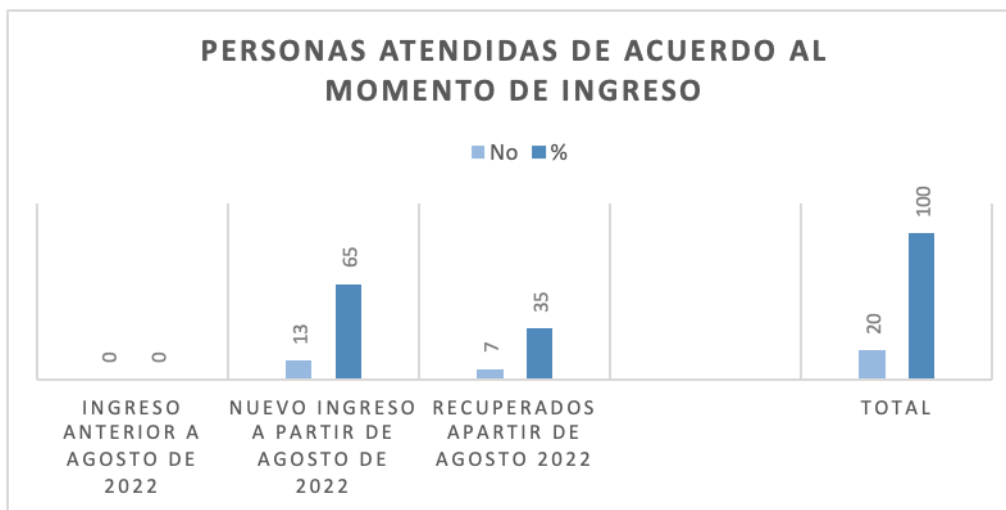
#### Balance del desempeño clínico en el proyecto de las y los pasantes de la promoción agosto 2022

**Tabla No. 1**

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023. Centro de Salud T. III: Xochimilco. Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco.

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a agosto de 2022	0	0
Nuevo ingreso a partir de agosto de 2022	13	65
Recuperados a partir de agosto 2022	7	35
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



Durante el periodo de agosto 2022 – Julio 2023 en el C.S.T. III Xochimilco, de un total de 20 pacientes, 13 de ellos fueron pacientes de nuevo ingreso a partir de

agosto del 2022 lo que representa un 65% del total, el 35% restante fueron pacientes heredados del pasante de la promoción pasada.

### Tabla No. 2

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo agosto 2022 – julio 2023. Centro de Salud T. III: Xochimilco. Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco.

Condición de participación	No	%
<b>Activas</b>	16	80
<b>No activas</b>	4	20
<b>Total</b>	20	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



Del total de los 20 pacientes registrados a lo largo del programa, 16 se encuentran activos hasta el día de hoy, lo que representa un 80% del total. 4 (20%) pacientes se encuentran no activos por razones diferentes que serán expuestas más adelante.

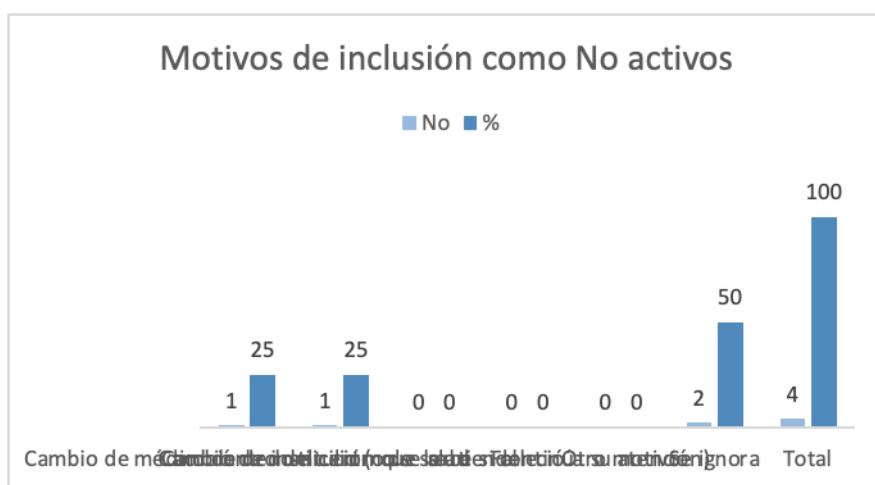
### Tabla No. 3

Motivos por los cuales pacientes atendidos en el proyecto han sido incluidas en la condición de no activas en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 Centro de Salud T. III: Xochimilco. Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco.

Motivos de inclusión como No activos	No	%
<b>Cambio de médico dentro del</b>	1	25

centro de salud		
<b>Cambio de institución que le atiende</b>	1	25
<b>Cambió de domicilio (no se sabe si continúa su atención)</b>	0	0
<b>Falleció</b>	0	0
<b>Otro motivo</b>	0	0
<b>Se ignora</b>	2	50
<b>Total</b>	4	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



Durante el periodo agosto 2022 – julio 2023, 4 de los 20 pacientes registrados en el programa, se encuentran como No activos hasta el día de hoy. Uno de ellos debido a que cambio de médico dentro del centro de salud, uno más debido a que cambio de institución que le atiende, dos de los 4 pacientes que se encuentran como No activos se ignoran las razones por las que ya no continuaron asistiendo a sus citas de control y tampoco respondían a las llamadas.

## 2.- Información demográfica:

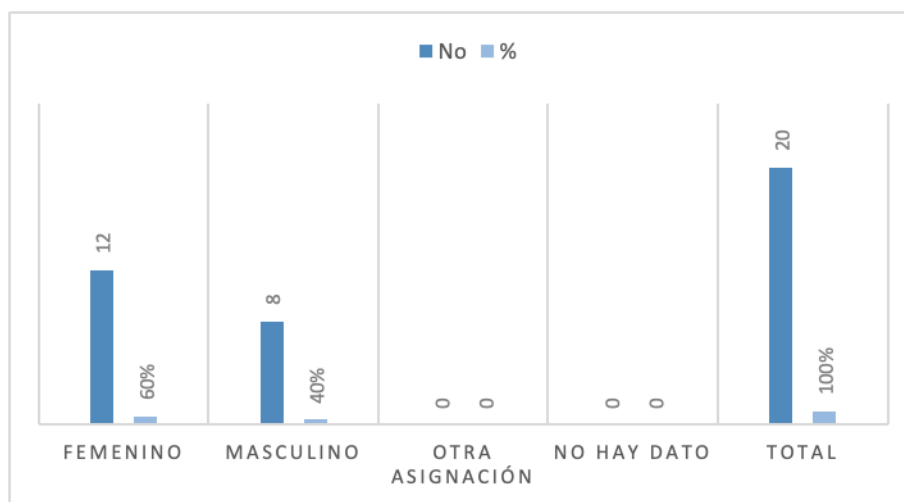
### Tabla No. 4

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a sexo. Centro de Salud T. III: Xochimilco. Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco.

Sexo	No	%
<b>Femenino</b>	12	60

<b>Masculino</b>	8	40
<b>Otra asignación</b>	0	0
<b>No hay dato</b>	0	0
<b>Total</b>	20	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



Del total de pacientes registrados en el programa 12 de ellos son mujeres (60%) y 8 hombres (40%) lo cual nos indica que la mayor prevalencia de las personas que acuden a recibir atención se encuentra dentro del sexo femenino.

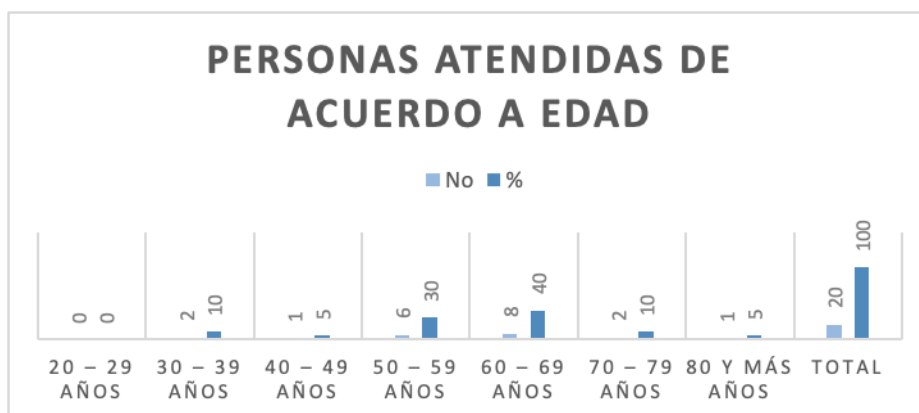
### Tabla No. 5

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a edad. Centro de Salud T. III: Xochimilco. Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco.

Edad	No	%
<b>20 – 29 años</b>	0	0
<b>30 – 39 años</b>	2	10
<b>40 – 49 años</b>	1	5
<b>50 – 59 años</b>	6	30
<b>60 – 69 años</b>	8	40
<b>70 – 79 años</b>	2	10
<b>80 y más años</b>	1	5
<b>Total</b>	20	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023





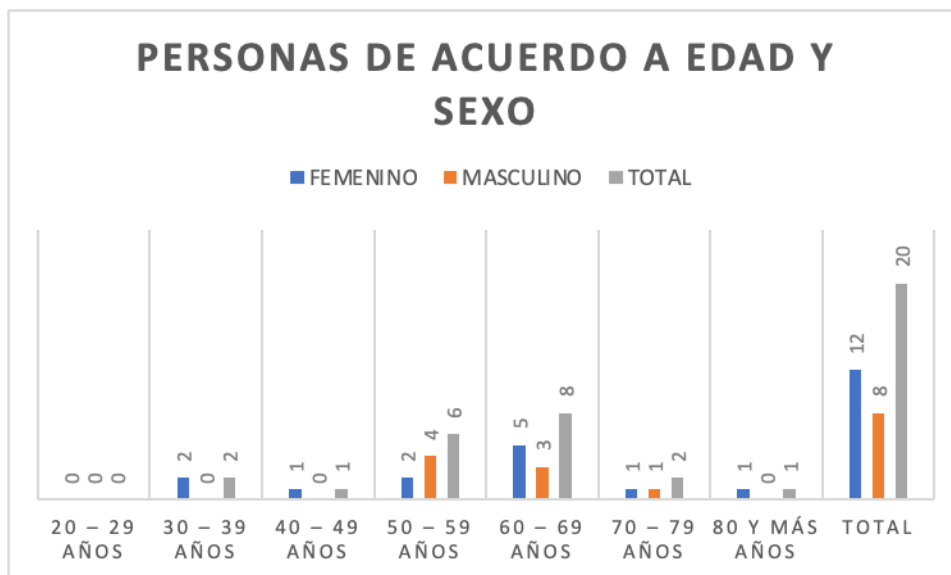
En el C.S.T III Xochimilco en el periodo de agosto 2022- julio 2023 fueron atendidos 20 pacientes, de los cuales 2 pertenecían al grupo de edad 30 - 39 años (10%), del grupo 40 - 49 años se registró un paciente (5%), seis pacientes (30%) en el grupo de 50 - 59 años, en el grupo de 60 – 69 años se encontraban la mayoría de los pacientes que se atendieron en este periodo con 8 pacientes (40%), 2 personas (10%) pertenecían al grupo de 70 – 79 años y por último, en el grupo de mayor edad 80 y más años, se registró una persona (5%).

**Tabla No. 6**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a edad y sexo. Centro de Salud T. III: Xochimilco. Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco.

Edad	Sexo	Femenino		Masculino		Total	
		No	%	No	%	No	%
20 – 29 años		0	0	0	0	0	0
30 – 39 años		2	17	0	0	2	10
40 – 49 años		1	8	0	0	1	5
50 – 59 años		2	17	4	50	6	30
60 – 69 años		5	42	3	37.5	8	40
70 – 79 años		1	8	1	12.5	2	10
80 y más años		1	8	0	0	1	5
<b>Total</b>		12	100	8	100	20	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



En el programa centrado en la persona se incluyeron 12 femeninos de los cuales la mayor prevalencia se presentó en el grupo de edad 60 - 69 años con 5 pacientes (42%), en el grupo de edad 20 - 29 años no se registró ningún paciente. Del grupo masculino se registraron 8 pacientes de los cuales la mayor prevalencia se registró en el grupo de edad 50 - 59 años con 4 personas (50%), 1 persona se registró en el grupo 70-79 años y 3 en el grupo de 60-69 años.

### 3.- Diagnóstico y seguimiento

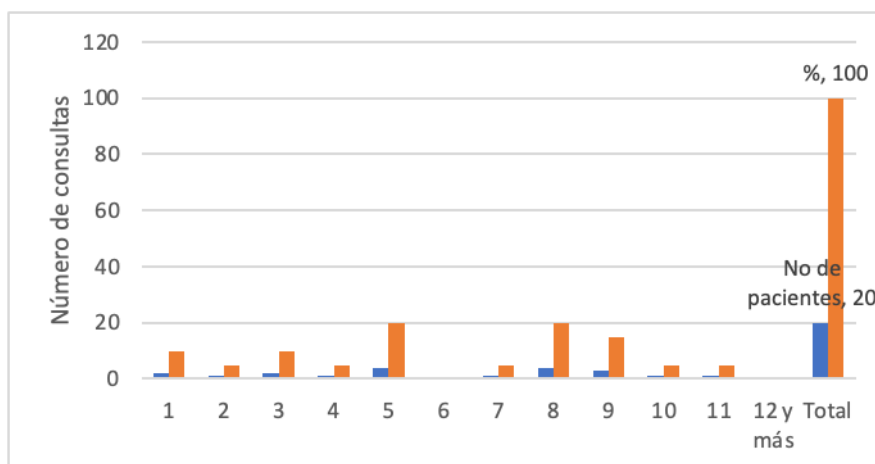
**Tabla No. 7**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a edad Centro de Salud T. III: Xochimilco. Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco.

No de consultas	No de pacientes	%
1	2	10
2	1	5
3	2	10
4	1	5
5	4	20
6	0	0
7	1	5
8	4	20
9	3	15

<b>10</b>	1	5
<b>11</b>	1	5
<b>12 y más</b>	0	0
<b>Total</b>	20	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



Durante el periodo de agosto 2022 – julio 2023 dos personas recibieron una consulta, una persona recibió dos consultas, 3 consultas fueron recibidas por dos personas, una persona más recibió cuatro consultas. 5 y 8 fueron las consultas que más se recibieron durante el periodo establecido con 4 personas respectivamente. 3 personas recibieron 9 consultas, 1 persona recibió 10 consultas, una persona más recibió 11 consultas. Durante el presente periodo se me fueron heredados pacientes en el mes de marzo, por lo cual sólo recibieron 5 y 4 consultas respectivamente.

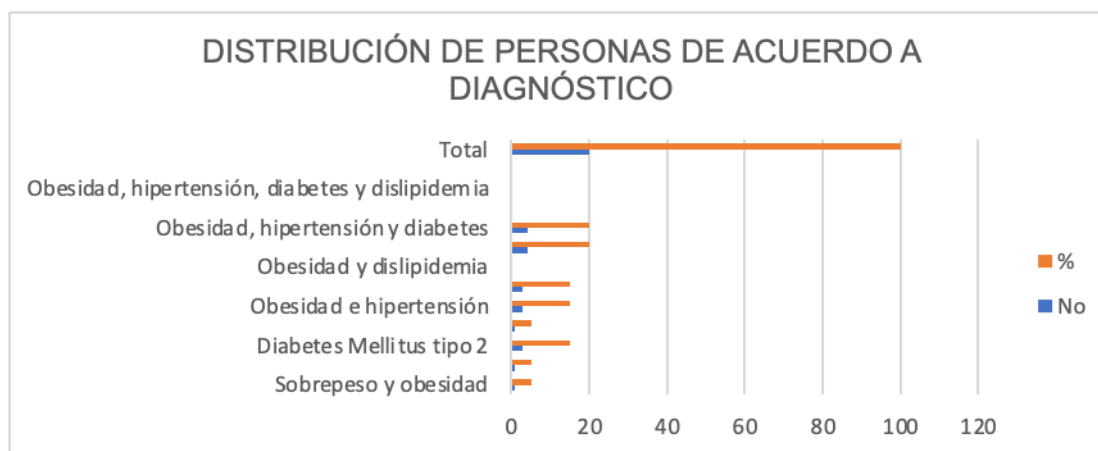
### Tabla No. 8

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad Centro de Salud T. III: Xochimilco. Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco.

Diagnósticos	No	%
<b>Sobrepeso y obesidad</b>	1	5
<b>Hipertensión arterial</b>	1	5
<b>Diabetes Mellitus tipo 2</b>	3	15
<b>Dislipidemias</b>	1	5
<b>Obesidad e hipertensión</b>	3	15
<b>Obesidad y diabetes</b>	3	15
<b>Obesidad y dislipidemias</b>	0	0

<b>Diabetes e hipertensión</b>	4	20
<b>Obesidad, hipertensión y diabetes</b>	4	20
<b>Hipertensión, diabetes y dislipidemias</b>	0	0
<b>Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemias</b>	0	0
<b>Total</b>	20	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



De acuerdo a la distribución de pacientes por padecimientos la mayor prevalencia se presentó en diabetes e hipertensión y obesidad, hipertensión y diabetes con 4 pacientes respectivamente. Con los diagnósticos de diabetes mellitus tipo 2, obesidad e hipertensión, obesidad y diabetes se presentaron 3 pacientes en cada una. Con sobrepeso y obesidad, hipertensión arterial sistémica, dislipidemias se registrarán 1 paciente respectivamente.

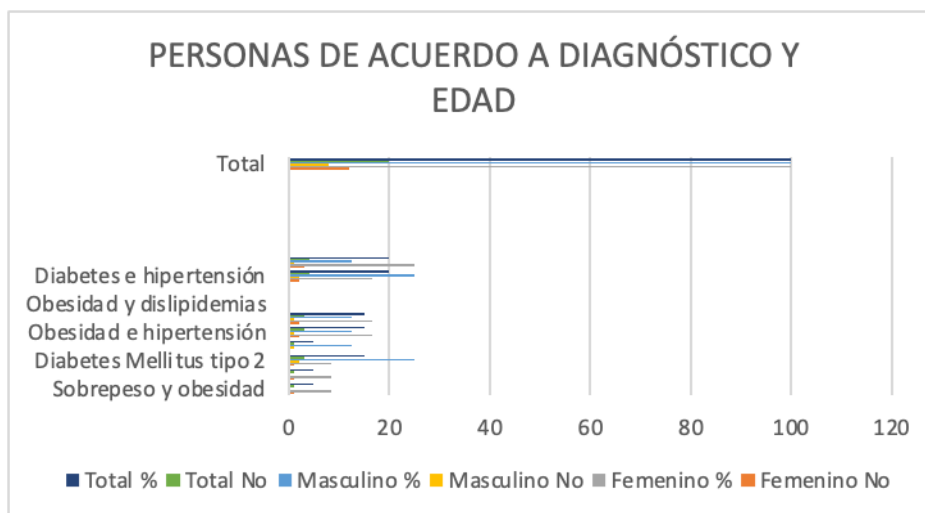
**Tabla No. 9**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo. Centro de Salud T. III: Xochimilco. Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco.

Dx	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
<b>Sobrepeso y obesidad</b>	1	8.3	0	0	1	5
<b>Hipertensión arterial</b>	1	8.3	0	0	1	5
<b>Diabetes Mellitus tipo 2</b>	1	8.3	2	25	3	15
<b>Dislipidemias</b>	0	0.0	1	12.5	1	5
<b>Obesidad e</b>	2	16.7	1	12.5	3	15

<b>hipertensión</b>						
<b>Obesidad y diabetes</b>	2	16.7	1	12.5	3	15
<b>Obesidad y dislipidemias</b>	0	0.0	0	0	0	0
<b>Diabetes e hipertensión</b>	2	16.7	2	25	4	20
<b>Obesidad, hipertensión y diabetes</b>	3	25.0	1	12.5	4	20
<b>Hipertensión, diabetes y dislipidemias</b>	0	0.0	0	0	0	0
<b>Obesidad, hipertensión, dislipidemias</b>	0	0.0	0	0	0	0
<b>Total</b>	12	100.0	8	100	20	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



En el C.S.T III Xochimilco la mayor el diagnóstico con mayor prevalencia en el sexo femenino fue obesidad, hipertensión y diabetes con tres pacientes (25%), con dos pacientes se registrarán dos diagnósticos diferentes; obesidad e hipertensión y obesidad y diabetes. Con los diagnósticos de sobrepeso y obesidad, hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2 se registró un paciente en cada uno. En el sexo masculino el diagnóstico de mayor prevalencia se presentó en diabetes mellitus tipo 2 y diabetes e hipertensión con dos pacientes respectivamente. Los diagnósticos con menos prevalencia fueron dislipidemias,

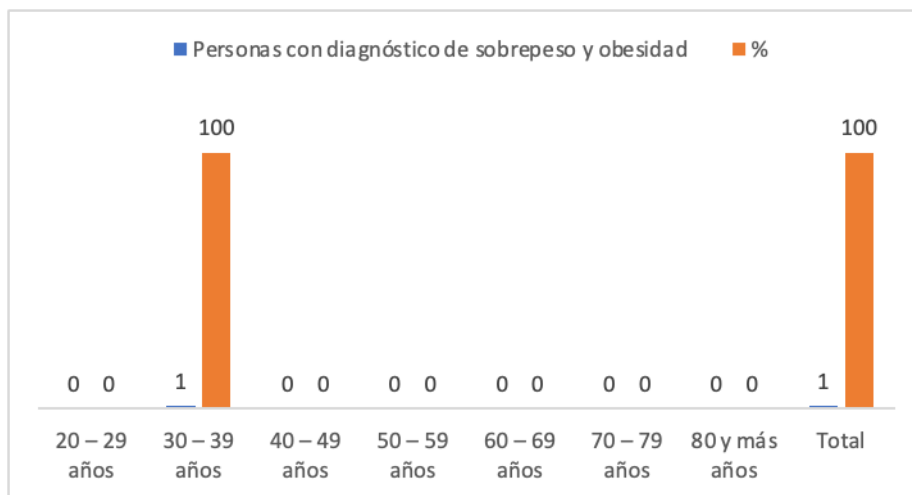
obesidad e hipertensión, obesidad y diabetes y obesidad, hipertensión y diabetes con 1 paciente masculino respectivamente.

**Tabla No. 10**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de sobrepeso y obesidad. Centro de Salud T. III: Xochimilco. Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco.

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



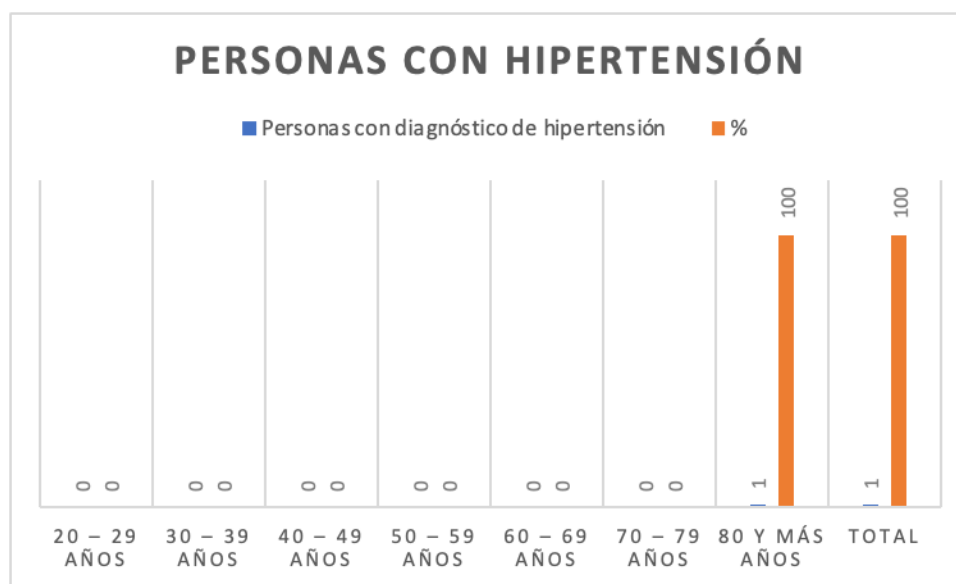
De acuerdo a edad y diagnóstico de sobrepeso y obesidad durante el periodo correspondiente a agosto 2022- julio 2023 se registró una persona con los diagnósticos antes mencionados en el grupo de edad de 30 - 39 años.

**Tabla No. 11**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión Centro de Salud T. III: Xochimilco. Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco.

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



Con el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica se registró un paciente el cual se incluyó en el grupo de edad de 80 y más años.

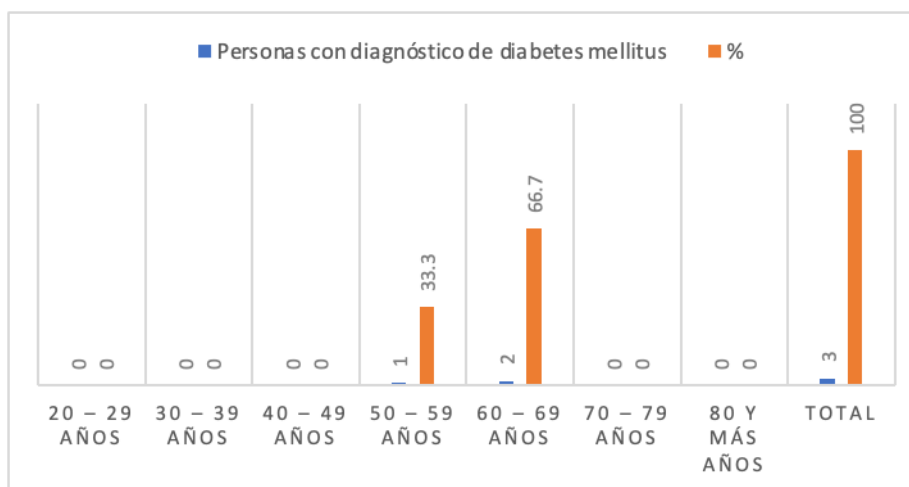
### Tabla No.12

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Centro de Salud T. III: Xochimilco. Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco.

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes mellitus	%
20 – 29 años	0	0

<b>30 – 39 años</b>	0	0
<b>40 – 49 años</b>	0	0
<b>50 – 59 años</b>	1	33.3
<b>60 – 69 años</b>	2	66.7
<b>70 – 79 años</b>	0	0
<b>80 y más años</b>	0	0
<b>Total</b>	3	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



Con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 se registraron 3 pacientes, 1 (33.3%) de ellos se incluyó en el grupo de edad de 50 - 59 años. Por último, los 2 (66.7%) restantes se incluyeron en el grupo de edad de 60 - 69 años el cual presentó la mayor prevalencia.

### Tabla No. 13

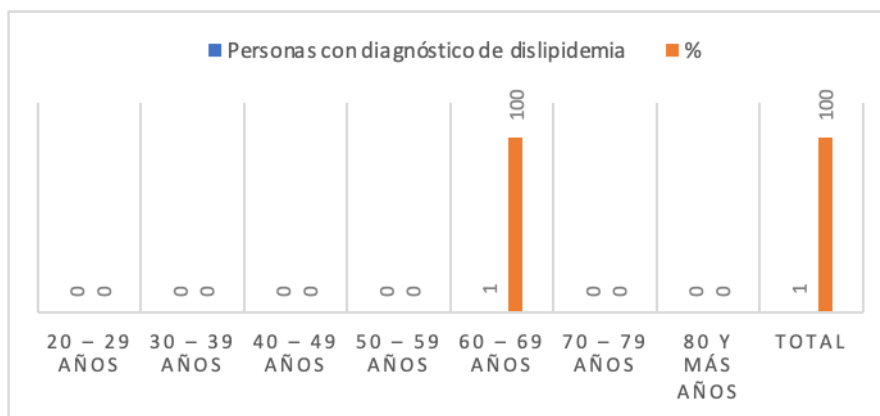
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de dislipidemias. Centro de Salud T. III: Xochimilco. Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco.

Edad	Personas con diagnóstico de dislipidemias	%
<b>20 – 29 años</b>	0	0
<b>30 – 39 años</b>	0	0
<b>40 – 49 años</b>	0	0
<b>50 – 59 años</b>	0	0
<b>60 – 69 años</b>	1	100
<b>70 – 79 años</b>	0	0
<b>80 y más años</b>	0	0



<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100</b>
--------------	----------	------------

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



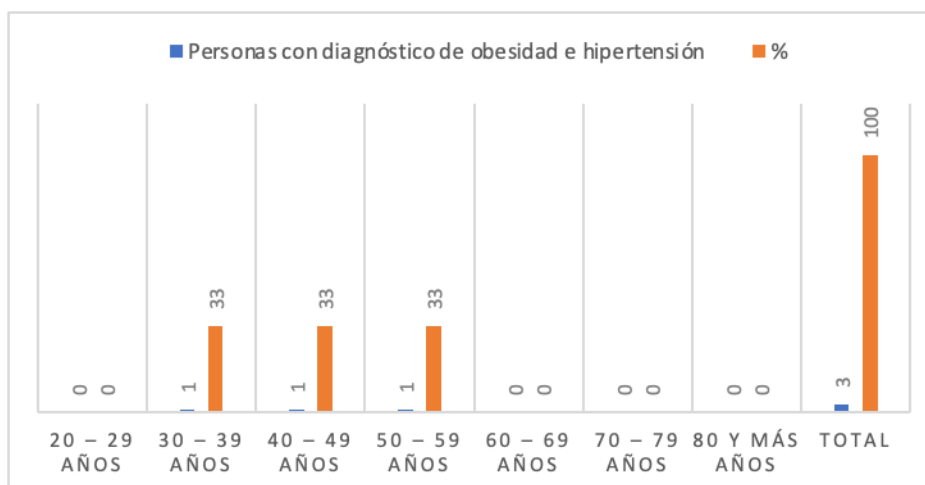
En cuanto a la distribución de pacientes de acuerdo a edad y diagnóstico de dislipidemias, fue uno de los diagnósticos con menor prevalencia con 1 paciente en el grupo de edad de 60 - 69 años.

**Tabla No. 14**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial Centro de Salud T. III: Xochimilco. Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco.

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad e hipertensión	%
<b>20 – 29 años</b>	0	0
<b>30 – 39 años</b>	1	33
<b>40 – 49 años</b>	1	33
<b>50 – 59 años</b>	1	33
<b>60 – 69 años</b>	0	0
<b>70 – 79 años</b>	0	0
<b>80 y más años</b>	0	0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



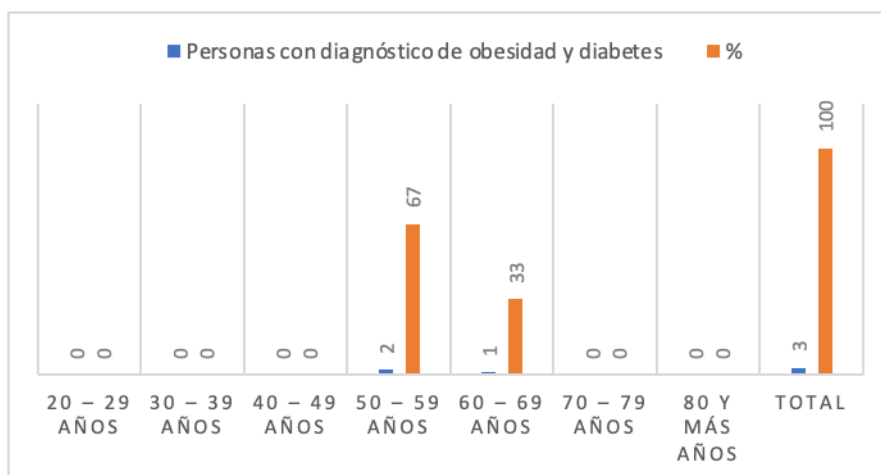
De la combinación de obesidad e hipertensión arterial sistémica se registraron 3 pacientes de los cuales 1 (33.3%) pertenece al grupo de edad de 30 - 39 años, 1 (33.3%) se registró en el grupo de edad 40 - 49 años y en el grupo de edad de 50 - 59 años se registró 1 (33.3%).

**Tabla No. 15**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus tipo 2. Centro de Salud T. III: Xochimilco. Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco.

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad y diabetes	%
<b>20 – 29 años</b>	0	0
<b>30 – 39 años</b>	0	0
<b>40 – 49 años</b>	0	0
<b>50 – 59 años</b>	2	67
<b>60 – 69 años</b>	1	33
<b>70 – 79 años</b>	0	0
<b>80 y más años</b>	0	0
<b>Total</b>	3	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



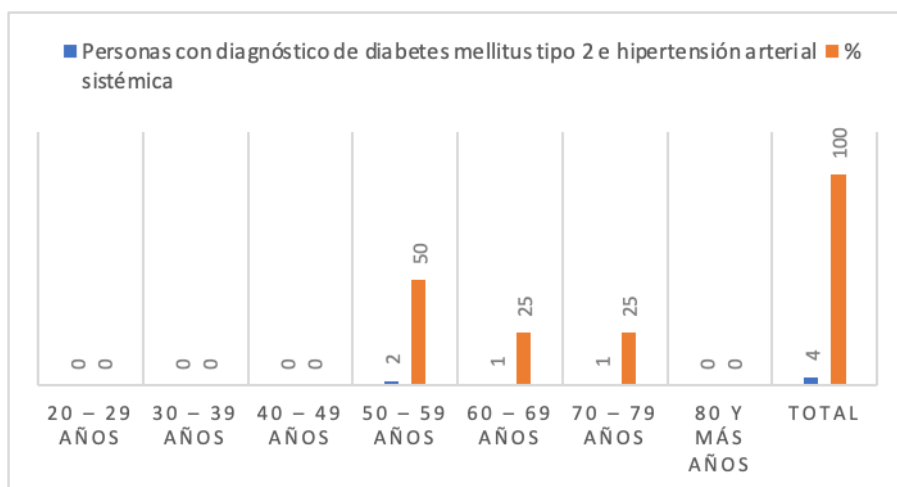
Con los diagnósticos de obesidad y diabetes mellitus tipo 2 se registraron 3 pacientes. 2 (67%) en el grupo de edad de 50 - 59 años) el cual fue el que tuvo mayor prevalencia con estos dos diagnósticos y 1 (33%) en el grupo de edad de 60 - 69 años.

**Tabla No. 16**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial Centro de Salud T. III: Xochimilco. Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco.

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica	%
<b>20 – 29 años</b>	0	0
<b>30 – 39 años</b>	0	0
<b>40 – 49 años</b>	0	0
<b>50 – 59 años</b>	2	50
<b>60 – 69 años</b>	1	25
<b>70 – 79 años</b>	1	25
<b>80 y más años</b>	0	0
<b>Total</b>	4	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



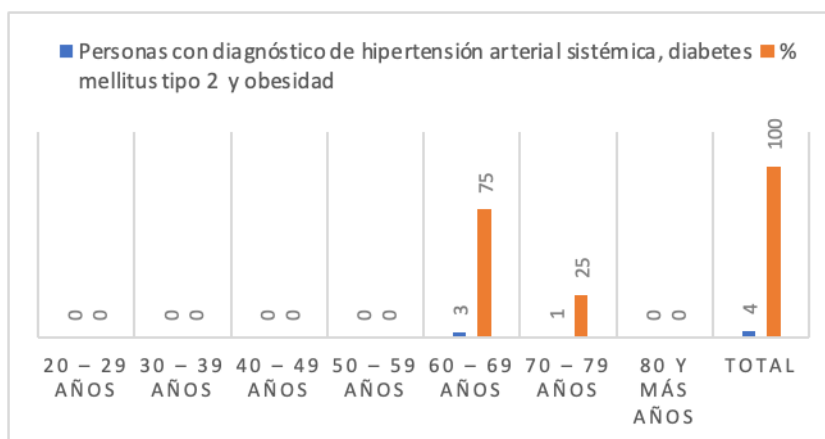
Con los diagnósticos de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2 se registraron 4 pacientes, la mayor prevalencia se registró en el grupo de edad de 50 - 59 años con 2 (50%) pacientes. En los grupos de edades de 60 - 69 años y 70 - 79 años se registró 1 paciente en cada uno.

**Tabla No. 17**

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Centro de Salud T. III: Xochimilco. Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco.

Edad	Personas con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2 y obesidad	%
<b>20 – 29 años</b>	0	0
<b>30 – 39 años</b>	0	0
<b>40 – 49 años</b>	0	0
<b>50 – 59 años</b>	0	0
<b>60 – 69 años</b>	3	75
<b>70 – 79 años</b>	1	25
<b>80 y más años</b>	0	0
<b>Total</b>	4	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



Con los diagnósticos de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2 y obesidad, se registraron un total de 4 pacientes, de los cuales 3 (75%) de ellos se incluyeron en el grupo de edad de 60 - 69 años y 1 (25%) en el grupo de 70 - 79 años.

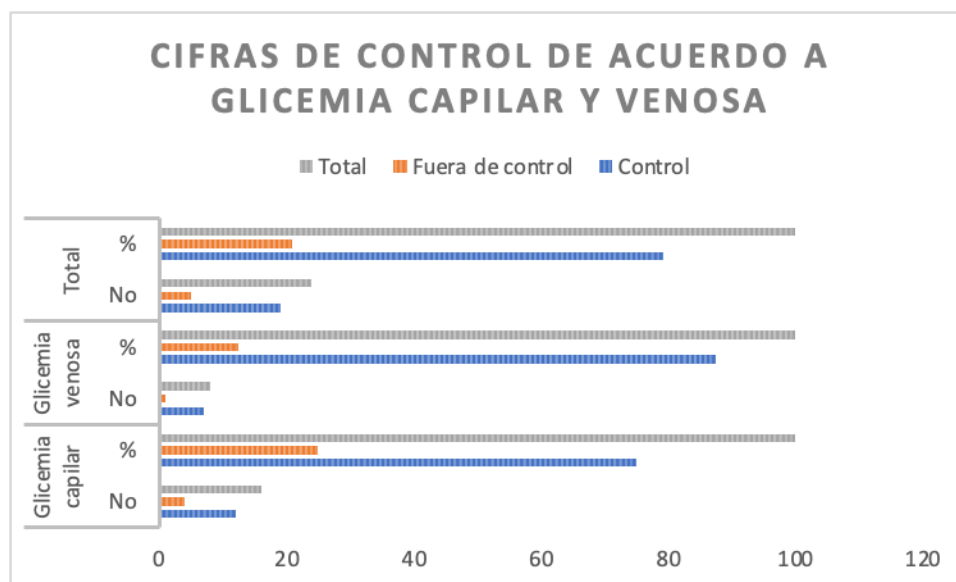
## 5. Resultados de control de enfermedad crónica

**Tabla No. 18**

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glicemia capilar o venosa. Periodo agosto 2022 – julio 2023 Centro de Salud T. III: Xochimilco. Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco.

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
<b>Control</b>	12	75	7	87.5	19	79.2
<b>Fuera de control</b>	4	25	1	12.5	5	20.8
<b>Total</b>	16	100	8	100	24	100.0

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



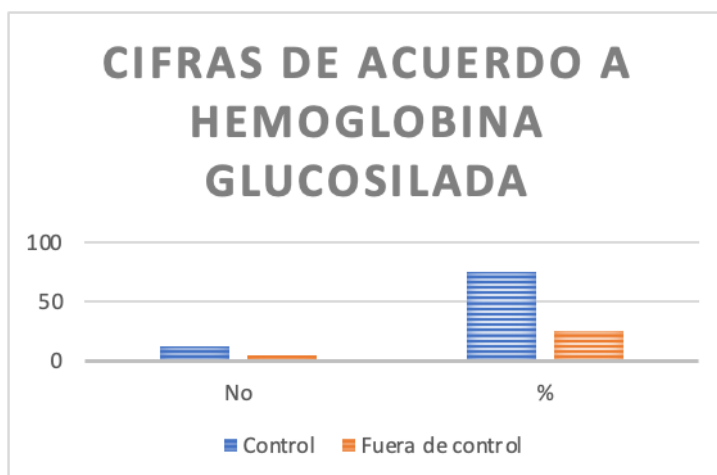
Para medir el control de las personas con diabetes mellitus tipo 2 se incluyeron cifras de glucosa capilar y venosa de 80 - 130 mg/dl, de acuerdo a estas cifras. En cuanto a la glucemia capilar, 12 (75%) de los pacientes cumplieron con las cifras mencionadas por lo cual se incluyeron en el grupo de control, mientras que 4 (25%) obtuvieron cifras mayores de 130 mg/dl por lo cual entraron al grupo de fuera de control. En el caso de la glucemia venosa, se obtuvieron menos datos debido a que en la unidad de salud la mayor parte del año no se contaba con reactivos para llevar a cabo este registro. De los datos disponibles, 7 (87.5%) de los pacientes se incluyeron en el grupo de control y 1 (12.5%) en el grupo fuera de control. Con ambos parámetros se demuestra que más del 70% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 se encuentran en metas de control.

**Tabla No. 19**

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada. Periodo agosto 2022 – julio 2023 Centro de Salud T. III: Xochimilco. Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco.

Parámetro de	No	%
<b>Control</b>	12	75
<b>Fuera de control</b>	4	25
<b>Total</b>	16	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



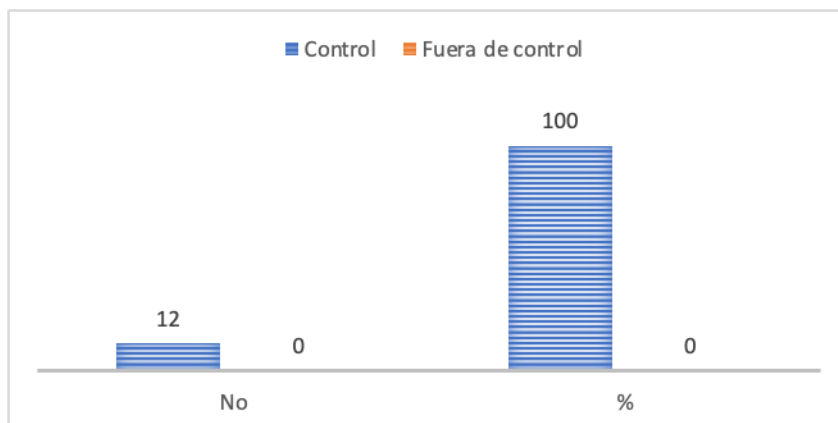
Para valorar el control de acuerdo a cifras de hemoglobina glucosilada se consideraron las metas de control menor o igual a 7%, mientras que para el grupo fuera de control se consideraron cifras >7%. De acuerdo a los parámetros mencionados, 12 (75%) de los pacientes cumplieron con las metas de control, 4 (25%) se encuentran el en grupo de fuera de control.

**Tabla No. 20**

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control. Periodo agosto 2022 – julio 2023 Centro de Salud T. III: Xochimilco. Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco.

Parámetro de	No	%
<b>Control</b>	12	100
<b>Fuera de control</b>	0	0
<b>Total</b>	12	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



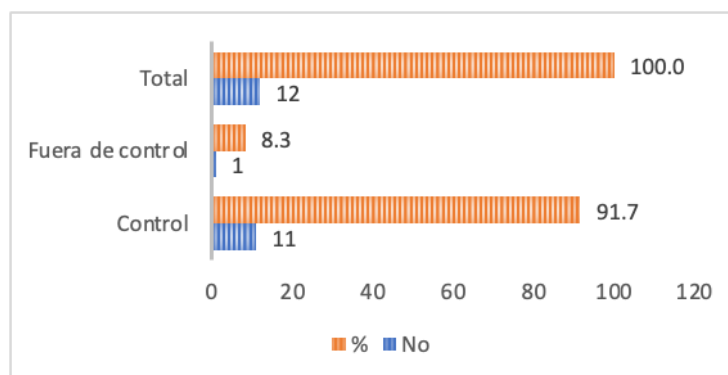
De acuerdo a la distribución de pacientes con hipertensión arterial sistémica y cifras de control, se consideraron cifras de tensión de menores de 140/90mmHg dentro de control y cifras mayores a esta, para el grupo fuera de control. Para este grupo el 100% de los pacientes cumplió con las cifras de control.

**Tabla No. 21**

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico. Periodo agosto 2022 – julio 2023 Centro de Salud T. III: Xochimilco. Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco.

Parámetro de	No	%
<b>Control</b>	11	91.7
<b>Fuera de control</b>	1	8.3
<b>Total</b>	12	100.0

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



Para el control en las cifras de colesterol se consideraron cifras de control menores a 200 mg/dl y para el grupo fuera de control las mayores a esta. Al igual que en las cifras de glucosa venosa, la mayor parte del año no se contaron con



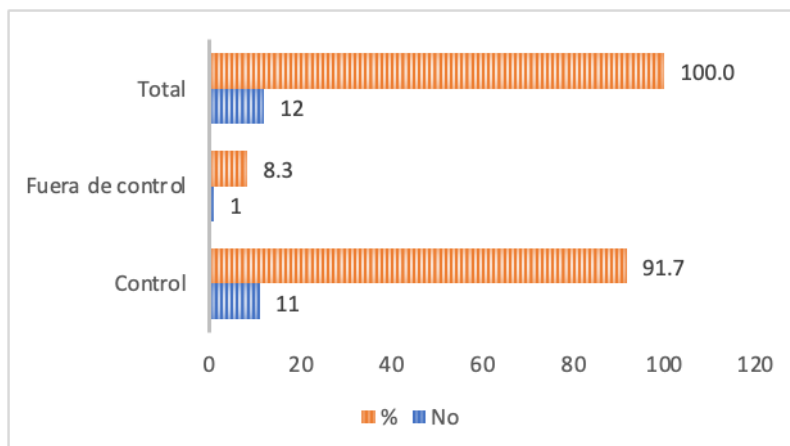
reactivos para la valoración de este parámetro por lo tanto se cuenta con menos datos. 11 (91.7%) de los pacientes se encuentran en el grupo de control, mientras que 1 (8.3%) en el grupo fuera de control.

**Tabla No. 25**

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia y cifras de control de acuerdo con triglicéridos séricos. Periodo agosto 2022 – julio 2023 Centro de Salud T. III: Xochimilco. Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco.

Parámetro de	No	%
<b>Control</b>	11	91.7
<b>Fuera de control</b>	1	8.3
<b>Total</b>	12	100.0

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023



Para valorar las cifras de triglicéridos se consideraron cifras menores o iguales a 150 mg/dl y para el grupo de fuera de control cualquier cifra mayor a esta. Al igual que en el grupo de colesterol, en este grupo 11 (91.7%) de los pacientes se registró en el grupo de control y 1 (8.3%) en el grupo de fuera de control.

## ACCIÓN COMUNITARIA

### PROMOCIÓN DE LA SALUD

Todos en algún punto de nuestra formación hemos escuchado hablar acerca de promoción de la salud y hasta cierto punto hemos participado en la misma, pero desde mi opinión personal, hasta hace unas semanas no sabía al 100% que implicaba este concepto. Para empezar 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. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. (1)

Al leer este concepto nos damos cuenta que promoción de la salud no es sólo dar pláticas sobre temas específicos en la sala de espera de nuestra unidad, con el simple concepto nos damos cuenta que promoción de salud va más allá incluso de lo que pasa en una unidad de salud. Desarrollando poco a poco el concepto podemos recalcar que al principio nos menciona que es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren, tomando todas estas características en cuenta podemos decir que si bien una plática de 10 min en la sala de espera nos ayudaría a que se lleven un mensaje importante, no sería algo que les ayude a que tomen control sobre su salud, se requieren acciones más impactantes como apoyar para que se cuente con acceso total a la información ya que al ser unas personas completamente informadas acerca de las enfermedades crónicas que padecen o en el caso de que aún no las padezcan, pueden tomar control de su salud y mejorarla.

La promoción de la salud no sólo es responsabilidad de las personas involucrados en este sector, deben participar todas aquellas personas que sus acciones tengan consecuencias para el resto de la población como lo son políticos, legisladores ya que ellos son los encargados de crear políticas públicas que no sólo favorezcan la atención médica de las personas, sino también de crear entornos saludables en donde las personas se sientan cómodas.

El realizar promoción de la salud no es sólo un proceso individual, no es sólo entregar información acerca de algún padecimiento en particular, en una adecuada promoción a la salud se deben tratar de crear políticas que beneficien a la sociedad, se deben crear entornos de apoyo en donde las personas se sientan

seguras y como su nombre lo dice, apoyadas. Se debe proveer el acceso a la información para crear comunidades empoderadas que sean capaces de controlar y mejorar su salud, el proceso de promoción a la salud se trata también de apoyar el desarrollo individual de cada persona, la promoción de la salud no es trabajo de unos cuantos, es un trabajo que nos corresponde como individuos primero y como miembros de una comunidad después. (1)

## ENCUENTROS DE SALUD

Como se ya se mencionó en un punto anterior, uno de los componentes del modelo expandido de cuidados crónicos es la creación de entornos saludables, con el fin de cumplir con esto, cada seis meses se organizan los llamados encuentros de personas con enfermedades crónicas, en esta actividad se reúnen por jurisdicción los pacientes de diferentes centros de salud.

Durante el periodo de mi servicio social de agosto 2022 - julio 2023 tuve la oportunidad de participar en dos encuentros de pacientes. El primero se llevó a cabo para la jurisdicción de Xochimilco el 17 de noviembre del 2022 en el teatro Carlos Pellicer. La organización del presente encuentro inició desde un mes antes, en el mes de octubre, los viernes de sesiones fueron destinadas a la organización y planeación, durante estas sesiones nuestros asesores nos mostraban la información acerca de todo el desarrollo del encuentro en las cuales se habló sobre que todos los pasantes no deberíamos llevar nuestras batas al día del encuentro para establecer una relación más allá de un consultorio con las personas que estarían participando. El cuarto encuentro de pacientes. Un recetario saludable consistió en continuar con la elaboración del recetario saludable que había surgido de los encuentros pasados. Una vez reunidos todos en el teatro, se inició con la bienvenida y el encuadre del encuentro, posterior a eso se les informó las personas acerca de los avances que ha tenido un modelo expandido de cuidados crónicos, en estos avances se incluyó información acerca del número de personas que se encuentran activas dentro del programa, cuantas consultas recibe en promedio una persona que acude a una unidad de salud y la cantidad de personas que ha alcanzado metas de control medido por hemoglobina glucosilada. Una vez que se dan todos los informes de acuerdo a la jurisdicción en donde se encuentran, es hora de dar inicio a los talleres organizados para la creación de los contenidos del recetario saludable.

Durante el cuarto encuentro se organizaron 5 talleres diferentes en los cuales las personas contarían con un tema diferente para trabajar. En el primer taller se habló acerca de la perspectiva acerca de la alimentación saludable de las

personas que viven con enfermedades crónicas en la cual las personas que participaron en ese taller identificaron cuáles serían las ideas que ellos mismos consideran importantes para compartir con otras acerca de una alimentación saludable. En el segundo taller las personas compartieron recomendaciones para la conservación, preparación e higiene de los alimentos en casa. En el tercer taller se habló sobre la tabla de valor nutrimental (información sobre el contenido nutricional) de cada receta, por porción, en este taller las personas aportaron alternativas para la presentación de la información de las tablas nutrimentales de cada receta incluidas en el recetario saludable. En el cuarto taller se habló de la estimación aproximada de costos económicos, grado de dificultad y tiempos de preparación de las recetas. El último taller consistió en identificar frases, refranes, dichos populares acerca de la alimentación y el cuidado de la salud en el cual las personas identificaron cuáles serían las frases y refranes que podrían ser incluidos en el recetario saludable con el fin de motivar y orientar a otras personas respecto a una alimentación saludable. En este último taller participé como coordinador, mi papel principal fue guiar las participaciones y aportaciones de las personas para que se dieran en un ambiente seguro, con respeto y organización. Mi participación durante este cuarto encuentro fue muy satisfactoria en muchos sentidos, pude notar que las personas tienen mucho que compartir y quieren ser escuchadas, el ambiente se sintió muy seguro, con más confianza y se lo atribuyó principalmente a que las personas pudieron vernos de una forma diferente ya que no llevábamos una bata que nos distingue de ellos, fue muy satisfactorio darme cuenta que esas personas que acudieron al encuentro son personas que realmente quieren conocer más acerca de sus enfermedades, quieren conocer opciones más saludables no sólo para ellos, sino también para sus familiares ya que más de uno mencionó que todo lo aprendido lo llevaban a sus casas para tratar de que sus familias no llegaran a un diagnóstico como los que ellos tienen. Durante el encuentro las personas me mostraron que están dispuestas a tomar los desafíos que sean necesarios para alcanzar sus metas y expectativas de salud.

A continuación, se anexa la relatoría que surgió como resultado del taller frases y refranes que podrían ser incluidos en el recetario saludable con el fin de motivar y orientar a otras personas respecto a una alimentación saludable en el cuarto encuentro de pacientes 2022.

### **Encuentro de Pacientes con Enfermedad Crónica**

<b>Jurisdicción Sanitaria:</b> Xochimilco	<b>Coordinador(a):</b> Sheyla Hernández <b>Relator(a):</b> Karen Paulina Aguilera Rodríguez	<b>Página: 1</b>
	<b>Taller:</b> Dichos y Refranes	<b>Fecha:</b> 17 de noviembre de 2022

### 1. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
Anayelli Chávez Palacios	M	35	C.S. T-III Xochimilco
Flavia Sixtos Nájera	M	71	C.S T-III Tulyehualco
Leticia Vargas Muñoz	M	47	C.S T-III Tulyehualco
Guadalupe Ruiz Monterrosa	M	51	C.S T-III Tulyehualco
María Efrén Díaz Jiménez	M	60	C.S T-III Tulyehualco
Rosa Argumedo Galicia	M	58	C.S T-III Tulyehualco

### 1. Datos del taller

<b>Objetivo:</b>	
<b>Hora de inicio:</b> 10:05	<b>Hora de finalización:</b> 12:00

### 2. Agenda de la sesión:

Horario de inicio	Actividad
-------------------	-----------

10:05	<b>Bienvenida:</b> Se da la bienvenida a todas las personas que se presentaron al encuentro y participaron en el taller de refranes.
10:10	<b>Presentación:</b> Se presenta el médico pasante que se encargará de la coordinación y explica sus funciones dentro del grupo de discusión. Se presenta la persona que se encargará de la relatoría, así como sus funciones dentro del grupo.
10:20	<b>Encuadre:</b> Se explica el objetivo e importancia del taller y cómo se llevará a cabo y se plantean las reglas que se deben tomar en cuenta durante todo el taller.
10:25	<b>Taller:</b> Se inicia la actividad de “rompe hielo”; posteriormente se repartió el material para el cual se les dio 10 minutos para poder escribir los refranes, por último, se abre la plenaria para compartir los refranes propuestos y comenzar el diálogo de discusión sobre su significancia.
10:40	<b>Cierre:</b> Agradecimientos y opiniones de las personas de que les pareció el taller.

**Coordinadora:** Hola buenos días, mi nombre es Sheyla Hernández yo soy médico pasante del Centro de Salud de Xochimilco, el día de hoy voy a estar coordinando el taller de dichos y refranes. Mi compañera es Paulina y ella nos va a estar apoyando con la parte de la relatoría.

**Relatora:** Hola, buenos días mucho gusto, mi nombre es Paulina Aguilera y vengo de parte de la UAM Xochimilco, soy enfermera y formo parte del proyecto urbano, junto con el doctor Víctor Ríos y esta vez estaré con ustedes trabajando como relatora en este taller. Las funciones que yo estaré realizando serán las de anotar todo lo que se diga en este taller, con el fin de utilizarlo para enriquecer el recetario que han elaborado otros pacientes como ustedes.

**Coordinadora:** Muchas gracias, Pau. Como ya les comentaba el Dr. Víctor hace rato vamos a participar diciendo un dicho o refrán que nosotros conozcamos y que esté relacionado con la salud o la alimentación saludable. ¿Por qué estamos haciendo este taller? Porque en el recetario que les comentaron en la parte de debajo de cada receta que propone colocar un dicho o refrán esto con el objetivo

de motivar y hacer reflexionar a las personas sobre su alimentación, así como para hacer más ameno la lectura del recetario. En este taller cada uno de nosotros vamos a decir un refrán, cual es su significado y si creemos que el dicho o refrán deba incluirse en el recetario.

Nosotros en este grupo tendremos varias reglas para la sana convivencia:

- Respetar el uso de la palabra: aquí todas las participaciones son igual de importantes por lo que cuando alguien quiera participar tendrá que levantar su manita, así como evitar interrumpir la participación de los demás.
- No juzgar: Todas las opiniones son válidas, por lo tanto, ninguna participación está equivocada y todas son igual de importantes.
- No interpretar: el objetivo del grupo es compartir las opiniones de los demás
- No dar consejos: No se vale dar consejos si los demás no nos lo han pedido.
- Lo que se dice aquí, aquí se queda: este es un espacio seguro en el que podemos compartir nuestros sentires, por lo que se les pide discreción y privacidad de lo que aquí se comparta.

#### *Dinámica “Rompe Hielo”*

**Coordinadora:** ¿Hasta el momento tienen alguna duda? Sí no es así, comenzaremos con la dinámica de presentación; cada uno de nosotros nos vamos a presentar diciendo nuestro nombre, centro de salud y porque decidimos venir a este cuarto encuentro de pacientes. Vamos a comenzar por este lado.

**Anayeli:** Bueno yo me llamo Anayeli, vengo del centro de salud de Xochimilco, nos hizo la invitación el Dr. Luis quien es quien nos está atendiendo para el control de la diabetes a mis papás y a mí.

**Guadalupe:** Hola yo soy Guadalupe Ruiz, vengo del centro de salud de Tulyehualco y yo creo que he asistido a todos, gracias a la invitación de la Dra. Vergara.

**Rosa:** Hola yo soy Rosa Romero Galicia, a mí siempre me ha gustado informarme sobre mi salud, desde hace muchos años que me detectaron la hipertensión y yo vengo por prevención y gracias a que me ha invitado la trabajadora Patricia del centro de salud. Ahorita desafortunadamente tengo dos hijas con sobrepeso entonces vengo para informarme sobre la alimentación saludable, para motivarlas y para tener más conocimiento sobre eso, aunque como me dice el psicólogo cada uno es responsable por su salud y además ellas ya son adultas, pero de todos modos me gusta tener las herramientas para cuando ellas me lo pidan poderlas apoyar.

**Leticia:** Yo soy Leticia Vargas Muñoz, vengo del centro de salud de Tulyehualco y también vengo por parte de la Dra. Lorena.

**María:** Yo soy Jiménez y vengo del centro de salud Tulyehualco, es la primera vez que asisto a un encuentro, ya había querido venir antes pero tenía citas en el hospital y no podía asistir.

**Flavia:** Yo soy Flavia, vengo del centro de salud de Tulyehualco y me estoy atendiendo con la Dra. Vergara.

### *Encuadre*

**Coordinadora:** Bueno ahora que ya todas nos presentamos, les damos nuevamente la bienvenida y las gracias por haber decidido participar en este cuarto encuentro de pacientes, para nosotros es muy importante que acudan ya que podemos establecer una relación mucho más estrecha con ellos. A continuación, daremos inicio al taller como tal, así que se les entregará una hoja en la cual vamos a colocar algunos dichos o refranes que podamos relacionar con la alimentación para poderlos agregar en el recetario. Para esta primera parte daremos un tiempo aproximado de 10-15 min, posteriormente compartiremos a los demás nuestra selección de dichos y refranes, así como el significado de cada uno. ¿Alguien tiene una duda?

**Rosa:** Yo tengo una duda, bueno el refrán que yo quería o quiero anotar, después se van a decir para ver si es conveniente para colocarlos en el recetario es un poco agresivo o incómodo.

**Coordinadora:** Recordemos que no hay propuestas buenas o malas, todos son bienvenidos y el objetivo es reflexionar sobre cada uno, así que no se preocupe si usted lo siente un poco agresivo.

### **3. Descripción detallada de la sesión: (1 de 3)**

***Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda de la sesión***

***Utilice tantas hojas como sea necesario***

***Anote textualmente cada una de las preguntas del taller (No anote, por ejemplo, “Pregunta 1”)***



### Propuestas de dichos y refranes.

**Flavia:** El primero que se me ocurrió fue: “camarón que se duerme se lo lleva la corriente”.

Esto puede significar que si no estamos atentos a nuestra salud o a nuestra salud podemos enfermarnos incluso a morir a causa de este descuido a nuestra propia salud.

**Guadalupe:** A mí me gustaría agregar algo en ese refrán, es estar alertas y aprender de nuestras enfermedades, porque no nos va a llevar la corriente nos va a llevar la... (Todo el grupo ríe) si no aprendemos a vivir de otra manera.

**Rosa:** Exactamente, yo concuerdo con mi compañera, si vemos este refrán ya enfocado a la alimentación y a la salud, puede significar que debemos tomar acción en cuanto a nuestra enfermedad para no desarrollar complicaciones.

**Coordinadora (Sheyla):** Muchas gracias por sus participaciones, ¿todas estamos de acuerdo con el significado de este refrán? Si es así, pasemos a otro refrán.

**Anayelli:** Yo puedo compartir este “No todo lo que brilla es oro”

El significado que yo le doy es acerca de la motivación, porque muchas veces los alimentos que pensamos que nos van a nutrir en realidad son dañinos para nuestra salud. Otro enfoque podría ser que muchos de los alimentos que consumimos como papas o comida chatarra, aunque saben rico, afectan a nuestra salud.

**Coordinadora (Sheyla):** Todas estamos de acuerdo con Anayelli, o ¿alguna tiene otro significado para este refrán?

**Todo el grupo:** De acuerdo.

**Anayelli:** Otro refrán que coloque es “Más vale prevenir que lamentar”

Creo que este tiene mucha importancia dentro de la salud, ya que es importante conocer sobre las formas en que podemos prevenir complicaciones una vez que ya tenemos una enfermedad crónica.

**Rosa:** Otro que va de la mano con el anterior es “Mente sana en cuerpo sano”

Tenemos que cuidar nuestro cuerpo, creo que eso tiene un impacto directo con la depresión o con otras enfermedades de la mente. Y de igual forma si tenemos estas enfermedades también descuidamos nuestra salud física.

**Rosa:** El refrán que tenía duda si decir o no es “De golosos y tragones están llenos los panteones”.

Por no tener una buena alimentación, y comer en exceso dañamos nuestro cuerpo. Si conocemos esta información podemos evitar comer mal y así evitamos

las enfermedades.

**Guadalupe:** Puede que no motive, pero si nos invita a la reflexión y eso también es muy bueno.

**Leticia:** Bueno el refrán que yo pensé es “En boca cerrada no entran moscas”. Nos ayuda a no comer cosas que no sean saludables y así evitar las enfermedades crónicas o alguna complicación. Pensando que las moscas son algo negativo como las enfermedades crónicas.

**María:** Este es un dicho “De algo nos hemos de morir”. Muchas veces nos lo decimos como una forma de justificar nuestra mala alimentación. Esto es algo que debemos ir cambiando.

**Coordinadora (Sheyla):** Este proyecto nos ayuda a prolongar la buena vida, sin dejar de comer lo que nos gusta, pero si nos invita a comenzar a construir una alimentación más sana y consciente.

**Guadalupe:** Este dicho que acaban de comentar me recuerda a otro que dice “de algo nos hemos de morir, pero no conocemos el camino que hemos de recorrer”. Podemos complementar este dicho porque por querer seguir comiendo lo que nos gusta olvidamos las consecuencias en el futuro.

**Flavia:** Tenemos que comer de todo, pero con medida.

**Coordinadora:** Esta sería nuestra primera ronda de Refranes y dichos. Vamos a dar una segunda ronda para las personas que quieran proponer más de un refrán.

**Anayelli:** Ya muy enfocados a la alimentación no se me ocurren, pero puede ser “Más vale pájaro en mano que ciento volando”.

**Guadalupe:** Para mi eso puede significar que más vale hacer caso a lo científico, que a lo que muchas veces escuchamos en la calle o por ahí. Lo más seguro que tengo es mi tratamiento y no es bueno ponerlo en riesgo por remedios que a veces pueden perjudicar más.

**Rosa:** Yo ya conozco a mi cuerpo y conozco cómo afectan los alimentos a mi cuerpo. Como cuando me molesto o pasa algo que me disgusta y luego como ciertos alimentos me caen pesado o me hacen daño. Es importante conocer nuestro cuerpo.

**Guadalupe:** Para una persona puede ser saludable y para otra no.

**Aileda:** Es muy importante llevar a cabo el tratamiento de forma correcta, tanto a la hora que se nos indica, la cantidad adecuada, etc.

**Guadalupe:** Si sigo el tratamiento tendré mejores resultados y no esperaré hasta que empeore mi salud para tomar cartas en el asunto.

Esta reflexión también me hizo pensar en uno “Árbol que nace torcido, jamás su rama se endereza”.

Cuando desde pequeños nos alimentamos mal es muy seguro que de adultos tengamos problemas de peso o padecemos de alguna enfermedad crónica, pero por otro lado creo que esto es algo que sí podemos cambiar y enderezar nuestra rama y comer mejor. Podemos tomar consciencia y conocimientos para modificar nuestros hábitos alimenticios y así evitar las enfermedades crónicas.

**María:** Si yo quiero terminar mis últimos días sin sufrimiento, tengo que enderezarme para poder terminar con una mejor calidad de vida.

**Guadalupe:** (ríe, apenada) yo tengo muchos refranes todavía. “Cuerpo sano, corazón contento”.

Con una buena alimentación y salud podemos tener una mejor vida.

**María:** Otro dicho muy famoso es “Hay que darle gusto al gusto” Este quiere decir que podemos comer y beber lo que queramos porque nos hace felices, este dicho no nos ayuda a tomar consciencia acerca de nuestra alimentación.

**Leticia:** Como otro dicho que dice “Por el que su gusto muere hasta la muerte le sabe”

Este es otro dicho que justifica lo que muchas veces comemos.

**Guadalupe:** “Somos lo que comemos”

Si yo me alimento adecuadamente lo voy a reflejar física y mentalmente.

**Anayelli:** “Si la vida te da limones, haz limonada”

Si ya tenemos un cuerpo sano, porque no mantenerlo así.

**Rosa:** Otro enfoque que sería bueno abordar sería, si la vida te coloca en una situación con enfermedades crónicas pues afrontarla de la mejor manera. Como el dicho que dice “El que nace para tamal, del cielo le caen las hojas”

Si uno está en la disposición, las cosas se dan solas, uno debe aceptar las sugerencias del médico y del nutriólogo.

**Guadalupe:** “El que nace para maceta no pasa del corredor”.

Debo aceptar que no forma de alimentación no es la correcta para poder cambiarla y quedarme en la misma situación.

**Leticia:** “El que con lobos anda a aullar se enseña”

Para mi este podría ser el contagiar el buen hábito de la alimentación saludable.

Que mi familia también coma lo mismo que yo, por qué a veces cuando yo veo a mi familia comer cosas no saludables y se me antoja puede que caiga en la tentación, sin en cambio sí comemos todas las mismas cosas saludables ya no hay tentaciones.

**Anayelli:** En mi familia con mis papas también todos cambiamos nuestra forma de alimentarnos como familia.

**Flavia:** “Mas vale viejo por conocido que viejo por conocer”

Es bueno darse la oportunidad de cambiar nuestra alimentación. No cerrarse a probar nuevos alimentos que también pueden saber rico y son más nutritivos.

**Guadalupe:** “Hasta al mejor cazador se le va la liebre”

Tenemos la idea de que a veces un alimento es bueno para nuestra salud y resulta que no.

**Coordinadora:** Bueno al parecer es la última ronda de dichos y refranes. Les agradecemos su participación en este cuarto encuentro, esperando que nos puedan acompañar a todos los demás. Y esperemos que muy pronto podamos leer sus refranes en el recetario saludable.

**Todo el grupo:** ¡Muchas gracias!

El segundo encuentro en el que participé fue el 5º encuentro de personas con enfermedades crónicas. Encontramos para cuidarnos, el cual se realizó el día 26 de junio del 2023 para la jurisdicción Xochimilco, una vez más la sede fue el teatro Carlos Pellicer. La organización de este segundo encuentro inició en la segunda semana de junio, para este encuentro el objetivo 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 desarrollar las actividades planeadas se organizaron diferentes grupos de discusión en los cuales se hablaría sobre un tema en específico, cada grupo de discusión nuevamente contaría con un pasante como coordinador y una persona como relatora. Al igual que en el pasado encuentro se inició con la bienvenida, el encuadre y posterior el balance de los avances del año. Cuando llegó el momento de desarrollar los temas en los grupos de discusión, nos reunimos aproximadamente 10 personas para iniciar. Se organizaron tres temas de discusión para los equipos, por cuestión de tiempo se analizaría un tema por cada equipo de discusión. El primer tema fue hablar sobre identificar aspiraciones y realizaciones en el cual las personas comentaron sobre cuáles son sus principales aspiraciones de ellos viviendo con enfermedades como diabetes mellitus tipo 2,

hipertensión arterial sistémica y dislipidemias, en este tema también se incluyeron las aspiraciones respecto a sus familias y en su comunidad. En el segundo tema se habló acerca de satisfacer necesidades y el papel que juega en el autocuidado. En mi caso, nuevamente tuve la oportunidad de ser coordinadora en el segundo grupo de discusión, primero se identificó el tema sobre el cual íbamos a hablar esto como resultado del primer tema discutido, en el caso de mi grupo el tema que más sobresalió fue el de la alimentación de lo cual resultaron participaciones respecto a identificar cuales consideraban ellos que eran sus principales problemas para lograr una alimentación balanceada, cuales consideraban ellos que sería una decisión importante para resolver el problema que ellos plantean y cómo podía aprovechar los recursos de su unidad de salud para solucionar esto. Como último tema de discusión se planteó que sería sobre el fortalecimiento del autocuidado mediante cuatro formas, una de ellas es las experiencias de dominio, la segunda el modelado social, la tercera persuasión social y por último, estado físico y emocional compatible con la auto confianza, por cuestiones de tiempo en el caso de mi grupo, no pudimos llegar a la discusión del último tema. Al igual que en el primer encuentro, las personas que decidieron asistir al 5º encuentro se mostraron muy participativos, muy entusiasmados con seguir compartiendo, pude notar que personas que habían participado en encuentros pasados animaban a los nuevos participantes para acudir al siguiente, los temas se prestaron para compartir temas muy personales respecto a ellos y a sus familiares y en ningún momento me percate que alguien estuviera incómodo, toda la discusión se desarrolló en un espacio seguro y con confianza que nos permitió cosas sumamente personales. Una vez más tuve la oportunidad de confirmar que los encuentros de personas con enfermedades crónicas representan un entorno saludable para todas las personas que deciden participar en ellos.

A continuación, se anexa la relatoría que surgió como resultado del grupo de discusión que se llevó a cabo durante el 5º encuentro de personas con enfermedades crónicas.

### **Encuentro de Pacientes con Enfermedad Crónica**

<b>Jurisdicción Sanitaria:</b>	<b>Coordinador(a):</b>	<b>Página: 2 de 11</b>
<b>Xochimilco</b>	<b>Sheyla Hernández</b>	<b>Fecha: 26/06/2023</b>
	<b>Grupo: 2</b>	

#### **1. Personas participantes:**

<b>Nombre</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Centro de Salud</b>
Luciana Rosas Huerta	72	Fem	C.S. San Mateo
Doshua Sánchez Pérez	17	Masc	C.S. Tulyehualco
Rosario Vázquez Martínez	55	Fem	C.S. Tulyehualco
Juana Estenia	67	Fem	C.S Xochimilco
Natael Nicolás	54	Masc	C.S. Tulyehualco
Guadalupe Ruiz	51	Fem	C.S. Tulyehualco
María del Carmen Rodríguez	73	Fem	C.S Xochimilco
Bertha Asunción	50	Fem	C.S. Tulyehualco
María Oliva	64	Fem	C.S. San Mateo
Carlos Garcilazo	65	Masc	C.S Xochimilco
Olga de la Rosa	66	Fem	C.S Xochimilco
Renata García	14	Fem	C.S. Tulyehualco

## 2. Datos del Taller

### Objetivo del taller:

Identificar el cómo se fortalece el autocuidado a través de aspiraciones y realizaciones de las personas que viven con enfermedades crónicas.

**Hora de inicio: 11:05**

**Hora de finalización: 13:00**

## 3. Agenda del taller:

Horario	Actividad
	<p>Bienvenida:</p> <p>Presentación:</p> <p>Encuadre:</p> <p>Paso 1: Identificar aspiraciones y realizaciones</p> <p>Paso 2. Satisfacer necesidades</p> <p>Paso 3. Fortalecer el autocuidado</p> <p>Cierre:</p>

#### 4. Descripción detallada del taller: (1 de 3)

**Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller**

**Utilice tantas hojas como sea necesario**

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

##### **Paso 1: Identificar aspiraciones y realizaciones**

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

*Nuestras aspiraciones respecto a:*

##### **Lo personal:**

"Sentirme bien, no ser un problema para mis hijos. Tengo deficiencias ya por mi edad, no quiero empeorar. Poder adaptarme a mi enfermedad. Yo enfermé a mi familia, ahora quiero contagiarles buenos hábitos".

##### **Nuestra familia:**

Mencionado por un familiar que se encontraba en el grupo (hijo): "Quiero que salga adelante, que mi mamá se sienta apoyada".

Que no padezcan mis enfermedades

Evitar las complicaciones de mi enfermedad para que no sea una carga para mi familia.

Padecí como familiar que mi mamá no quisiera cuidarse, viví el cómo se sentía mal ahora yo me cuidaré, no quiero que pase lo mismo.

Juntos podemos más

Contagiamos lo bueno

Quiero ser tolerante con mi familia, podemos llegar a ser agresivos, irritantes con nuestra alimentación ya que es aburrida, sin sal, cuando mi familia me apoya, siento que puedo más.

##### **Nuestra comunidad:**

No sentirnos solos

Hacer amigos

Animar a nuestros vecinos a caminar diario

Convivir con las personas que me rodean y contagiarles mis buenos hábitos.

##### **Los servicios de salud:**

Que la enfermera, los servicios de salud estén bien informados para que al hablarnos de la enfermedad no nos traten como "el diabético" "el obeso", somos personas con enfermedades que merecemos respeto.

Más especialidades en el centro de salud para poder tomar las citas necesarias.



### Descripción detallada del taller: (2 de 3)

**Describe siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller**

**Utilice tantas hojas como sea necesario**

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

#### **Paso 2. Satisfacer necesidades.**

En este segundo paso se trata de que en el grupo identifiquen qué tienen en común respecto a las necesidades que aparecen en la columna de la izquierda; así como identificar cuáles son las capacidades a su alcance para satisfacerlas.

#### **¿Cuál es uno de los problemas que compartimos respecto a lograr una alimentación saludable? (elegir un problema)**

En el grupo escogimos alimentación y actividad física, pensamos que son dos problemas importantes que son importantes para nuestras necesidades actuales, no las podemos descuidar.

#### **¿Cuáles son las decisiones más importantes que necesitamos tomar para resolver ese problema que compartimos?**

**¿Qué recursos, personales, familiares, institucionales (del centro de salud o de otras instituciones) podemos aprovechar para resolver el problema que hemos elegido?**

**¿Cómo podemos mejorar la relación que establecemos con el personal de salud que nos atiende, para mejorar nuestra alimentación? Elegir una acción que haríamos todas, todos.**

#### **¿Cuál es la meta que podemos acordar para mejorar nuestra alimentación de aquí al siguiente encuentro?**

Dado el tiempo disponible, el grupo puede elegir una de las nueve necesidades que aparecen en la primera columna de la izquierda de la tabla.

	Identificar problemas	Tomar decisiones	Hacer uso de recursos*	Establecer una relación de colaboración con su persona tratante	Acordar metas de tratamiento y evaluar logros
Alimentación	<p>No saber mis porciones de alimentos</p> <p>El estatus económico se relaciona con la alimentación “el pobre come verduras y frijoles porque para eso le alcanza”, eso me hace sentir mal, como verduras y frijoles porque son buenos para mi salud. (El que piensen los otros de mi)</p> <p>En las reuniones con otras personas no siempre hay opciones saludables</p>	<p>Formarnos disciplina para diario cuidarnos, no solo algunos días</p> <p>Hacerme postres saludables, en caso de que no pueda, llevarme tuppens para poder llevar alimentos sanos a reuniones donde no haya alimentos adecuados para mí.</p> <p>Quitar la sal y el azúcar de la mesa</p>	<p>El servicio de Nutrición en nuestros centros de salud</p> <p>Preguntar al Doctor del consultorio que me toca</p> <p>El recetario que está en camino</p>	<p>Tratarme con respeto a mi persona, no importa mi condición física, mi estatus económico, soy una persona que merece respeto.</p> <p>Tratar con respeto y recibir respeto.</p> <p>Queriéndonos a nosotros mismos, es la base para que podamos sentirnos bien y contagiarlo, decirles que queremos mejorar, y que mejoraremos con su ayuda, hacerles saber que son importantes para nosotros llevando a cabo</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar ejercicio, eso nos mantendrá alegres y activo, procuraremos hacer caminatas.</li> <li>2. Tener ya una opción de ejercicio ya sea en DIF o Pilares</li> <li>3. Que nos sigamos viendo, hay que seguir asistiendo a los encuentros.</li> <li>4. Fortalecer el quererme a mí mismo, hablarme mejor a mí mismo.</li> <li>5. No sentirme un bicho raro, soy una persona con enfermedad, no una enfermedad que anda por ahí.</li> </ol>

sus indicaciones,  
decirles que  
queremos respeto.

Actividad física

Mi trabajo, se complican los horarios para realizarlo  
Pereza  
No se que hacer de ejercicio en casa, caminando no bajo de peso

Hacer ejercicio en grupo  
Dedicarme un tiempo a mí mismo moviéndome  
Hacer actividades con voluntad, hacer algo que me guste que tenga movimiento  
Acompañarme de mis familiares en la actividad física, hagamos todos ejercicio

Los programas del DIF  
Las actividades de Pilares, ambos son sin costo



### **Propuestas del grupo**

***Anote las propuestas acordadas por el grupo***

***Asegúrese de anotar completas cada una de las propuestas***

Al momento de una referencia, los hospitales están llenos, nos dan las citas muy tarde, es necesario pedir apoyo del gobierno, tenemos que buscar la forma de platicar entre nosotros que podemos hacer para resolverlo.

Debemos acudir al servicio de Psicología, a veces ahí está la respuesta del porque nos cuesta cambiar la alimentación, y el cómo podemos hacerlo con nuestras familias.

No juzgarnos a nosotros mismos, el respeto empieza por uno mismo y así contagiar al resto.

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

Durante el periodo de mi servicio social estuve presente durante la revisión de dos casos clínicos, durante la revisión de los mismos el enfoque fue centrado en la persona, se abarcó no sólo el ámbito clínico sino también el entorno del paciente, esto con el fin de entender un poco la evolución de la enfermedad. El primer caso clínico que se presentó fue el de la señora E.V.S, una paciente quien vive en la zona de Chinampas, ella desconocía que contaba con el diagnóstico diabetes mellitus tipo 2, durante el desarrollo de su enfermedad sólo menciona que presentó cansancio crónico, posterior a eso fue diagnosticada con cetoacidosis diabética en el Hospital General Dr. Manuel Gea González donde le indicaron que sus cifras de glucosa al momento del ingreso eran  $>1000$  mg/dl, en ese momento le dan la noticia de su diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, posterior a su diagnóstico vivió restricciones alimenticias de todo tipo la cual la hacía sentir muy frustrada ya que principalmente las frutas son las que más disfruta comer, debido a las restricción que ella vivió el tema resultante para las siguientes sesiones fue justamente respecto a nutrición y a los alimentos que los pacientes deben comer con más moderación, durante la siguiente sesión nos organizamos por equipos para crear un cartel que ayudará a los pacientes a reconocer que podemos y debemos consumir todos los grupos de alimentos en porciones indicadas para cada uno de acuerdo a su peso y talla, también se incluyó la información respecto a los costos de elaboración de un platillo con todos los grupos de alimentos y su comparación con algún otro alimento como un pozole, con el cual se demostraba que consumir un plato con todos los grupos de alimentos podría resultar bastante accesible para la economía.

El caso clínico 2 se presentó el día 21/07/23 en el cual se revisó el caso de la señora M.E.V.S femenino de 67 años quien presenta los diagnósticos de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y enfermedad renal crónica desde hace 5 años. Debido al último diagnóstico que ella recibió se le otorgó un pase de referencia al nefrólogo el cual le comento que el tratamiento disponible para ella era la terapia de reemplazo renal a la cual ella se negó debido a que una de sus primas se encontraba actualmente con diálisis peritoneal y ella podía notar que tanto su prima como sus familiares tenían bastante dificultades para llevar a cabo este tratamiento por lo cual le comentó al nefrólogo que ella no aceptaba ningún tratamiento para su complicación el cual la envió al servicio de Tanatología en

donde le comentaron que ellos le ayudarían a aceptar su muerte, ella sintió todas estas intervenciones un tanto agresivas debido a la forma en que se le había comentado su estado de salud. Durante la sesión surgió el debate sobre qué tanto se le debe insistir a la paciente sobre aceptar el tratamiento que el especialista le había ofertado con anterioridad, sobre la posible desinformación que la paciente tiene respecto a la terapia de reemplazo renal debido a que el único ejemplo es el de su prima, se hizo mención también respecto a la mala experiencia recibiendo malas noticias que la paciente ha tenido a lo largo de los últimos 5 años desde que se diagnosticó con enfermedad renal crónica.

### CASO CLÍNICO 1

<p style="text-align: center;"><b>DE IDENTIFICACIÓN</b></p> <p>Nombre: E.V.S Femenino de 51 años. Edo. Civil: Casada. FN: 20/07/71 Escolaridad: Secundaria Ocupación: Campesina</p>	<p style="text-align: center;"><b>APP</b></p> <p>Preeclamsia hace 15 años Hipertensión Arterial Sistémica (10 años) Diabetes Mellitus tipo 2 (08/2021) Sobrepeso</p>
<p style="text-align: center;"><b>AHF</b></p> <p>Tíos maternos y paternos con dx de DM2 Madre finada con dx de DM2 Padre con dx de HAS</p>	<p style="text-align: center;"><b>APNP</b></p> <p>Vive con esposo (52), hija (15) Casa propia (Chinampa), servicios de agua y luz. Mascotas: 1 Perro, vacunado Dieta establecida por s. de nutrición. Grupo y Rh: O (+)</p>

#### Inicio de padecimiento

15/08/2021: Astenia, adinamia, polaquiuria, polidipsia.

16/09/2021: se agrega náusea sin vómito.

17/09/2021: acude a C.S. Glucometría capilar "High", se otorga referencia a urgencias al Hospital General Dr. Manuel Gea González.

18/09/2021: TRIAGE: T/A: 154/70 mmHg, FC 95lpm, FR 18 rpm, T° 36.2, SatO2: 92%, ECG 15

18/08/2021	24/01/2022	26/04/2022	27/07/2022	31/10/2022
<b>QUÍMICA SANGUÍNEA</b>				

Glucosa 1510 mg/dl, BUN 154mg/dl, Urea 330 mg/dl, Cr 5.68	Glucosa 79 mg/dl, BUN 20mg/dl, Urea 43 mg/dl, Cr 0.99 Colesterol 161 HDL 44, LDL 138, Triglicéridos 138 HbA1c 5.7%	Glucosa 67 mg/dl, BUN 21.3 mg/dl, Urea 46 mg/dl, Cr 1.02 Colesterol 114 HDL 38, LDL 44, Triglicéridos 163 HbA1c 5.4%	Glucosa 64 mg/dl, BUN 20.7 mg/dl, Urea 44 mg/dl, Cr 1.0 Colesterol 105 HDL 53, LDL 37, Triglicéridos 75 HbA1c 5.8%	Glucosa 70 mg/dl, Urea 60 mg/dl, Cr 0.92 Colesterol 102 HDL 33, LDL 37, Triglicéridos 157 HbA1c 5.8% HbA1c 5.5% (08/02/2023)
<b>BIOMETRÍA HEMÁTICA</b>				
Leu 11.9, Neu 10.5, Linf 0.6, Hb 13.7 g/dl, Hto 46.4%, VCM 98.6, MCH 29.1, Plaquetas 345	Leu 10.3, Neu 7, Linf 2.5, Hb 15.6 g/dl, Hto 46.8%, VCM 82.5, MCH 27.5, Plaquetas 254	Leu 8.8, Neu 5.9, Linf 2.0, Hb 14 g/dl, Hto 42.9%, VCM 84.4, MCH 27.5, Plaquetas 228	Leu 7.2, Neu 4.9, Linf 1.6, Hb 14 g/dl, Hto 41.6%, VCM 84.9, MCH 28.5, Plaquetas 231	

Fecha	Somatometría	Diagnóstico	Tratamiento
17/08/2022	Peso 64.3 Kg Talla 1.57 m IMC 26.16 T/A 100/70mmHg FC 64 lpm FR 16 rpm SpO2 98% T° 35.9 °C Cintura 88 cm Cadera 99 cm	Hipertensión arterial sistémica Diabetes mellitus tipo 2 Sobrepeso	Farmacológico: Telmisartán 80mg (tomar 2 tabletas de 40 mg vía oral cada 24 horas por 30 días) Insulina glargina (plumas) aplicarse 32UI vía subcutánea (0.5 UI/Kg). Metformina tabletas de 850, tomar una tableta vía oral predesayuno y una precena.



21/09/2022	Peso 65 Kg Talla 1.58 m IMC 26 T/A 110/70mmHg FC 68 lpm FR 20 rpm SpO2 98% T° 36.1 °C Cintura 88 cm Cadera 99 cm	Hipertensión arterial sistémica Diabetes mellitus tipo 2 Sobrepeso	Farmacológico: Telmisartán 80mg (tomar 2 tabletas de 40 mg vía oral cada 24 horas por 30 días) Insulina Glargina (plumas) aplicarse 32UI vía subcutánea (0.5 UI/Kg). Metformina tabletas de 850, tomar una tableta vía oral predesayuno y una precena.
27/10/22	Peso 63.450 Kg Talla 1.57 m IMC 25.7 T/A 102/80mmHg FC 70 lpm FR 20 rpm SpO2 98% T° 36 °C Cintura 86 cm Cadera 99 cm Glu. Cap. 90	Hipertensión arterial sistémica Diabetes mellitus tipo 2 Sobrepeso	Farmacológico: Telmisartán 80mg (tomar 2 tabletas de 40 mg vía oral cada 24 horas por 30 días) Insulina Glargina (plumas) aplicarse 32UI vía subcutánea (0.5 UI/Kg). Metformina tabletas de 850, tomar una tableta vía oral predesayuno y una precena.
30/12/2022	Peso 62.2 Kg Talla 1.56 m IMC 25.6 T/A 90/60 mmHg FC 72 lpm FR 20 rpm Cintura 89 cm Cadera 98 cm	Hipertensión arterial sistémica Diabetes mellitus tipo 2 Sobrepeso	Farmacológico: Telmisartán 80mg (tomar 2 tabletas de 40 mg vía oral cada 24 horas por 30 días) Insulina Glargina (plumas) aplicarse 32UI vía subcutánea (0.5 UI/Kg). Metformina tabletas de 850, tomar una tableta vía oral predesayuno y una precena.
08/02/23	Peso 65.5Kg Talla 1.58 m IMC 27.8 T/A 110/70mmHg FC 60 lpm FR 18 rpm	Hipertensión arterial sistémica Diabetes mellitus tipo 2 Sobrepeso	Farmacológico: Telmisartán 80mg (tomar 2 tabletas de 40 mg vía oral cada 24 horas por 30 días) Insulina Glargina (plumas) aplicarse 30UI vía subcutánea (0.45 UI/Kg).

	<p>SpO2 95% T° 36.5 °C Cintura 87 cm Cadera 99 cm</p>		<p>Metformina tabletas de 850, tomar una tableta vía oral predesayuno y una precena.</p>
--	---	--	--

## CASO CLÍNICO 2

<p style="text-align: center;"><b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN</b></p> <p>Nombre: M.E.V.S Femenino de 67 años. Escolaridad: primaria Ocupación: trabajadora del hogar</p>	<p style="text-align: center;"><b>APP</b></p> <p>Hipertensión arterial sistémica (9 años) Diabetes Mellitus tipo 2 (23 años) Enfermedad renal crónica (5 años)</p>
<p style="text-align: center;"><b>AHF</b></p> <p>Hermanos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, uno de ellos falleció por complicaciones de la misma. Una prima con diagnóstico también de DM2 actualmente en terapia de reemplazo renal.</p>	<p style="text-align: center;"><b>APNP</b></p> <p>Vive con su esposo, sus hijos y nietos en una misma casa, pero en diferentes pisos.</p>

#### 4. Conclusiones.

**¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a la realización de su servicio social en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA), y en este proyecto en particular, cursando un diplomado como parte de ese servicio social?**

El servicio social en el C.S.T III Xochimilco fue una experiencia sumamente enriquecedora, tuve la fortuna de encontrar una población amable, abierta a conocer acerca de sus padecimientos y sobre todo una población llena de cultura que a lo largo de este año me enseñaron mucho más de lo que yo pude imaginar. Aplicar un modelo centrado en la persona no fue fácil al principio, por una parte, porque es un modelo que no en todas las unidades conocen, pero con el tiempo contamos con el apoyo de la Dra. Galicia quien es la epidemióloga de la unidad y el Dr. Saavedra, el director de la misma, gracias a las facilidades que ellos me brindaron pudimos aplicar un modelo centrado en la persona. En cuanto al diplomado, considero que fue la parte más fundamental en todo mi desarrollo como médico pasante, no sólo me enseñó un nuevo modelo del cual yo no tenía idea, sino también fue mostrándome el camino para su correcta aplicación en mi unidad de salud. El diplomado fue una herramienta imprescindible que me ayudó a conectar con las personas, me ayudó a mejorar la idea que yo tenía respecto a la relación médico-paciente, me ayudó que, aunque seamos médicos somos personas y estamos tratando de igual manera con personas y no con diagnósticos.

**¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a su experiencia con la atención de sus pacientes con enfermedades crónicas conforme a un modelo de atención integral centrado en la persona?**

Aplicar un modelo de atención integral centrado en la persona fue sin duda una experiencia beneficiosa no sólo para mí sino también para los pacientes a los que atendí porque gracias a ese modelo fui capaz de brindar una atención diferente, una atención en donde la persona era la protagonista, donde no sólo eran importantes las metas de control sino todo el entorno de la persona. Un modelo como este, desde mi punto de vista, debería de ser una herramienta que todo médico pasante tuviera oportunidad de aplicar durante su año de servicio social

porque es una experiencia que cambia por completo la manera en que nos han enseñado a aplicar la medicina. El año del servicio social es el año en el que empezamos a tener nuestros primeros acercamientos reales con las personas, en los que nosotros decidimos el tratamiento, por lo tanto, justo en este año es donde podemos sacarle mucho más provecho a un modelo como este porque al final de cuentas, este año nos ayuda a forjar lo que seremos en el futuro.

**¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a las ventajas y a las desventajas que ofrece la institución (la SEDESA), con la implementación de este modelo?**

Una de las principales desventajas es el desconocimiento del modelo por lo tanto no se le da la importancia que realmente tiene. Nosotros podemos entender que la demanda de atención es grande en todas las unidades de salud y que requieren que los pasantes veamos más pacientes para cubrir esa demanda por lo tanto le dan más prioridad a esa parte que al modelo.

Otra de las desventajas es que en las unidades de salud no se tiene destinado un espacio exclusivo para atender a las personas que están incluidas en el programa por lo tanto eso dificulta la atención y es difícil agendar sus consultas porque no se sabe si al siguiente día habrá un espacio disponible para nosotros.

Otro punto importante a mencionar dentro de las desventajas es la falta de medicamentos, ya que eso hace más complicado llevar a cabo el tratamiento, especialmente en aquellos pacientes en los que es necesaria la terapia triple y en las unidades de salud sólo se cuenta con medicamentos con dos diferentes mecanismos de acción.

La falta de reactivos en el laboratorio también representa una desventaja al momento de querer valorar los progresos de las personas.

Una de las ventajas que nos ayudó durante todo el año del servicio fue que se nos capacitó para realizar pruebas rápidas de hemoglobinas glicosiladas y tuvimos a nuestra disposición esta herramienta para valorar los avances.

El director del C.S.T III Xochimilco respalda la aplicación del modelo, lo que representó una ventaja al momento de darle prioridad a este modelo y también

nos facilitó los reactivos para llevar a cabo pruebas rápidas de hemoglobina glucosilada, triglicéridos y colesterol.

Tener hospitales de segundo nivel donde pudieran valorar a nuestros pacientes, ya sea en oftalmología o medicina interna representó una ventaja que los pacientes agradecen mucho.

Otra ventaja muy importante es que se nos permitía ver a nuestros pacientes citados por lo tanto no tenían que llegar a las 6 am a formarse por una ficha y eso representaba una mayor asistencia a la consulta.

**¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a las aspiraciones y las realizaciones de quienes viven con enfermedades crónicas (pacientes) y que pudo atender más de una vez a lo largo de su servicio social?**

Las aspiraciones y realizaciones que yo pude notar en los pacientes que viven con enfermedades crónicas son las mismas que pudiera tener una persona que no cuenta con ninguna enfermedad crónica, con la diferencia que sus aspiraciones no sólo las piensan en ellos mismos, al conocer sus enfermedades y sus posibles complicaciones, la mayoría de las personas querían esas mismas aspiraciones para sus familiares, querían que no sólo ellos tuvieran la oportunidad de mantenerse saludables, aspiran a poder ayudar a sus familiares para que ellos nunca cuenten con un diagnóstico como diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica. La parte que más marcó mi servicio social fue ver cumplir esas aspiraciones y realizaciones de las personas que tuve la oportunidad de atender en mi centro de salud.

**¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a lo que fue su formación profesional de pregrado, incluyendo desde luego el año de servicio social, y lo que tendrá que mejorar en su futuro inmediato?**

El año del internado fue un año que enseñó pero que quizá no se disfrutó como debería debido a las jornadas tan exhausta que teníamos que cubrir, fue un año necesario, pero no de la forma en que normalmente se lleva a cabo. Durante mi año de internado aprendí medicina, pero de una forma diferente, la práctica clínica fue muy diferente a lo que fue el servicio social, la interacción con los pacientes fue mínima, nos encargamos principalmente de sacar los pendientes que los médicos nos solicitaban, eran tantos que lamentablemente lo único que nos preocupaba en ese entonces era cumplir con ese tipo de obligaciones, se nos pedía estudiar diversos temas, pero muy pocos médicos se preocuparon por

enseñarnos algo. El internado médico me enseñó muchas cosas, pero lo que más he valorado es que me enseñó a como ser una buena compañera, me enseñó a ver como familia a mis compañeros de guardia porque claro está que con guardias de 36 horas dos veces a la semana, compartía más con esos mismos compañeros que a mi propia familia. El internado también me enseñó a conocerme pues yo desconocía que mi cuerpo podría aguantar tanto física y emocionalmente, me enseñó a ser a que se pueden hacer mil y un cosas en una sola guardia y que mi cuerpo es capaz de aguantar eso. El internado me enseñó a hacer ágil para tomar muestras de laboratorio y ser lo más humana posible al momento de obtener una muestra de los pacientes. El internado además de enseñarme medicina, me enseñó cosas valiosas para el día a día y aunque a pesar de todo fue un año que me enseñó, no repetiría esa experiencia otra vez.

El año del servicio social transcurrió de forma diferente, más lento, más sistematizado pero más humano, durante este largo año aprendí más de lo que aprendí en todos los años de universidad, fue mi primer acercamiento real con las personas, el servicio social me hizo ver lo que realmente quiero ser en el futuro, fue un año completo de aprendizaje en donde aprendí a ver más allá de un diagnóstico, amplíe mis conocimientos para poder brindarles una mejor atención a las personas, pedí consejos a mis compañeras de nutrición para poder dar mejores recomendaciones alimenticias. Puedo decir con toda seguridad que mi formación durante los dos últimos años se complementó para dar una versión de mí que no conocía, una versión que cuando decidí aplicar para entrar a esta carrera no creería que cambiaría tanto, una versión que me gusta pero que sé que puedo ir mejorando con los años.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## 1.- OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION

2.- Franco-Giraldo A. Modelos de promoción de la salud y determinantes sociales: una revisión narrativa. *Hacia Promoc. Salud.* 2022; 27(2): 237-254. DOI: 10.17151/hpsal.2022.27.2.17

3.- Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, et al. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open* 2019. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027775>.

4.- Coppelillo F. Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la medicina familiar. *Archivos de medicina familiar y general.* 2013, Vol. 10, no 1. 45 - 50.

## ANEXOS

# ALIMENTACIÓN SALUDABLE

## INVERSIÓN SIN SACRIFICIO

### DIETA DE LA MILPA



RECUPERE ELEMENTOS SALUDABLES DE LA COCINA MEXICANA

EL MAIZ, FRIJOL, CALABAZA, CHILE.



ALTO APORTE DE FIBRA VEGETAL

- MAYOR SACIEDAD
- INHIBE LA ABSORCIÓN DE COLESTEROL



ECONÓMICOS Y DE FÁCIL ACCESO.



COMPLETA	VARIADA	
SUFICIENTE	EQUILIBRADA	INOCUA



"LO MISMO, PERO DIFERENTE"

## SERÁ MÁS FÁCIL SI:

- INCLUYA A TODA LA FAMILIA.
- EL CAMBIO ES PROGRESIVO.
- NO ELIMINE, REDUZCA PORCIONES PRIMERO.
- RECUPERE/INTERCAMBIE RECETAS.
- EVITE ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS, PREFIERA LOS PREPARADOS FRESCOS O CASEROS.
- CONSUMA FRUTAS Y VERDURAS TODOS LOS DÍAS.
- ALGUNOS DÍAS PUEDE SUSTITUIR ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL POR LEGUMINOSAS.

CUANDO VAYA AL SUPER OBSERVE LOS SELLOS, SI TIENE:

**HIPERTENSIÓN** → EVITE ESTOS SELLOS: EXCESO SODIO, EXCESO GRASAS SATURADAS, EXCESO GRASAS TRANS.

**AZÚCAR ALTA** → EVITE ESTOS SELLOS: EXCESO CALORÍAS, EXCESO AZÚCARES.

**COLESTEROL O TRIGLICÉRIDOS ALTOS** → EVITE ESTOS SELLOS: EXCESO GRASAS SATURADAS, EXCESO GRASAS TRANS.

POZOLE

SOPA DE PASTA CON VERDURAS

APRENDAMOS A ELEGIR:



\$80 POR PERSONA

\$20 POR PERSONA

LA SALUD INICIA POR LA ALIMENTACIÓN

Crónicos Xochimilco-Milpa Alta



**Una vida saludable es:**

- Aliméntate sanamente**  
No consumes alimentos altos en: Azúcares, grasas, sal, harinas ni alimentos procesados
- Actívate**  
No lleves una vida sedentaria
- Mejora tus hábitos**  
Duermes lo suficiente, no lleves una vida muy estresante, no fumes ni bebas

**Aprendiendo a comer bien**

**SALUD EN TU VIDA**  
SALUD PARA EL BIENESTAR

**Casa abierta al tiempo**

**Recuerda que...**

Más del 60% de los casos que terminaron en Hospitalización y muerte por Covid-19 tenían alguna condición provocada por una vida no saludable (Diabetes, hipertensión, obesidad, tabaquismo)

**CST III XOCHIMILCO**  
Consultorio 11  
Horario: 8:00- 13:00 hrs  
SIN PREVIA CITA

Dra. Epitacio Villanueva  
Dra. Hernandez Garcia  
Dra. Poblano Olivares

**MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

**Bajo control**

La detección precoz y el control previenen complicaciones

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL, CENTRADO EN LA PERSONA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

**Diabetes Mellitus**

**¿QUE ES?**  
Enfermedad crónica que se produce cuando el páncreas no produce suficiente insulina (hormona que regula el nivel de azúcar en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficiencia la insulina que produce.

**Signos y síntomas**

- Aumentó de sed
- Ganas de orinar frecuentemente
- Cansancio y pérdida de peso
- Las heridas tardan en cerrar
- Deseo de comer en grandes cantidades
- Coloración negruzca en cuello o codos

**Hipertensión Arterial**

**¿QUE ES?**  
Enfermedad crónica en la que aumenta la presión con la que el corazón bombea sangre a las arterias, para que circule por todo el cuerpo.

**Signos y síntomas**

- Dolor de cabeza
- Mareo
- Zumbido de oídos
- Sensación de ver lucecitas
- Visión borrosa
- Dolor de pecho
- Hinchazón de piernas

**FACTORES DE RIESGO**

- Obesidad
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Falta de actividad física
- Perímetro cintura abdominal >80cm mujeres, >90cm hombres
- Antecedentes familiares
- Consumo excesivo de sal

Te vamos a **buscar** → Para saber **cómo estás** → Y acompañarte para que tomes tu salud en tus manos

1. Atención médica garantizada independientemente de tu derechohabencia
2. Seguimiento en todo momento por Localía
3. Servicios públicos para activarte físicamente
4. Información personalizada para que te cuides

