



Casa abierta al tiempo

Universidad Autónoma Metropolitana – Unidad Xochimilco.
División de Ciencias Biológicas y de la Salud.
Licenciatura: Médico cirujano.

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.

Título: Análisis y desarrollo del modelo de atención centrado en la persona la experiencia en el centro de salud TIII ampliación Hidalgo

Médico Pasante del Servicio Social:

Jorge Edgardo Escamilla Muñoz

2162032520

Periodo: 01 de febrero del 2022 al 31 de enero del 2023.
Centro de Salud T III Ampliacion Hidalgo

Asesor Interno: Dr. Víctor Ríos Cortázar No. 9250

Asesora Externa: Dra. Alejandra Gasca García No. 23404

Miércoles, 8 de marzo del 2023, Ciudad de México.

1. Presentacion

Se expone a continuación un escrito referente a lo que comprendió el periodo del servicio social en medicina dentro del proyecto "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". Este documento encuentra su origen y propósito en el desarrollo a lo largo de 12 meses de la capacitación, el acercamiento y la práctica con respecto al modelo de atención centrado en la persona, la medicina basada en evidencia, la medicina basada en narrativa, el acompañamiento de la persona con enfermedades crónicas entre otros aspectos.

La organización se aborda de la siguiente manera:

Se inicia con una descripción del modelo expandido de cuidados crónicos, tema que se abordó continuamente durante el proyecto, parte importante que compone al diplomado de este mismo proyecto.

El documento continúa con un ensayo el cual nos da una perspectiva completa del autogestión del paciente con enfermedades crónicas, tomando en cuenta las destrezas que debe de tener el personal de salud para ser un aliado en el control de estas enfermedades así como una educación continua de las personas que viven con diabetes.

Posteriormente se aborda una revisión sistemática la cual aborda efectos adversos asociados al uso de antihipertensivos, y la repercusión clínica del abandono de estos, encontrando recomendaciones para diversos tipos de pacientes y su poca o nula tolerancia a posibles efectos adversos de los fármacos antihipertensivos

Después se muestra un registro estadístico que evidencia el trabajo realizado a lo largo de doce meses con las personas que viven con enfermedades crónicas.

Continúa el documento con una tutoría de casos clínicos, mostrando el enfoque centrado en la persona dentro de la práctica diaria.

Finalmente el documento concluye haciendo ver el aprendizaje obtenido al participar en el enfoque de este proyecto.

La pasantía del servicio social se desarrolló en el Centro de salud T III ampliación Hidalgo Adolfo Ruiz Cortines 921, Miguel Hidalgo 3ra Secc, Tlalpan, 14250 Ciudad de México, CDMX

La participación dentro del proyecto consistió en la atención clínica de los pacientes del proyecto, con un seguimiento estrecho de sus enfermedades crónicas, buscando su control, fortaleciendo el concepto del autogestión y manteniendo un registro de sus datos cuantitativos tales como glicemia, la tensión arterial, antropometría y demás valores de laboratorios a fin de conocer su situación respecto a las enfermedades crónicas, al igual que la participación en los encuentros de pacientes con enfermedades crónicas, donde se le da la atención a las expectativas, las ideas, los motivos y las estrategias de los pacientes para llegar al control de sus enfermedades crónicas.

La parte académica se desempeñó dentro del diplomado, con la realización de lecturas y discusión de los temas en sesiones semanales (temas como: hipoglucemiantes orales, modelo de atención centrado en la persona, medicina basada en evidencia, medicina narrativa y otras necesidades provenientes de la práctica médica como talleres de alimentación, uso de insulina, cambio y ajuste de insulina).

2. El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco

En el modelo expandido de cuidados a las enfermedades crónicas, se encuentran embebidos entre sí tres principales subsistemas: la relación médico-paciente, el sistema de salud y la comunidad. Cada uno de ellos cuenta con diversos componentes esenciales que nos permiten comprender la complejidad y extensión del modelo, de forma que nos sea posible aplicarla en la práctica médica.

En la primera ya mencionada, la relación médico-paciente, hay que entender que coexisten dos entidades: la persona y el equipo clínico, donde es necesario un enfoque centrado en la persona, es decir, comprendiendo al paciente en la totalidad de su contexto económico, cultural, social y emocional, de forma que, nuestra meta sea comprender y ayudar a satisfacer las necesidades y estimular las capacidades del individuo para propiciar la autogestión de su enfermedad, logrando su entendimiento del diagnóstico y que así, que sea capaz de tomar sus propias decisiones (en ausencia del personal médico) y mantenga un estado de salud óptimo.

En cuanto al sistema de salud, es necesario comprender que una parte importante de sus componentes es un adecuado sistema de información y recopilación de datos, que, con un adecuado sistema de seguimiento y gestión, comprenda las

necesidades poblacionales y propicie facilidades para que más personas se integren al modelo; finalmente la comunidad, pues resulta necesario comprender los componentes de la comunidad dentro del sistema, resultando así, la creación de un entorno saludable que favorezca el sentido y acción comunitarias, facilitada por herramientas tales como los encuentros de pacientes y la formación de consejos asesores, grupos de apoyo o de ayuda mutua, buscando y generando así una sanación colectiva de un problema tan común y tan prevalente.

3. El diplomado

Una parte importante del proyecto es el diplomado, llevado a cabo durante sesiones semanales a lo largo de 12 meses y dividido en 4 módulos, se proporcionaron textos que cubrieran las necesidades de aprendizaje requeridas para una correcta atención del paciente centrado en la persona, en donde los pasantes del servicio social desarrollamos el tema de forma particular en parejas o equipos dependiendo de la extensión y el tipo de tema mediante exposiciones, contando con la guía de los coordinadores, de forma que se identificara de forma adecuada la intención de cada artículo, redirigiendo la atención al tema abordado durante cada sesión, generando discusión y resolución de dudas, contribuyendo al entendimiento y aplicación del modelo

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

Título: Donde nos encontramos en la autogestión del paciente con enfermedades crónicas

Introducción

Diversos estudios como metaanálisisⁱ ⁱⁱhan demostrado la eficacia de cambiar el sistema o modelo de la relación médico paciente paternalista, a uno donde el paciente se involucre activamente y que tome decisiones compartidas con su proveedor de servicios de saludⁱⁱⁱ, con resultados clínicos que se reflejan la mejora de su salud y su calidad de vida, en otras palabras hacer al paciente participe de su propia enfermedad es el factor más importante para un control adecuado de sus enfermedades crónicas en el presente ensayo se describen y catalogan las

estrategias y modelos que se han evaluado y que han tenido resultados benéficos para los pacientes, en comparación con la atención de salud tradicional.

Objetivos

El objetivo del ensayo es demostrar los avances para el acompañamiento de la autogestión de la persona con enfermedades crónicas.

Describir las estrategias y sus limitantes empleadas para mejorar la autogestión del paciente.

Resaltar cuales fueron las estrategias con mejor resultado para la autogestión del paciente

Justificación

Múltiples estudios han demostrado que la autogestión, o automanejo del paciente, tiene mejores resultados tanto objetivos y subjetivos para la persona con una enfermedad crónica,¹ que el modelo tradicional, por lo cual es necesario identificar y reconocer depurar cuales estrategias, técnicas o modelos son los que mejores resultados tienen en los pacientes con enfermedades crónicas para el acompañamiento de su autogestión.

Desarrollo

Situación actual

En materia de salud pública las enfermedades crónicas, tales como la diabetes mellitus, la hipertensión, la obesidad y las dislipidemias, suponen cada vez más un incremento en el gasto de salud pública, así como una disminución en la funcionalidad de las personas, los años de vida útil y que acarrearán con problemas económicos y sociales; así como lo expuso el último informe sobre la salud de los mexicanos del 2016 ^{iv} las hospitalizaciones evitables por diabetes mellitus e

hipertension arterial representan un indicador de actividad hospitalaria prevenible mediante cuidados y atención efectiva de estas dos enfermedades e inclusive un indicador para la capacidad resolutive del sistema de atención tan solo en diabetes desde el 2009 con un total de 143mil hospitalizaciones evitables aumentaron a 150mil en 2012 con un máximo histórico y volviendo a disminuir con 148mil en 2014; y la hipertension arterial con 37mil hospitalizaciones evitables en 2009,² con un máximo histórico de 39mil en 2013 además se encontró que la prevalencia de hipertensión arterial fue de 25.5%, de los cuales 40.0% desconocía que padecía esta enfermedad y solo el 58.7% en 2013 tenían control de sus enfermedad,^v recalcando que el cuidado de las personas con enfermedades crónicas es uno de los retos más importantes a los que se enfrenta el sistema nacional de salud, la ENSANUT demuestra que la incidencia y prevalencia de estas enfermedades crónicas cada vez es más alta, teniendo como punto máximo de 10.6% de Diabetes mellitus tipo 2 en 2020 y de hipertension arterial sitemica una prevalencia máxima de 18.4% en 2018 descendiendo en 2020 con un 13.4%.³ Además la falta de control de estas enfermedades conlleva complicaciones para el paciente como lo demuestra la ENSANUT como la "disminución de la vision con 54.5%, daño de la retina con 11.19% , pérdida de la visión con 9.9%, úlceras (sin especificar) con 9.14% y amputaciones (incluyendo miembros completos) con 5.5% que corresponde a el triple de lo reportado en 2012.²

Redefinicion de la salud

Con esta informacion es claro que la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas, está en aumento, por ende se debe de buscar la mejor estrategia para mantener, preservar y promover la salud de estas personas con enfermedades crónicas, es donde se encuentra la importancia de definir o redefinir la salud para estos pacientes que cursan con una enfermedad cronica, como Huber M.^{vi} quien lo

propone como “la capacidad de adaptarse, tener capacidad de autogestión, pese a los desafíos sociales, físicos o emocionales”

Autogestion como definición

Con base en esta nueva propuesta de definición de salud para las personas con enfermedades crónicas se debe de definir la palabra autogestión, la primera vez que apareció fue en un libro dedicado a la rehabilitación de niños con enfermedades crónicas (asma) escrito por Tomás Creer y colaboradores desde mediados de la década de 1960, quienes reconocen basar su trabajo en los primeros escritos de Albert Bandura.⁶ Creer y sus colegas consideraron que el término autocuidado indicó que el paciente era un activo participante en el tratamiento. Este término se ha utilizado ampliamente, y principalmente en referencia a la educación del paciente con enfermedad crónica, pero no había sido bien conceptualizado o definido hasta que lo logra bastante bien Van de Velde D, definiendo a la autogestión como 10 atributos, englobados en tres grupos (por cada equipo de acción)^{vii} teniendo como primer grupo a los orientados a la persona: 1.-La persona debe participar activamente en el proceso de atención. 2.- La persona debe participar activamente en el proceso de atención.3.- La persona debe tener una forma positiva de afrontar la adversidad. En el segundo grupo se engloban los atributos orientados a la persona-entorno, que incluyen 4.- La persona debe estar correctamente informada sobre la condición, enfermedad y tratamiento. 5.-La autogestión se define individualmente y supone expresar necesidades, valores y prioridades. 6.- La autogestión implica apertura para garantizar una asociación recíproca con los proveedores de atención médica. 7.-La autogestión implica la apertura al apoyo social. Y el ultimo grupo que incluye características de esta autogestión 8.-La autogestión es una tarea de por vida. 9.-La autogestión supone competencias personales, como pueden ser pero no se limitan a 9.1 Resolución de problemas, 9.2

Toma de decisiones, 9.3 Uso de recursos, 9.4 Formar una sociedad paciente proveedor de atención médica, 9.5 Establecimiento de metas y evaluación del logro de las metas. Y 10.- La autogestión abarca dominios médicos, de roles y emocionales: como es manejo y asesoría médica, la gestión de funciones; y la gestión emocional.⁵

Otro autor importante ya mencionado en esta área es Bandura que propone que “la autogestión opera a través de un conjunto de subfunciones psicológicas y las personas tienen que aprender a monitorear su comportamiento de salud y las circunstancias bajo las cuales ocurre, y cómo usar metas y recompensas próximas para motivarse y así guiar su comportamiento.”^{viii} Teniendo en cuenta estos se debe generar un cambio en el modelo de salud para otorgar herramientas, oportunidades y vías para que el paciente con enfermedades crónicas se convierta en la base de un sistema integrado de atención y poder aumentar la capacidad de los pacientes proporcionando conocimiento, recursos y habilidades necesarias para realizar la autogestión y con ello mejorar sus condiciones. Para lograr esto tenemos que tener algún tipo de base para la intervención, como pueden ser teorías.⁶

Teorías de la autogestión

Teoría de la autorregulación

Esta se basa en el concepto de un fin o una meta de comportamiento, y esta meta tiene el valor que la misma persona le otorga, y mientras mayor sea el valor otorgado, más interesado, inmerso y más involucrado estará la persona para obtener esa meta, esto a su vez tiene influencias externas por el medio, en el que interactúa la persona como puede ser la familia, o la sociedad, y por factores internos, pensamientos y deseos propios de la persona.^{ix}

Teoría cognitivo social

Esta teoría postula “una estructura causal multifacética en la que las creencias de autoeficacia operan junto con metas, expectativas de resultados e impedimentos ambientales percibidos y facilitadores en la regulación de la motivación humana, el comportamiento y el bienestar,”⁶ con esta teoría la autogestión reside en la capacidad en un proceso de cambio voluntario y motivado por los resultados, pese a los problemas y fracasos que pudieran existir en el proceso.

Como intervenimos para que las personas desarrollen la autogestión

Teniendo en cuenta estos atributos y teorías se han investigado diversas formas en las que se le puede asistir en la autogestión al paciente, que los ha definido Jonkman y colaboradores^x en intervenciones de autogestión como la adquisición de conocimientos en conjunto con al menos 2 de los siguientes componentes: 1.- Estimulación de la monitorización independiente de signos/síntomas 2.- Gestión de medicamentos 3.- mejorar las habilidades de resolución de problemas y toma de decisiones para la gestión del tratamiento médico (autotratamiento con plan de acción, uso de recursos, gestión de síntomas/estrés) 4.- Mejora de la actividad física 5.- Mejorar la ingesta dietética y en el caso de los pacientes con EPOC 6.- Mejorar el abandono del hábito de fumar.

Una mirada más detallada de las estrategias de autogestión.

El enfoque para cada componente debe mejorar el papel activo y la responsabilidad de los pacientes en el plan de atención. Para ello se utilizan ciertos métodos por mencionar algunos como: 1.- Reuniones en grupos pequeños donde permite la participación entre los participantes, y la atención individual y facilita la discusión entre pares los lazos sociales y de apoyo moral.² 2.- tecnologías basadas en internet y similares; la tecnología es móvil, ofrece privacidad y anonimato, lo que es gráficamente atractiva para las personas evidencia de ello es una revisión sistemática Deborah A. y colaboradores donde las intervenciones más efectivas incorporaron

todos los componentes de un circuito de retroalimentación de autocontrol habilitado por tecnología que conectaba a las personas con diabetes y su proveedor de servicios de salud en comunicación bidireccional, analizaba datos de salud generados por el paciente, educación personalizada y retroalimentación individualizada.^{xi} 3.- **4.7.Educación para el autocontrol de la diabetes (DSME por sus siglas en ingles)**

Se define como una intervención sistemática definida que involucra la participación activa del individuo en el autocontrol de los parámetros de salud y/o la toma de decisiones utilizando conocimientos y habilidades. Basado en:

Estándar 1 estructura interna; enfatizan la importancia de compartir misiones, metas y relaciones definidas claras. La ausencia de estas metas y relaciones comunes se cita como una barrera para el éxito de la autogestión.

Estándar 2 Aportes de interés Los determinantes sociales relacionados con la población atendida se utilizarán para guiar la selección de los aportes de interés y facilitar la conexión entre los servicios DSMES, población participante, profesionales de la salud y la comunidad. **Estándar 3** Evaluación de la población atendida, los proveedores de salud evalúan la comunidad a las que sirven para determinar los recursos, diseño y métodos de entrega que se alinearán con la necesidad de servicios DSMES de la población y reestructurar las alternativas educativas en función de su población.

Estándar 4 Coordinador de calidad supervisando, este coordinador de calidad se encarga de recopilar y evaluar datos para identificar brechas en DSMES, proporcionando retroalimentación sobre el desempeño de los servicios

Estándar 5 Equipo DSMES con el fin de ofrecer un abordaje integral servicios de DSMES será una enfermera, un nutricionista dietista o un farmacéutico con

capacitación y experiencia pertinente a DSMES o ser otro médico profesional de atención con certificación como educador en diabetes o certificación de la junta en diabetes avanzada Gestión.

Estándar 6 Currículo, esto hace referencia a un plan de estudios que refleje la evidencia y la práctica actual lineamientos y criterios para evaluar los resultados del DSMES.

Estándar 7 Individualización Cada persona atendida con diabetes tiene prioridades y una escala de valores diferentes, por lo que su atención no puede ser igual a la de otro paciente, el elemento más importante para apreciar es que ningún participante está obligado a completar un objetivo del DSMES. Cuando los participantes hayan logrado sus objetivos, pueden determinar que su DSMES inicial la intervención la han terminado, pero cabe recalcar que esta es un proceso continuo.

Estándar 8 Apoyo continuo las personas que participan deben ser consciente de las opciones y recursos disponibles para el apoyo continuo de su educación inicial y seleccionaran las opciones que mejor provecho tengan para mantener sus necesidades de autogestión.

Estándar 9 Progreso del participante el equipo del DSMES monitorearán y comunicar si los participantes están logrando sus objetivos personales de autocontrol de la diabetes y otros resultados para evaluar la efectividad de las intervenciones educativas y de apoyo.

Estándar 10 Mejora de la calidad el coordinador de calidad de los servicios del DSMES medirá el impacto y la eficacia de los servicios DSMES y identificar áreas de oportunidad mediante la realización de una evaluación sistemática de los datos de procesos y resultados.¹²

Los DSMES de calidad siguen son un elemento fundamental en la atención de todas las personas con diabetes y deben ser individualizados y guiados por las preocupaciones, preferencias y necesidades de la persona afectada por la diabetes a pesar de demostrar mayor beneficio con la atención medica tradicional continúa siendo subutilizado, pero al igual que con otros servicios de atención médica, la tecnología está cambiando la forma en que se entrega y utiliza DSMES con resultados positivos.¹² Este tipo específico de intervención tiene múltiples resultados pues en 2017 mostro resultados positivos en la intervención.^{xii} Por otro lado al evaluar a los participantes que otorgaban este tipo de atención, estos médicos proporcionaban calidad inadecuada en la atención la puntuación en "dominio de ser activo" ($3,46 \pm 0,75$) fue la mas baja en comparación con el modelo tradicional^{xiii}, posteriormente otro metaanálisis y revisión sistemática en un grupo específico de la población (afroamericanos) no mostraron un efecto significativo de esta DSME en hemoglobina glucosilada, aunque si cambios significativos en la calidad de vida de los pacientes donde se realizó la intervención.^{xiv}

La evidencia a de revisiones sistemáticas.

Dineen-Griffin¹ en 2018 realiza una revisión sistemática donde incluyen múltiples resultados a intervenciones donde se evidencia realmente cambios estadísticamente significativos entre la implementación de estrategias de intervención para la autogestión, contra la atención de salud tradicional, pero limitado a los resultados en conjunto sin poder separar las estrategias, o combinaciones de estas, para permitir un desarrollo más profundo de estas.¹

Conclusiones

Es un hecho que la atención de salud de las personas con enfermedades crónicas tiene un futuro en la autogestión del paciente, teniendo en cuenta los resultados tan discordantes, es conveniente tratar de explicar los resultados positivos y negativos a favor de este modelo con base en las teorías, las técnicas, y las limitaciones de los

ensayos clínicos aleatorizados, se disponen de teorías para la autogestión que implican el continuar realizando cambios por decisión propia para preservar y mantener la salud de la persona con enfermedades crónicas, así como también evaluar continuamente a los proveedores del servicio de salud y las estrategias de autogestión, esto a su vez afectado por influencias externas, internas, con una meta que es motivada por los resultados; es grato encontrar que existe una metodología, y estándares para la atención de las personas que padecen diabetes, si bien estos han sido evaluados en metaanálisis encontrando en ocasiones que no suponen una diferencia significativa para la atención de salud tradicional también es preocupante que al momento de evaluar las acciones de los proveedores de salud en este modelo sean insuficientes, ineficaces o subutilizadas, esto abre una oportunidad a la educación médica continua basada en la atención centrada en la persona e interviniendo con estrategias para fomentar la autogestión y con esto aumentar la salud y calidad de vida de estas personas con enfermedades crónicas.

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

Título: "Efectos adversos de los fármacos antihipertensivos y la suspensión de estos una revisión sistemática"

Introducción

En México una de las enfermedades de mayor prevalencia en la población mexicana es la hipertensión arterial según la ENSANUT ^{xv}medio camino así como el informe de salud de los mexicanos 2016^{xvi} donde inclusive existen reportes en población mundial con esta enfermedad infradiagnosticada, ya que en la mayoría de veces no se presentan síntomas; y no solo el diagnóstico es un reto, si no también el tratamiento ya que en ocasiones no es suficiente la administración de un solo fármaco antihipertensivo, y los efectos adversos que llegan a referir los pacientes, aquí es donde cobra importancia conocer los efectos adversos de los principales antihipertensivos e inclusive intentar el retiro de uno o más fármacos, para mantener una adecuada adherencia terapéutica, un adecuado control antihipertensivo, y mantener la calidad de vida de las personas que viven con enfermedades crónicas.

Objetivos

Objetivo general

Conocer si existen ventajas de la suspensión de fármacos antihipertensivos justificada por sus efectos adversos.

Objetivos específicos

Revisar artículos relacionados con los efectos adversos de fármacos antihipertensivos y el retiro de estos.

Conocer cuáles son los fármacos antihipertensivos con menores efectos adversos y con los cuales permanecer.

Resumir los efectos adversos de los fármacos antihipertensivos.

Protocolo de la revisión

Justificación

Es claro que no existen medicamentos completamente inocuos, todos tienen posibilidad de presentar efectos adversos, que pueden en cierta medida ser tolerables o no para los pacientes que viven con enfermedades crónicas, sería justificable permanecer con estos medicamentos por el riesgo que supone a la salud, o no hay

Formulación de la pregunta de investigación.

¿Cuáles son los principales efectos adversos de los fármacos antihipertensivos en adultos y de ser posible se pueden retirar?

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

"Efectos adversos" "fármacos Antihipertensivos" "adultos" "retiro de terapia antihipertensiva"

Tipo de reportes de investigación a recuperar.

Se revisaron estudios clínicos aleatorizados, metaanálisis y revisiones sistemáticas.

Criterios de inclusión.

- Artículos escritos en idioma inglés o español
- Artículos con texto completo disponible
- Artículos con una antigüedad de 5 años a la fecha
- Artículos en humanos
- Artículos con edad de 19 años a más de 80 años
- Artículos con un mínimo de 30 referencias bibliográficas

Criterios de exclusión

- Artículos diferentes al español o inglés
- Artículos que cuentan solo con resumen disponible

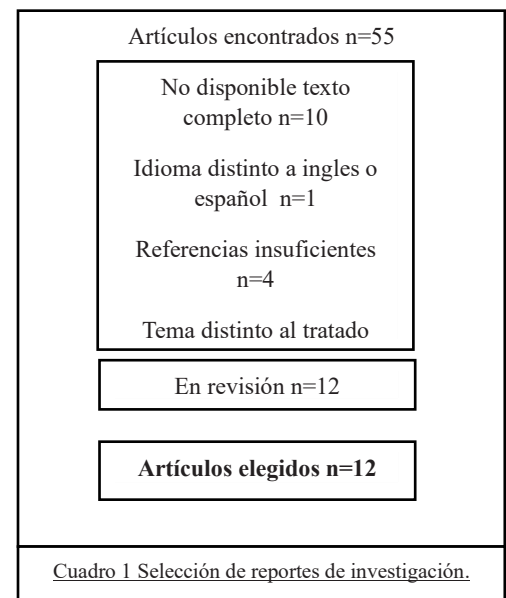
- Artículos de mas de 5 años de publicación
- Artículos in vitro u en otra especie diferente a los humanos
- Artículos en niños o personas menores de 19 años
- Artículos con menos de 30 referencias bibliográficas
- Artículos con población mujeres embarazadas

Estrategia de búsqueda.

Se busco en la base de datos PubMed National Library of medicine, los términos Mesh (Antihypertensive[Title/Abstract]) AND (Adverse effects[Title/Abstract]) con los filtros aplicados: en los últimos 5 años, Humanos, Adulto: 19-44 años, Edad Media + Edad: 45+ años, Edad Media: 45-64 años, Edad: 65+ años, 80 y más: 80+ años.

Ejecución

De los artículos obtenidos en PubMed, se realizó la descarga de todos los artículos disponibles a través de las páginas a las que redirige PubMed, así como los que no ingresándolos a Sci-hub para la obtención de estos, guardándolos conforme al título y autores agregando el número que le corresponde a la búsqueda de PubMed, posteriormente se leyeron en su totalidad y se registraron lugar, hallazgos, objetivo, muestra, intervención, método de análisis, resultados, hallazgos para la investigación, nivel de calidad metodológica, tipo de articulo, numero de referencias.



Selección de reportes de investigación

Con un total de 55 resultados, de los cuales se descartaron 10 por no estar disponible el texto completo, 1 por ser diferente al idioma inglés o español, 4 porque no cumplen con las suficientes referencias bibliográficas, 27 por que hablan de un tema distinto al que se trata en esta revisión, contando con un total de 13 artículos que se revisaron para la realización de este artículo se explica en forma grafica en el cuadro 1.

Síntesis de datos

La disminución de la presión arterial disminuye el riesgo cardiovascular y las muertes por cualquier causa demostrado por diversas revisiones Chocrane^{xvii}, por ende la constancia y la adherencia al tratamiento es importante para mantener un riesgo cardiovascular bajo, pero que ocurre cuando nuestro paciente refiere efectos

adversos asociados al fármaco antihipertensivo indicado, un estudio en Cameroon^{xviii} indaga sobre las causas de no adherencia a tratamiento y encontró que en general, el 67,7 % (IC del 95 %: 59,8–73,6 %) de los participantes no cumplieron con sus medicamentos. Después de ajustar por edad, sexo y otras covariables, olvidos (ORa = 7,9, IC del 95 %: (3,0–20,8), múltiples dosis diarias (ORa = 2,5, IC del 95 %: 1,2–5,6), (ORa = 2,8, IC del 95%: 1,1–6,9) y los efectos adversos de los medicamentos (ORa = 7,6, IC del 95%: 1,7–33,0) predijeron de forma independiente la falta de adherencia a la medicación antihipertensiva. Teniendo que después del olvido de la toma de los medicamentos los efectos adversos es la segunda causa por la que no existe una buena adherencia al tratamiento antihipertensivo, aquí cobra importancia conocer los principales efectos adversos, y migrar a otro fármaco que el paciente pueda tolerar mejor.

Los fármacos antihipertensivos tienen múltiples efectos adversos y la mayoría de los artículos hacen referencia a ellos, como lo puede ser los trastornos hidroelectrolíticos, dolores de cabeza, estreñimiento, edema, hipotensión, sedación [...] ^{xix}se exponen en la Tabla 1. En la revisión de estos sobresale uno que no se había reportado anteriormente que repercute en la calidad de vida de los pacientes pues (Agustini B 2022) ^{xx}encontró una asociación entre el uso de beta bloqueadores (BB) en pacientes con hipertensión y síntomas depresivos; medida por una escala validada de índice de depresión determinado mediante modelos de regresión logística encontro un (OR: 1,37; IC 95%: 1,17–1,60, p < 0,01), en comparación con usuarios de otras clases de antihipertensivos. Y por subgrupos se asoció una relación más fuerte para lipofílicos (39%) y BB no selectivos (52 %) en comparación con medicamentos hidrofílicos (26 %) y selectivos (31 %).

Una revisión sistemática de Chocraneⁱⁱⁱ encontró que el grupo de fármacos que mejor se asocian a mejor control de presión arterial y con menores eventos cardiovasculares y con menor mortalidad global, comparados con todos los grupos de antihipertensivos, corregido por edades, grupos étnicos, sexo; son el grupo de las tiazidas, pese a ello sus efectos adversos son expuestos por múltiples artículos, como lo pueden ser hiperuricemia , uropatía exacerbada, hiponatremia, hipomagnesemia, hiperglucemia e hiperlipidemia, hipopotasemia; esta ultima siendo severa se puede asociar a calambres musculares, arritmias e inclusive a paro cardiaco. ^{xxi}

Sin embargo un estudio realizado en Estados Unidos de America, Chekka LMS^{vii}., realizo una comparación entre Hidroclorotiazida (HCTZ) y Clortalidona (CTD) en diferentes grupos étnicos, afroamericanos y caucásicos evaluando inclusive sus efectos adversos, sugieren que a una dosis de 25 mg/día, CTD produce reducción

significativamente mayor de potasio y es más probable que produzca hipopotasemia, en comparación con HCTZ. En el grupo étnico de afroamericanos, CTD no se asoció con beneficios significativos de reducción de la presión arterial sobre HCTZ, mientras que se asoció con un mayor riesgo de efectos adversos metabólicos en comparación. En los caucásicos, la CTD mostró mayores efectos metabólicos adversos, contrarrestados con su eficacia superior para reducir la presión arterial en comparación con HCTZ, lo que hace que CTD sea una primera opción adecuada en los blancos acorde a las guías actuales.

Familia de antihipertensivos	Efectos adversos
IECAS /ARA II	Hiperpotasemia, insuficiencia renal
BB	EPOC, bradicardia, depresión
diuréticos tiazidicos	Gota, la uropatía puede empeorar, hiponatremia, hipopotasemia, hipomagnesemia, caídas
diuréticos ahorradores de potasio	Hiperpotasemia (especialmente en el contexto de insuficiencia renal crónica) enfermedad, AINE concurrentes o hipoperfusión)
BCC	Estreñimiento
Bloqueadores alfa-1 periféricos	Retención de líquidos, hipotensión, caídas
Agentes de acción central	Sedación, sequedad de boca, confusión, demencia
Vasodilatadores arteriolares	Retención de líquidos; lupus inducido por fármacos (hidralazina)
IECAS: Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina, ARA II: Antagonistas del receptor de angiotensina tipo II, BB: Beta Bloqueadores, BCC: Bloqueadores de canales de calcio: Tabla realizada en base Adidja NM, ^{iv} Correa A, ^v Agustini B, ^{vi} Chekka LMS ^{vii} Arguedas JA ^{ix} Ernst ME ^x Reeve E ^{xi} Sheppard JP ^{xiii}	

Las personas que viven con hipertensión arterial esencial son un grupo heterogéneo de personas de diversas edades, grupos étnicos y sexo, con diverso comportamiento con la terapia farmacológica, los esfuerzos por estandarizar o categorizar todo ese grupo heterogéneo de personas con presión arterial elevada obtuvo grandes avances; con los datos del estudio SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial) recientemente se realizó un análisis de conglomerados basado en datos antes no

supervisados para todas las variables iniciales relacionadas con los resultados cardiovasculares y las respuestas al tratamiento para identificar subgrupos distintos con máximas similitudes dentro del grupo y diferencias entre grupos. Se usó una regresión de Cox para calcular los cocientes de riesgos instantáneos (HR) con un (IC) del 95 % para los resultados cardiovasculares y comparar el efecto del tratamiento antihipertensivo intensivo (2 o más fármacos antihipertensivos a dosis plena) en diferentes grupos, así se identificaron cuatro conglomerados replicables de pacientes, descrito en conglomerado 1 (hipertensos índice); conglomerado 2 (enfermedad renal crónica hipertensos); conglomerado 3 (hipertensos obesos) y conglomerado 4 (hipertensos de extra riesgo). El pronóstico del grupo 4 tenían el mayor riesgo de desarrollar eventos cardiovasculares. En cuanto a las respuestas al tratamiento, el tratamiento antihipertensivo intensivo demostró ser beneficioso solo en el grupo 4 (HR 0,73, IC 95 % 0,55–0,98) y el grupo 1 (HR 0,54, IC 95 % 0,37–0,79) y esta misma terapia solo se asoció con un mayor riesgo de efectos adversos graves en el grupo 2 (HR 1,18, IC 95 % 1,05–1,32).^{xxii}

En contraste con lo anterior para la población general de personas con presión arterial elevada, los beneficios de tratar de lograr un objetivo de presión arterial más bajo en lugar de un objetivo estándar ($\leq 140/90$ mm Hg) no superan los daños asociados con esa intervención; esto cobra mayor importancia cuando hablamos de pacientes geriátricos, o inclusive frágiles;^{xxiii} Como lo demuestra Ernst ME^{xxiv}, lograr objetivos de presión arterial más bajos en adultos mayores tiene el potencial de aumentar los riesgos de complicaciones como hipotensión e insuficiencia renal aguda, especialmente en aquellos menos saludables.

Debido a que los ancianos exhiben muchos fenotipos diferentes, es problemático un enfoque único para los objetivos del tratamiento y la elección de los antihipertensivos. Quedan muchas áreas de incertidumbre, incluyendo cuál debería ser la presión arterial objetivo óptima en ancianos frágiles o institucionalizados, si existe un límite de edad superior para el inicio del tratamiento donde los beneficios y los riesgos se superponen, y cuándo se debe considerar la reducción de los antihipertensivos. Así mismo fisiopatológicamente se prefieren fármacos vasodilatadores como los bloqueadores de los canales de calcio y fármacos volumétricos como los diuréticos como tratamientos preferidos de la hipertensión en las personas mayores.^{xxv}

Estos enfoques reflejan la observación de niveles reducidos de renina en personas mayores y la posibilidad de una menor capacidad de respuesta a los agentes que bloquean el sistema renina-angiotensina cuando se usan como monoterapia. Del

mismo modo, los adultos mayores exhiben una mayor sensibilidad a la sal, lo que sugiere que pueden responder mejor a los medicamentos que controlan el volumen, como los diuréticos.

Una estrategia que se implementó (Xie Z.)^{xxvi} para mejorar las cifras de control de la presión arterial fue la administración vespertina de medicamentos antihipertensivos ejercía un mejor efecto reductor de la presión arterial en comparación con la dosis matutina convencional el análisis combinado observó una reducción significativa de la presión arterial (- 5,30 mmHg, IC del 95 % - 8,80 a - 1,80), y de la presión arterial sistólica (PAS) nocturna (- 2,29 mmHg, IC del 95 % - 4,43 a - 0,15), de la presión arterial diastólica (PAD) nocturna (- 1,63 mmHg, IC del 95 %: - 3,23 a - 0,04) y aumento de la disminución de la presión arterial nocturna (3,23 %, IC del 95 %: 5,37 a 1,10) en la dosis vespertina en comparación con la dosis matutina tradicional de medicamentos para reducir la presión arterial. No se encontraron diferencias significativas en la incidencia de efectos adversos generales (RR 0,65, IC del 95%: 0,30 a 1,41) y retiros debido a efectos adversos (RR 0,95, IC del 95%: 0,53 a 1,71).

Además, un ensayo clínico aleatorizado a cargo de Sheppard JP., demostró que entre los pacientes mayores tratados con múltiples medicamentos antihipertensivos, una estrategia de reducción de medicamentos antihipertensivos, en comparación con la atención habitual, no fue inferior con respecto a la proporción de pacientes con presión arterial sistólica inferior a 150 mm Hg a las 12 semanas. Los hallazgos sugieren que la reducción de la medicación antihipertensiva se puede lograr sin un cambio sustancial en el control de la presión arterial en algunos pacientes mayores con hipertensión, aunque se necesita más investigación para comprender los resultados clínicos a largo plazo.^{xxvii}

Lo anterior lo apoya una revisión sistemática a cargo de Reeve E^{xxviii}, demostró que entre 569 pacientes aleatorizados (edad media, 84,8 años; mediana de 2 medicamentos antihipertensivos prescritos de inicio), 229 (86,4 %) pacientes en el grupo de intervención y 236 (87,7 %) pacientes en el grupo de control tenían una presión arterial sistólica inferior a 150 mm Hg a las 12 semanas (RR ajustado, 0,98 [IC unilateral del 97,5 %, 0,92 a]). De 7 criterios de valoración secundarios preespecificados, 5 no mostraron diferencias significativas. La reducción de la medicación se mantuvo en 187 (66,3 %) participantes a las 12 semanas. El cambio medio en la presión arterial sistólica fue 3,4 mm Hg (IC del 95 %, 1,1 a 5,8 mm Hg) más alto en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control.

Esto se traduce en que la interrupción no pareció aumentar el riesgo de eventos adversos y puede conducir a la resolución de las reacciones adversas al medicamento. No hay evidencia de un efecto de la discontinuación en comparación con la continuación de los antihipertensivos utilizados para la hipertensión o la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular en adultos mayores sobre la mortalidad por todas las causas y el infarto de miocardio. Dichas revisiones tienen limitantes por lo cual debe de evaluarse la relación beneficio: riesgo para el uso de medicamentos antihipertensivos, como aquellos con fragilidad, grupos de mayor edad y aquellos que toman polifarmacia, y medir resultados clínicamente importantes, como caídas, calidad de vida y eventos adversos de medicamentos.

E inclusive no existen cambios significativos sobre la calidad de vida de aquellas personas que ya no consumen medicamentos.

Recomendaciones.

- I. La individualización del tratamiento es la base para evitar la aparición de efectos adversos a los fármacos antihipertensivos
- II. Las tiazidas tienen mas efectos adversos que la mayoría de fármacos antihipertensivos pero son las que disminuyen mas la mortalidad y los eventos cardiovasculares
- III. La administración de fármacos aen horario vespertino tiene mejoría sustancial en mejora de presión arterial
- IV. Solo un pequeño grupo de persdonas se benefician de un control estricto de la presión arterial con múltiples medicamentos
- V. En la población general una presión arterial <140/90 es suficiente para disminuir la mortalidad y el riesgo cardiovascular, sin agregar efectos adversos por adición de mas fármacos antihipertensivos
- VI. En adultos mayores se prefieren medicamentos que su blanco terapéutico sea el volumen o la vasoilatacion


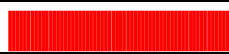
Conclusiones.

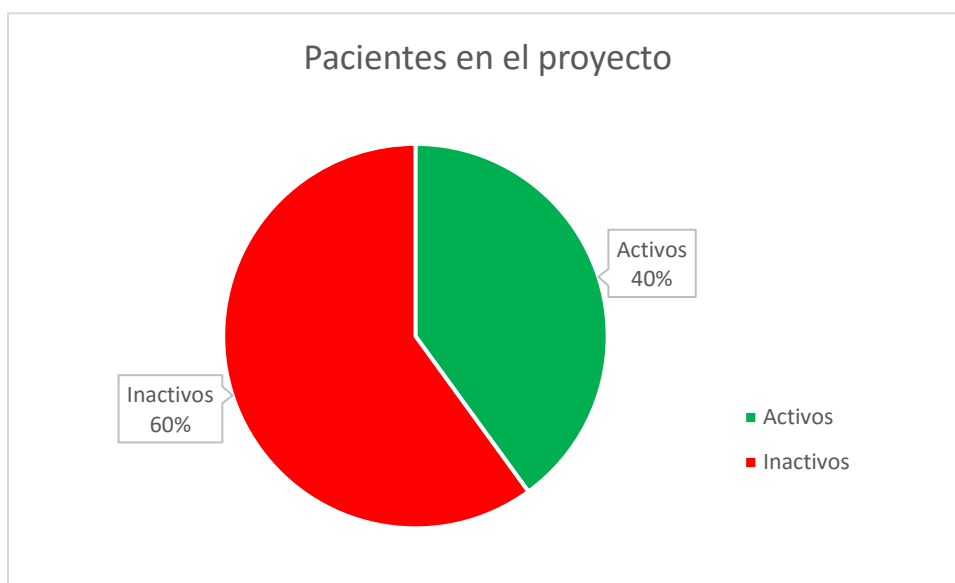
Las personas que viven con hipertensión arterial sistémica tienen un riesgo más alto que la población general de sufrir accidentes cardiovasculares en ese punto cobra importancia el diagnostico y el tratamiento oportuno, con fármacos antihipertensivos y tener cifras de presión arterial que disminuyan ese riesgo cardiovascular ya mencionado, en ese proceso ocurren diversos problemas, como la aparición de efectos adversos, y que estos dificultan una correcta adherencia al tratamiento de estos ya mencionados fármacos antihipertensivos, el profesional de la salud, junto con el paciente debe llegar a acuerdos e implementar estrategias,

como puede ser el administrar el medicamento de forma vespertina en comparación a administrarlo de forma matutina, en cuanto a los adultos mayores es preferible administrar fármacos que modifiquen el volumen y la vasodilatadores, como los diuréticos pues son más seguros para ellos, e inclusive si persisten efectos adversos de estos medicamentos, pensar en la posibilidad de retirar estos medicamentos, siempre valorando la relación riesgo beneficio, pues se ha demostrado que solo un pequeño grupo de pacientes se benefician de un control estricto de la presión arterial con la necesidad de tomar múltiples fármacos antihipertensivos a dosis plena; para el resto de la población incluyendo adultos mayores, no supone mejoría en el control de la presión arterial y solo aumenta el riesgo de padecer algún efecto adverso derivado de la terapéutica empleada.




Modulo 4. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas.

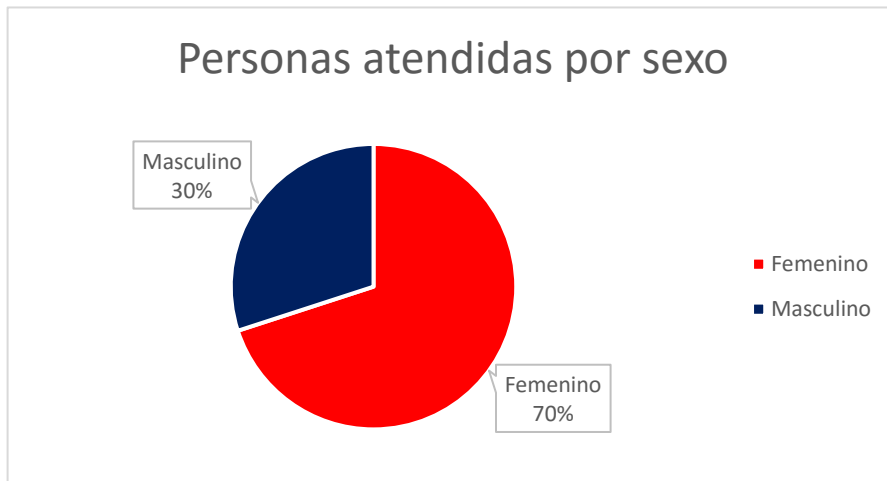
Con un total de 100 pacientes se dio la atención enfocada en la persona de forma continua a un total de 40 pacientes activos, y se intento contactar con los 60 restantes actualmente inactivos por diversas razones.

Pacientes en el proyecto		
Activos	40	
Inactivos	60	
Total	100	







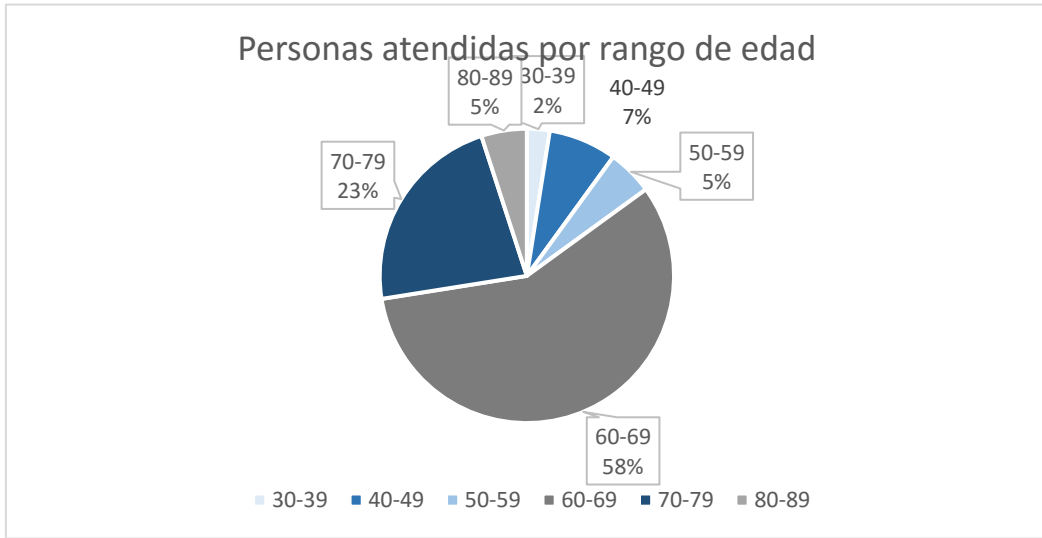
De las personas activas se atendieron a un total de 28 mujeres y a un total de 12 hombres.

Sexo	Frecuencia	Grafico	%
Femenino	28		70%
Masculino	12		30%
Total	40		100%






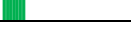


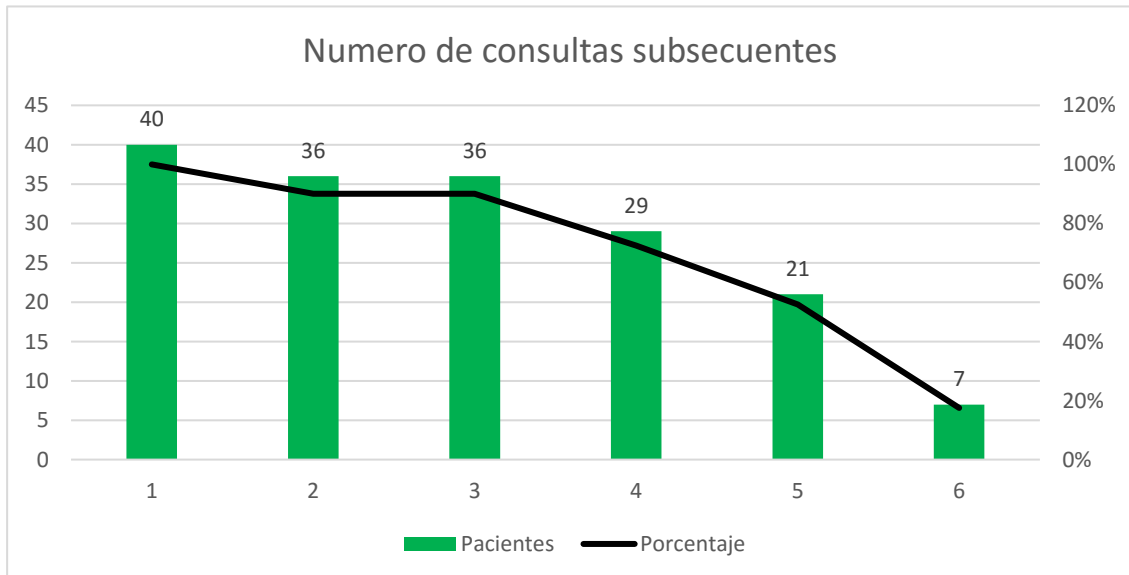
Del total de las personas atendidas comprenden en los grupos decenales de 30-39 años (1), 40-49 años (3), 50-59 años, (2) 60-69 años (23), 70-79 años (9) y 80-89 años (2) con una moda de 65 años, una media de 64.4 años, el paciente mas joven de 32 años y el mas añoso de 88 años

Rango de edad	Frecuencia	Grafico	%
30-39	1		3%
40-49	3		8%
50-59	2		5%
60-69	23		58%
70-79	9		23%
80-89	2		5%
Total	40		100%



Se dieron un total de consultas 169 consultas con un promedio de 14 por mes; siendo en su totalidad subsecuentes.

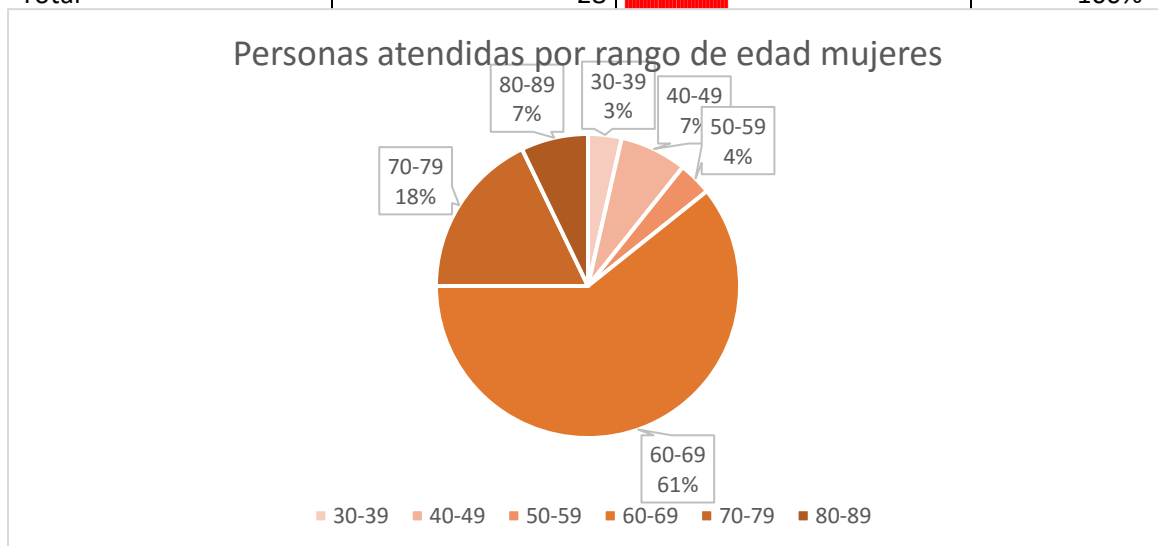
Número de consultas subsecuentes			
Consulta	Pacientes	Grafico	%
1	40		100%
2	36		90%
3	36		90%
4	29		73%
5	21		53%
6	7		18%
Total	169		



Por grupo de edad y sexo se atendieron un total de mujeres de 30-39 años (1), 40-49 años (2), 50-59 años, (1) 60-69 años (17), 70-79 años (5) y 80-89 años (2);

Personas atendidas por rango de edad mujeres

Rango de edad	Frecuencia	Grafico	%
30-39	1		4%
40-49	2		7%
50-59	1		4%
60-69	17		61%
70-79	5		18%
80-89	2		7%
Total	28		100%



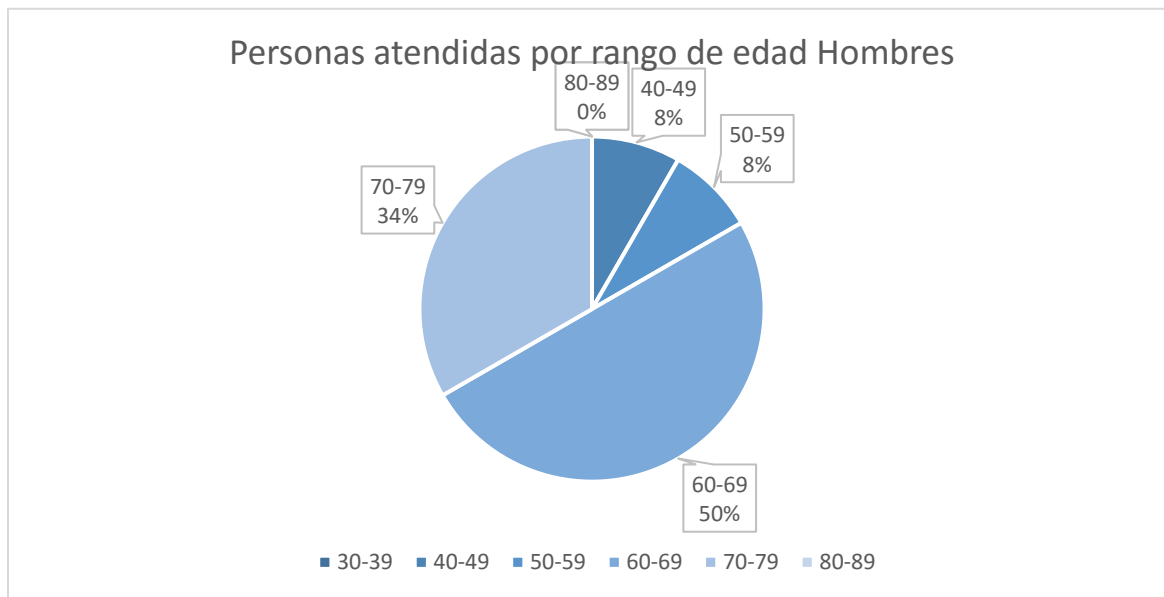
Con un total de hombres de 30-39 años (0), 40-49 años (1), 50-59 años, (1) 60-69 años (6), 70-79 años (4) y 80-89 años (0)

Personas atendidas por rango de edad Hombres

Rango de edad	Frecuencia	Grafico	%
30-39	0		0%
40-49	1		8%
50-59	1		8%
60-69	6		50%
70-79	4		33%
80-89	0		0%
Total	12		100%

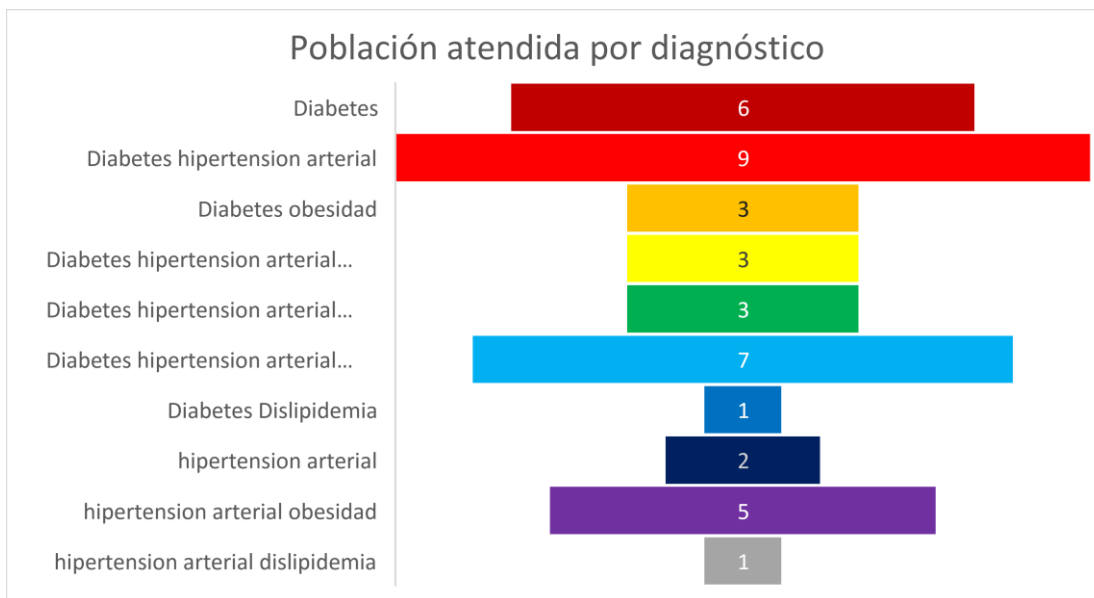
Población atendida por diagnóstico

El 15% (6) de la población atendida solo padece diabetes tipo II, el 23% (9) padece diabetes tipo II e hipertensión arterial, el 8% (3) padece Diabetes y obesidad el 8% (3) padece diabetes tipo II, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemia, el 8% (3) padece diabetes tipo II, hipertensión arterial y dislipidemia, el 18% padece diabetes tipo II, hipertensión arterial y obesidad, el 3% (1) padece diabetes tipo II y dislipidemia el 4% padece solo hipertensión arterial, el 13% (5) padece hipertensión y arterial obesidad y el 3% (1) padece hipertensión arterial y dislipidemia.



Población atendida por diagnóstico

Enfermedades que presenta	Frecuencia	Grafico	%
Diabetes	6	█	15%
Diabetes hipertension arterial	9	██	23%
Diabetes obesidad	3	█	8%
Diabetes hipertension arterial obesidad dislipidemia	3	█	8%
Diabetes hipertension arterial dislipidemia	3	█	8%
Diabetes hipertension arterial obesidad	7	██	18%
Diabetes Dislipidemia	1	█	3%
hipertension arterial	2	█	5%
hipertension arterial obesidad	5	██	13%
hipertension arterial dislipidemia	1	█	3%
Total	40	██████████	1

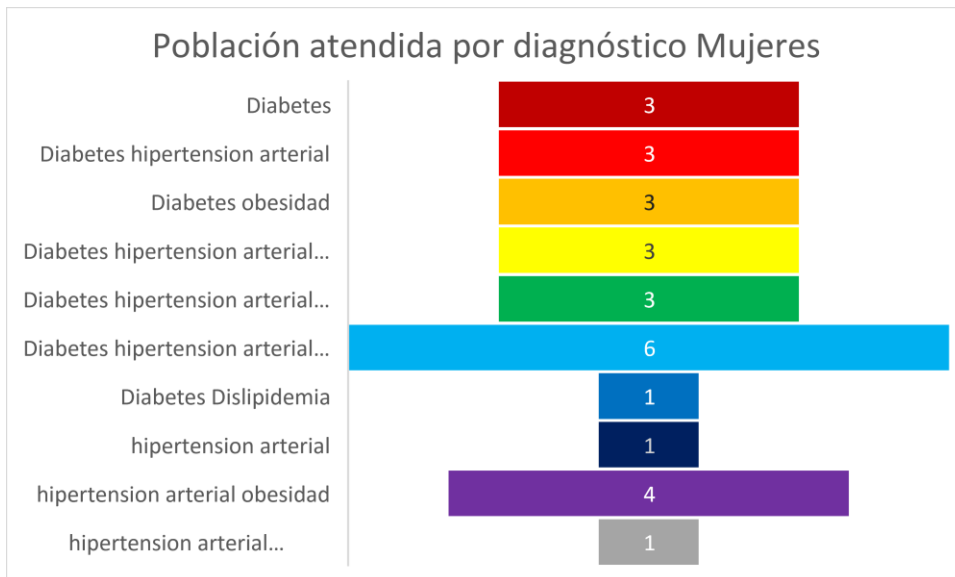


Los diagnósticos más prevalentes en la consulta son los de diabetes tipo II e hipertension arterial

Población atendida por diagnóstico y sexo

Población atendida por diagnóstico Mujeres

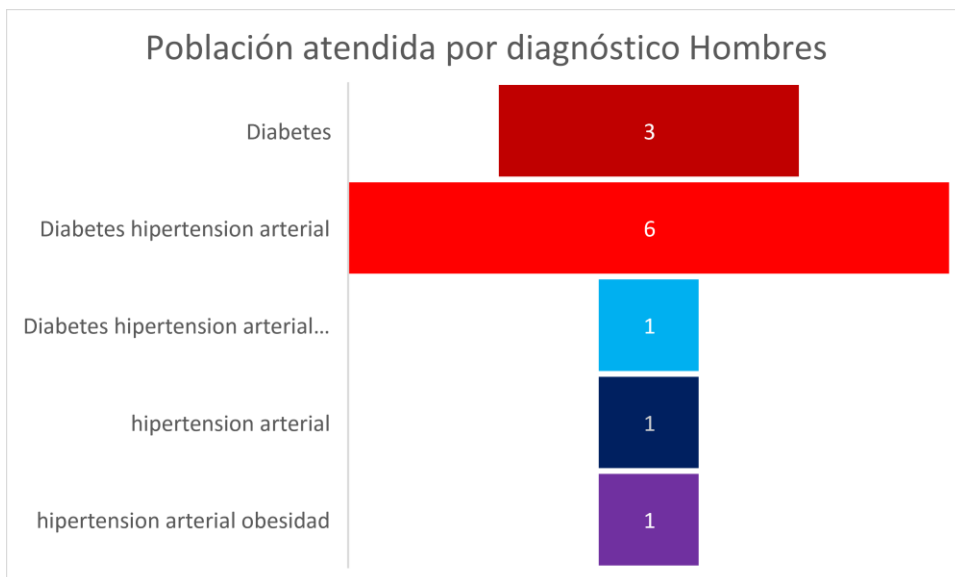
Enfermedad (es)	Frecuencia	Grafico	%
Diabetes	3		11%
Diabetes hipertension arterial	3		11%
Diabetes obesidad	3		11%
Diabetes hipertension arterial obesidad dislipidemia	3		11%
Diabetes hipertension arterial dislipidemia	3		11%
Diabetes hipertension arterial obesidad	6		21%
Diabetes Dislipidemia	1		4%
hipertension arterial	1		4%
hipertension arterial obesidad	4		14%
hipertension arterial dislipidemia	1		4%
Total	28		100%



Las mujeres atendidas presentan una mayor prevalencia de enfermedades en general teniendo un total de 6 que corresponde al 21% con diabetes, hipertension arterial y obesidad, siendo los demas grupos de enfermedades bastante homogéneos con un promedio de 3 (11%) con diabetes; diabetes e hipertension arterial; diabetes y obesidad; diabetes hipertension arterial obesidad y dislipidemia; diabetes hipertension arterial dislipidemia, todas con la misma frecuencia.

Población atendida por diagnóstico Hombres

Enfermedad (es)	Frecuencia	Grafico	%
Diabetes	3		25%
Diabetes hipertension arterial	6		50%
Diabetes hipertension arterial obesidad	1		8%
hipertension arterial	1		8%
hipertension arterial obesidad	1		8%
Total	12		100%

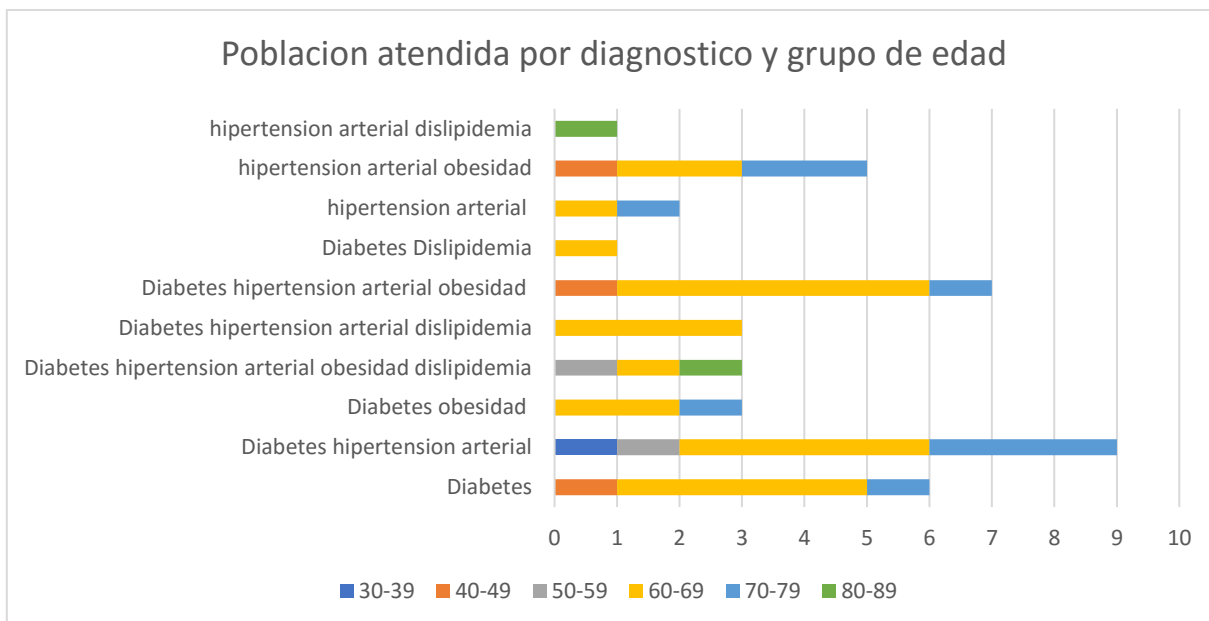


En la población de hombre los grupos de enfermedades más frecuentes siguió siendo la diabetes tipo II y la hipertension arterial, teniendo esta combinación con 6 casos siendo el 50% de la población seguida de únicamente la diabetes con 3 casos y el 25% de la población, el resto de padecimientos con una distribución homogénea de 1 caso cada uno un 8% de la población hombres .

Población atendida por diagnóstico y grupos de edad

Población atendida por diagnóstico y grupos de edad

Enfermedad (es)	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	Total
Diabetes	0	1	0	4	1	0	6
Diabetes hipertension arterial	1	0	1	4	3	0	9
Diabetes obesidad	0	0	0	2	1	0	3
Diabetes obesidad dislipidemia	0	0	0	0	0	0	0
Diabetes hipertension arterial obesidad dislipidemia	0	0	1	1	0	1	3
Diabetes hipertension arterial dislipidemia	0	0	0	3	0	0	3
Diabetes hipertension arterial obesidad	0	1	0	5	1	0	7
Diabetes Dislipidemia	0	0	0	1	0	0	1
hipertension arterial	0	0	0	1	1	0	2
hipertension arterial obesidad	0	1	0	2	2	0	5
hipertension arterial dislipidemia	0	0	0	0	0	1	1
Total	1	3	2	23	9	2	40



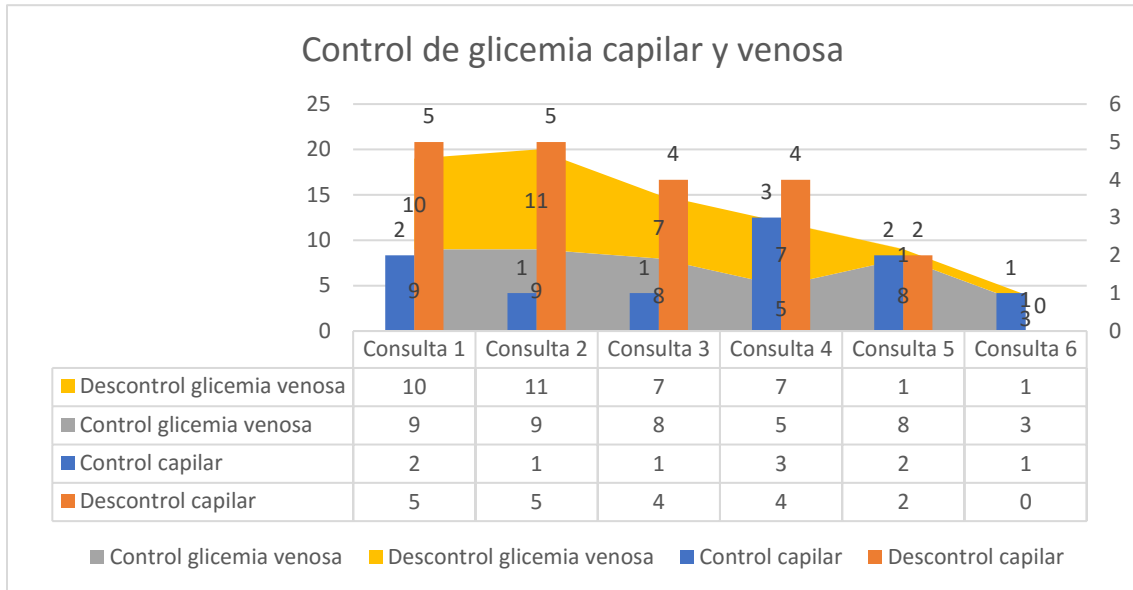
El rango de edad más prevalente es la de los 60-69 años los cuales en su mayoría padecen diabetes tipo II, hipertension arterial y obesidad con un total de 6 casos que corresponden a un 12,5% de la poblacion total atendida, seguida de este mismo rango de edad que padecen diabetes tipo II e hipertension arterial y los que solo padecen diabetes tipo II con una frecuencia de 4 casos equivalente a un 10% de la poblacion cada grupo de enfermedades

Las enfermedades englobadas mas prevalentes son las de diabetes tipo II y alguna otra enfermedad (excluyendo obesidad) con 16 pacientes, seguida de son las personas con diagnostico de hipertension arterial y alguna otra enfermedad (excluyendo obesidad) con 12 pacientes.

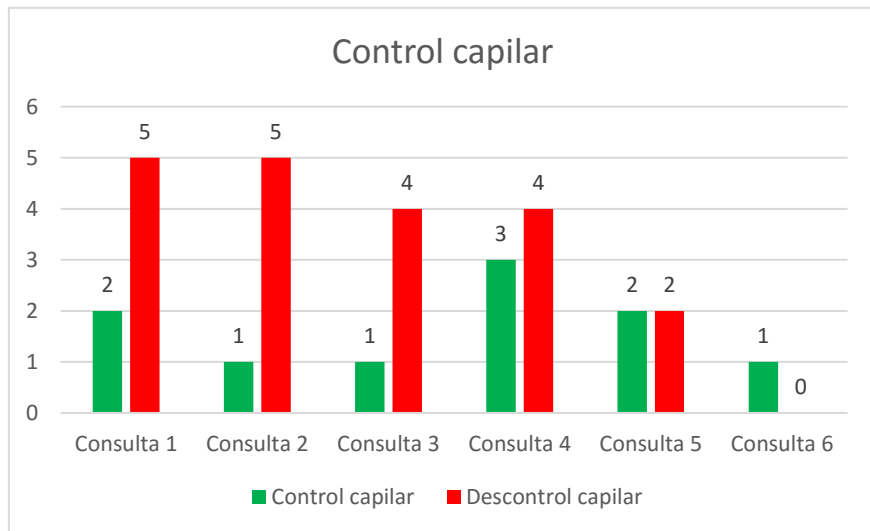
Enfermedades englobadas	Frecuencia	Grafico
Población atendida con diagnóstico de obesidad y alguna otra enfermedad crónica cardiometabólica	8	
Población atendida con diagnóstico de diabetes mellitus tipos 2 y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad)	16	
Población atendida con diagnóstico de hipertensión arterial y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad)	12	
Población atendida con diagnóstico de dislipidemia y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad)	2	
Población atendida con más de dos diagnósticos	13	

Resultados de control de enfermedad crónica

Casos y porcentajes de control de diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo con glicemia.

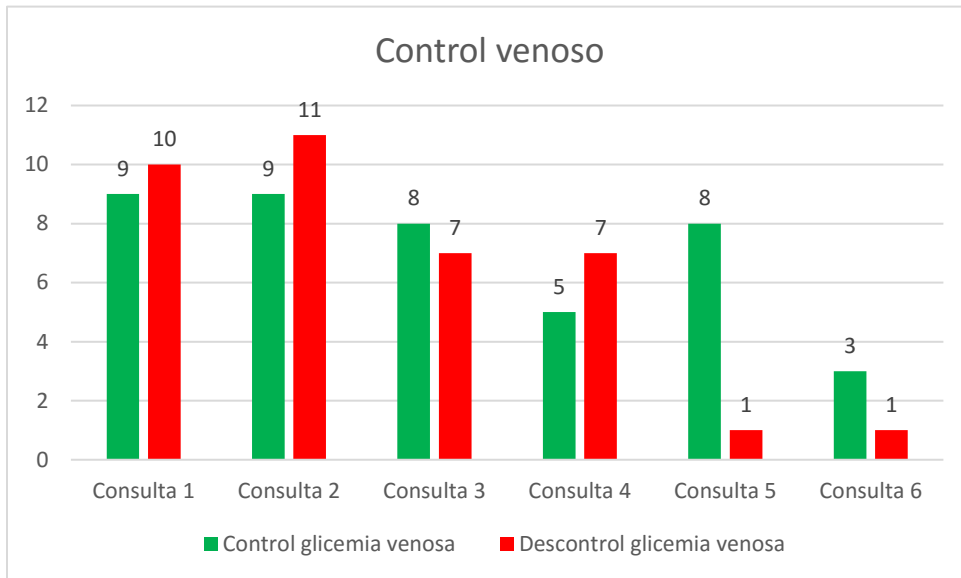


En el grafico se muestra el control y descontrol glicémico a lo largo del número de consultas tanto capilar y venoso, los valores de la glicemia venosa se ven marcados en áreas siendo el de color naranja el descontrol y de gris el control, al principio se encuentran las frecuencias de control y descontrol bastante diferenciadas, mientras que al aumento de consultas las diferencias entre el control y descontrol cada vez son menores; del mismo modo se ilustran con barras el control y descontrol en base a al glicemia capilar, siendo los pacientes en control superiores en las últimas consultas a los pacientes con descontrol glicémico capilar.



	Consu lta 1	%	Consu lta 2	%	Consu lta 3	%	Consu lta 4	%	Consu lta 5	%	Consu lta 6	%	Total es	
Control capilar	2	29 %	1	17 %	1	20 %	3	43 %	2	50 %	1	100 %	10	33%
Descon trol capilar	5	71 %	5	83 %	4	80 %	4	57 %	2	50 %	0	0%	20	67%
Totales	7	100 %	6	100 %	5	100 %	7	100 %	4	100 %	1	100 %	30	100 %

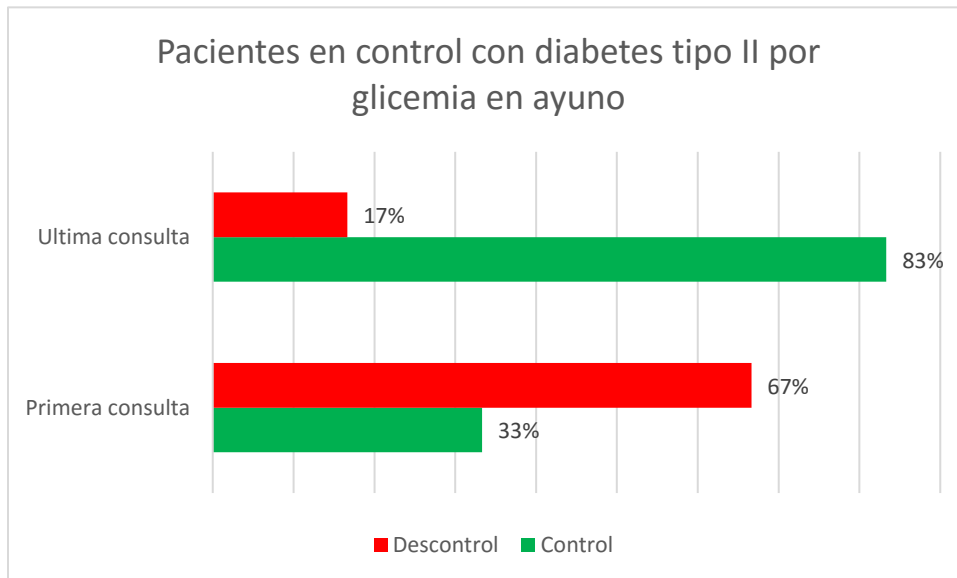
En la gráfica se muestra en color rojo los pacientes en descontrol glicémico capilar y en verde los pacientes con control glicémico capilar, a lo largo de las consultas mejora el control de la glicemia capilar al punto de ser superior la cantidad de pacientes con control capilar que los que los que están en descontrol; a lo largo de todas las consultas se obtuvo un total de 10 pacientes glicemias capilares en control y de 20 pacientes glicemias capilares en descontrol correspondiente a un 33% y 67% respectivamente.



	Consu lta 1	%	Consu lta 2	%	Consu lta 3	%	Consu lta 4	%	Consu lta 5	%	Consu lta 6	%	Total es	
Control glicemi a venosa	9	47 %	9	45 %	8	53 %	5	42 %	8	89 %	3	75 %	42	53 %
Descon trol glicemi a venosa	10	53 %	11	55 %	7	47 %	7	58 %	1	11 %	1	25 %	37	47 %
Totales	19	100 %	20	100 %	15	100 %	12	100 %	9	100 %	4	100 %	79	100 %

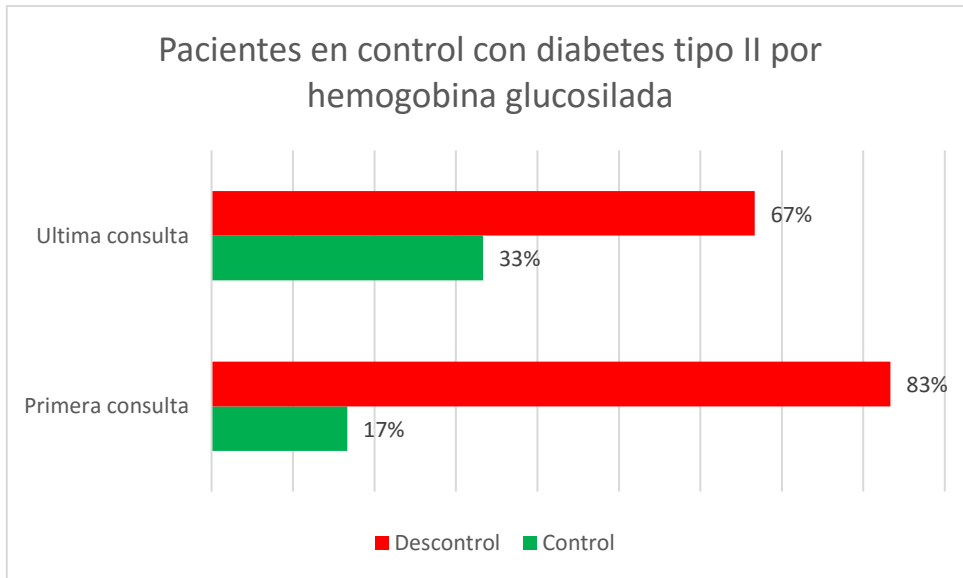
En la gráfica se muestra en color rojo los pacientes en descontrol glicémico venoso y en verde los pacientes con control glicémico venoso, a lo largo de las consultas mejora el control de la glicemia venoso al punto de ser superior la cantidad de pacientes con control venoso que los que los que están en descontrol; a lo largo de todas las consultas se obtuvo un total de 42 pacientes glicemias venosas en control y de 37 pacientes glicemias venosas en descontrol correspondiente a un 53% y 37% respectivamente.

Pacientes en control con diabetes tipo II por glicemia en ayuno					
	Primera consulta		Ultima consulta		
Control	2	33%	5	83%	7
Descontrol	4	67%	1	17%	5
Total	6	100%	6	100%	12



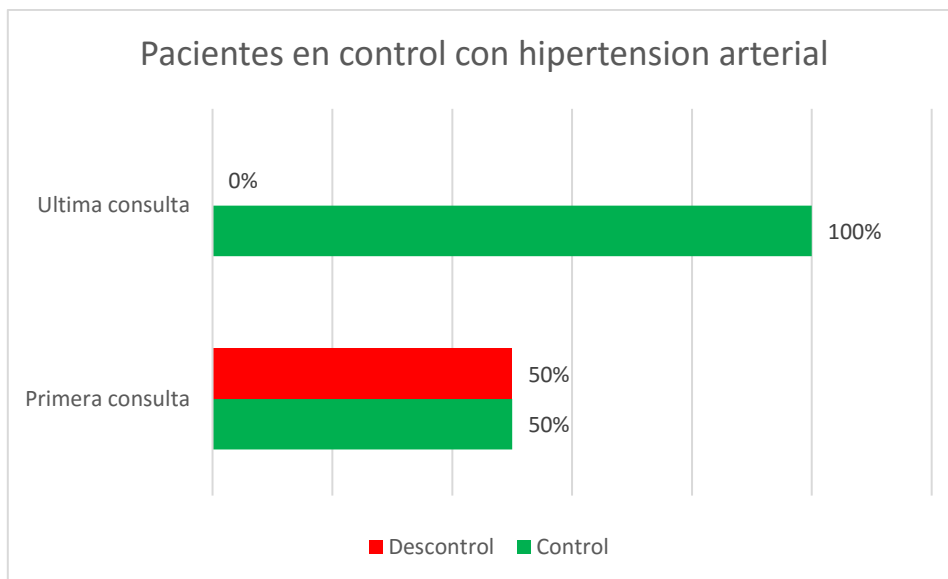
Se evaluó el control de los pacientes respecto a la última consulta comparándola con la primera; teniendo un 67% de la población en descontrol y 33% de control en la primera consulta terminando con un control del 83% y un descontrol del 17% en los pacientes con diabetes teniendo como parámetro de control la glucemia en ayuno.

Pacientes en control con diabetes tipo II por hemoglobina glucosilada					
	Primera consulta		Ultima consulta		
Control	1	17%	2	33%	3
Descontrol	5	83%	4	67%	9
Total	6	100%	6	100%	12



Del mismo modo se evaluó el control de pacientes con diabetes tomando como parámetro la hemoglobina glucosilada, teniendo en la primera consulta un 83% de pacientes en descontrol y 17% en control, mientras que a la ultima consulta se obtuvo una 33% de pacientes en control y 67% en descontrol

Pacientes en control con hipertension arterial					
	Primera consulta		Ultima consulta		Total
		%		%	
Control	1	50%	2	100%	3.5
Descontrol	1	50%	0	0%	1.5
Total	2	100%	2	100%	







En cuanto a los pacientes con hipertension arterial se cuantifico la tensión arterial sistólica y diastólica, teniendo en la primera consulta un 50% de pacientes en control y 50% de pacientes en descontrol hipertensivo, al fin de la ultima consulta la totalidad de los pacientes estaba en rango de control hipertensivo.

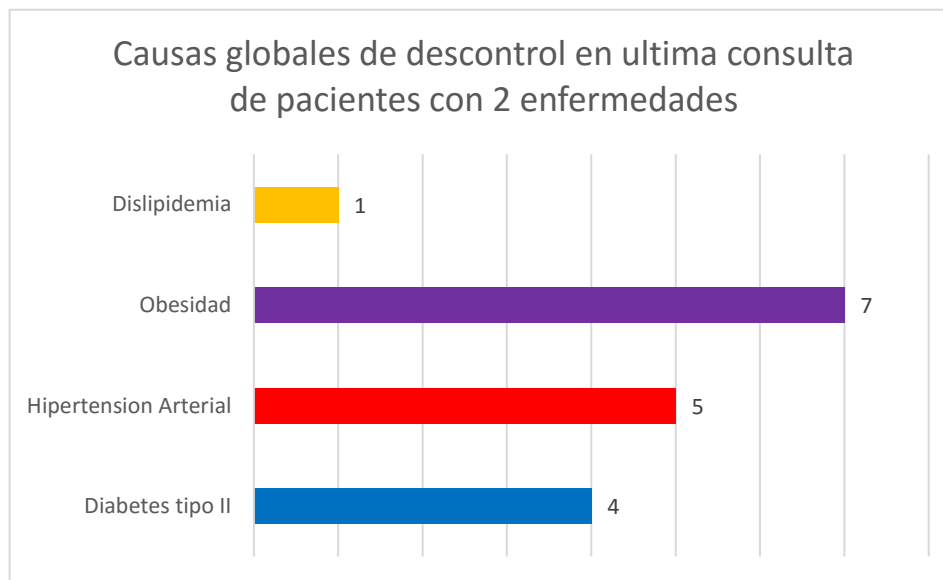
		Pacientes con 2 enfermedades en control				
Enfermedades		Primera consulta	Ultima consulta		Causa de descontrol en ultima consulta	
Hipertension arterial y dislipidemia	control	0%	100%	1	HTA	DIS
	descontrol	100%	0%	1	0	0
Hipertension arterial y obesidad	control	20%	20%	0.4	HTA	OBS
	descontrol	80%	80%	1.6	2	4
Diabetes y dislipidemia	control	0%	100%	1	DMII	DIS
	descontrol	100%	0%	1	0	1
Diabetes y obesidad	control	0%	0%	0	DMII	OBS
	descontrol	100%	100%	2	1	3
Diabetes e hipertension arterial	control	11%	67%	0.7778	DMII	HTA
	descontrol	89%	33%	1.2222	3	3

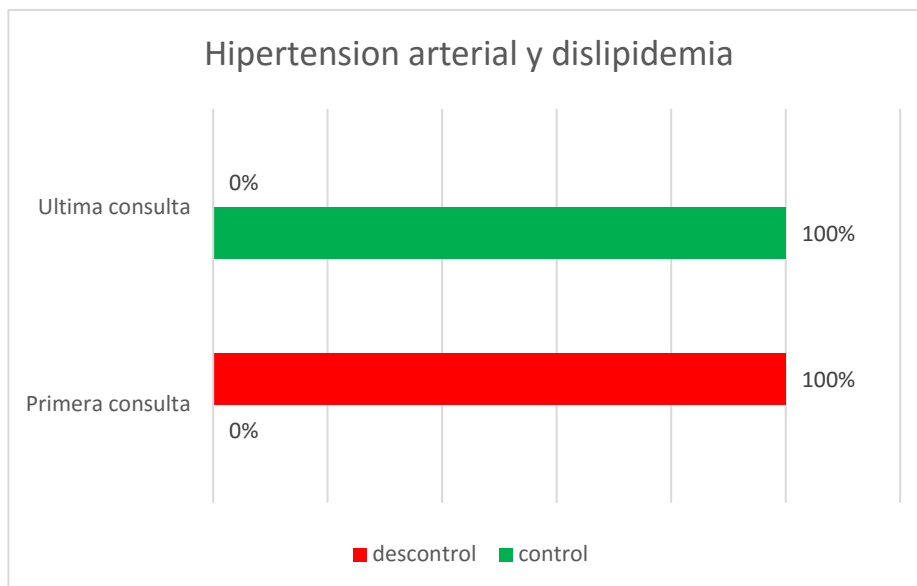
HTA :hipertensión arterial; DMII: diabetes tipo II; OBS: obesidad; DIS: dislipidemia

Causas globales de descontrol en ultima consulta

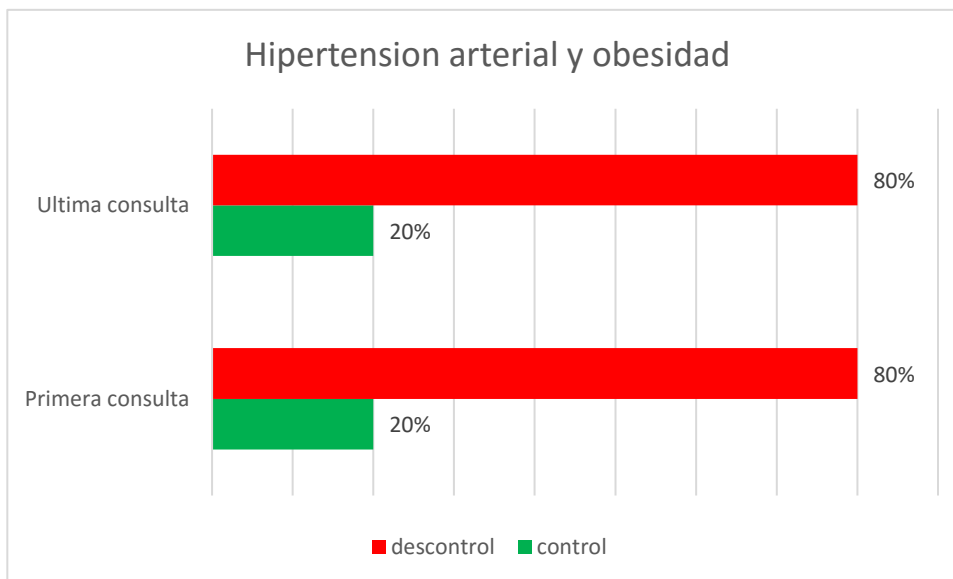
Enfermedad	Frecuencia	Grafico
Diabetes tipo II	4	
Hipertension Arterial	5	
Obesidad	7	
Dislipidemia	1	

Respecto a los pacientes que tienen dos enfermedades, se clasifico en diversos grupos y se aisló la causa de descontrol si era por una o por ambas enfermedades, teniendo como causa global y de mayor frecuencia la obesidad pues en 7 pacientes fue la causa de descontrol en sus enfermedades

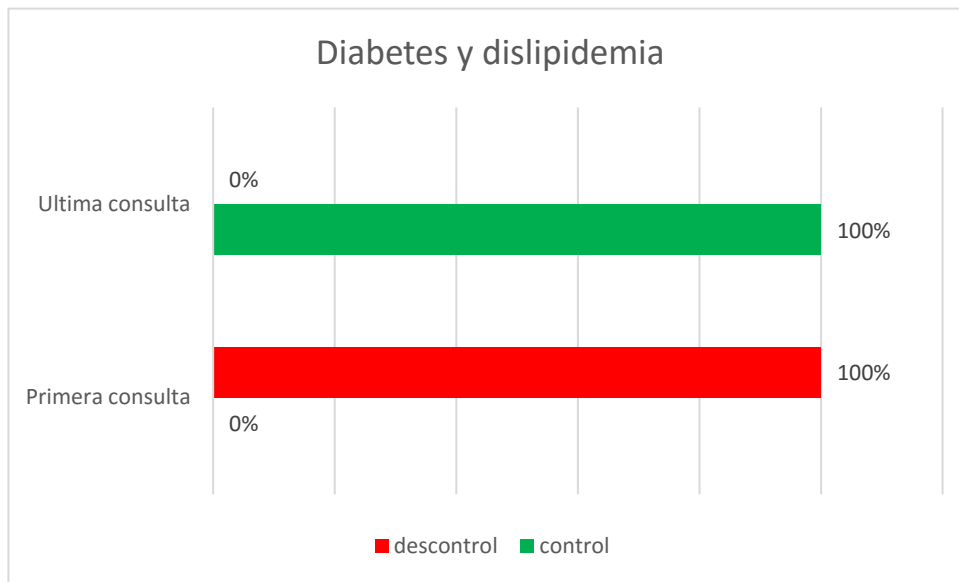




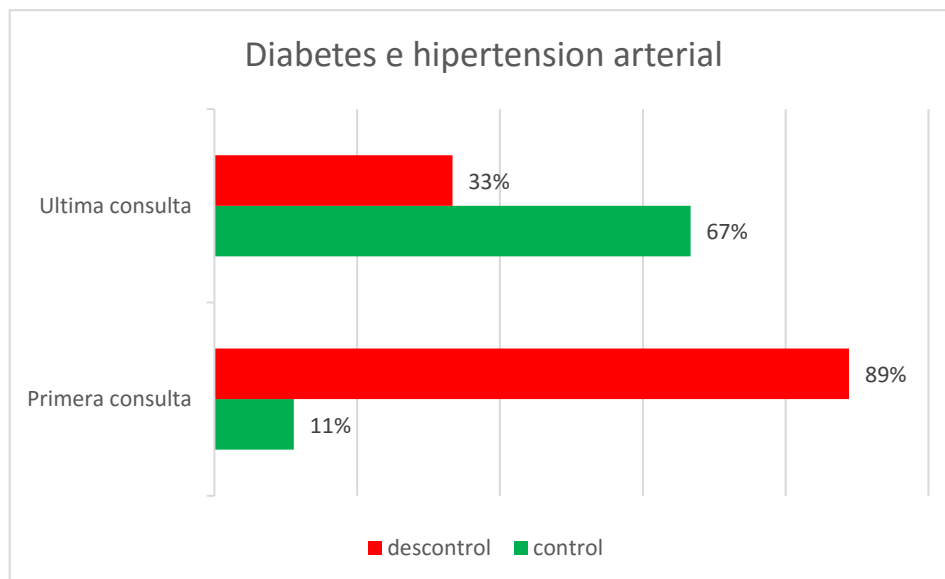
En cuanto a los pacientes con hipertension y dislipidemia la totalidad comenzó en descontrol y al final de la ultima consulta llego al control de sus enfermedades.



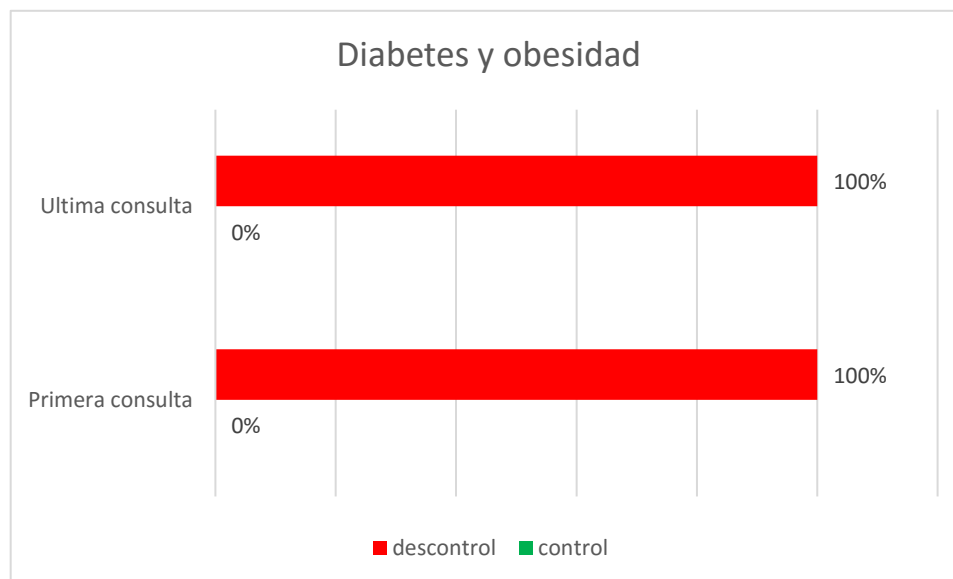
En cuanto a los pacientes con diagnostico de hipertension arterial y obesidad no hubo cambios en el control en la primera y ultima consulta, siendo la causa de descontrol la obesidad en 4 pacientes y sobre agregada la hipertension en 2 de estos 4.



En cuanto a los pacientes con diagnostico de diabetes y dislipidemia se logro un control completo de las enfermedades, respecto a la primera consulta



En cuanto a los pacientes con diagnostico de diabetes e hipertension arterial se inicio con un 11% de pacientes en control y un 89% de pacientes en descontrol, para la ultima consulta los pacientes mejoraron su glicemia y su presión arterial, teniendo un 67% de pacientes en control y solo un 33% en descontrol.



En cuanto a los pacientes con diagnóstico de diabetes y obesidad no hubo cambios en el control en la primera y última consulta, siendo la obesidad solo la causa de descontrol.





Para los pacientes que tienen 3 o más enfermedades se evaluó el control individual de cada una de estas enfermedades y se comparó la primera consulta respecto a la última,

Pacientes con 3 o más enfermedades en control

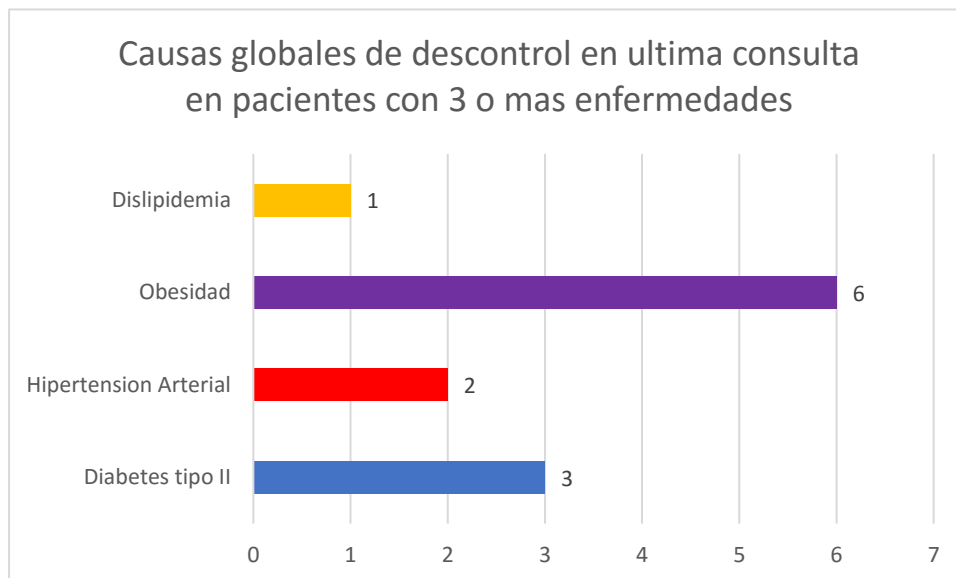
Enfermedades		1ª consulta		Última consulta		Total	Causa de descontrol en última consulta			
			%		%					
Diabetes Hipertensión arterial Dislipidemia	control	0	0%	1	33%	1	HTA	DMII	OBS	DIS
	descontrol	3	100%	2	67%	5	0	2	0	1
Diabetes Hipertensión arterial Obesidad	control	1	14%	3	43%	4	HTA	DMII	OBS	DIS
	descontrol	6	86%	4	57%	10	2	1	4	0
Diabetes Hipertensión arterial Obesidad Dislipidemia	control	0	0%	1	33%	1	HTA	DMII	OBS	DIS
	descontrol	3	100%	2	66%	5	0	0	2	0

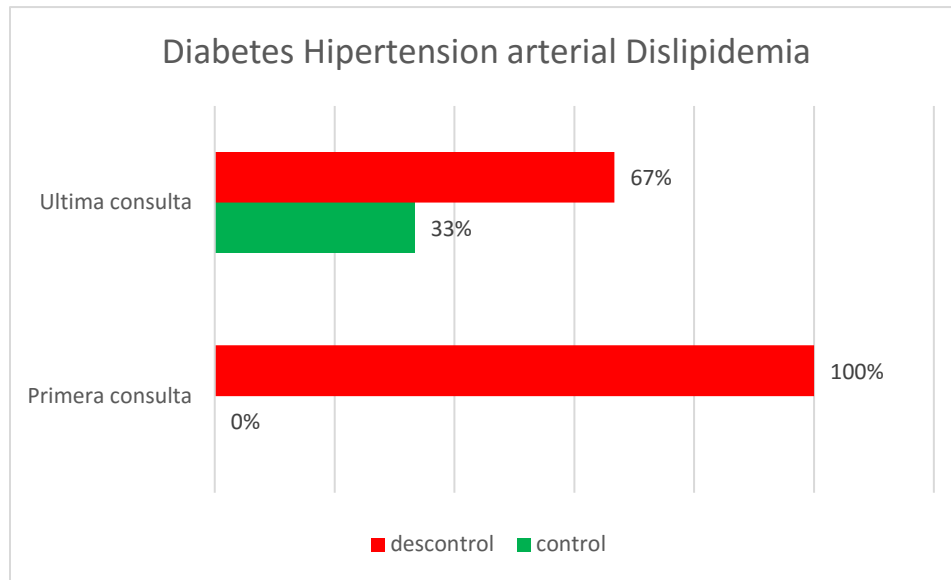
HTA :hipertensión arterial; DMII diabetes tipo II; OBS obesidad; DIS:dislipidemia

Causas globales de descontrol en ultima consulta

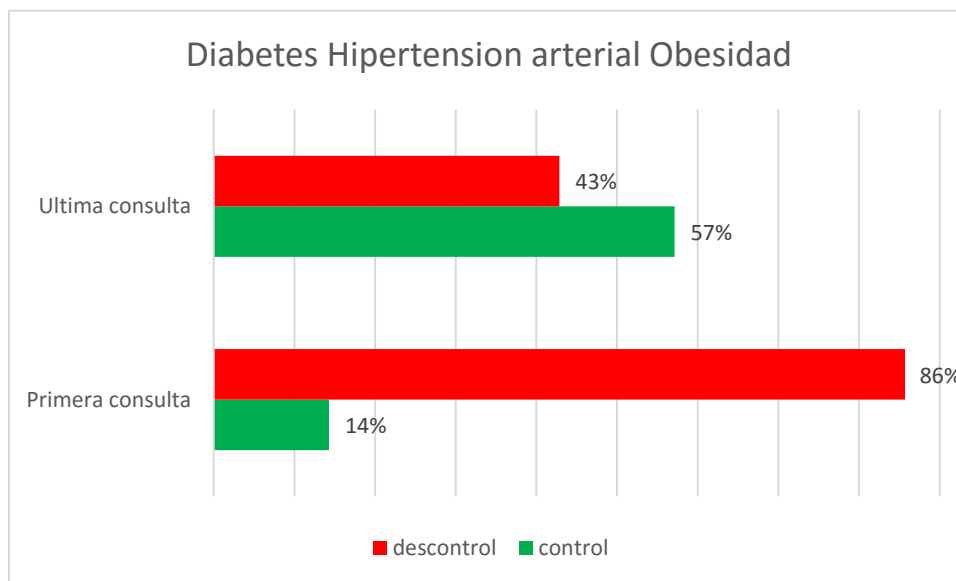
Enfermedad	Frecuencia	Grafico
Diabetes tipo II	3	
Hipertension Arterial	2	
Obesidad	6	
Dislipidemia	1	

Respecto a los pacientes que tienen tres enfermedades o más, se clasificaron en diversos grupos y se aisló la causa de descontrol si era por una o multiples enfermedades, teniendo como causa global y de mayor frecuencia la obesidad pues en 6 pacientes fue la causa de descontrol en sus enfermedades seguida de la diabetes en 3 pacientes.

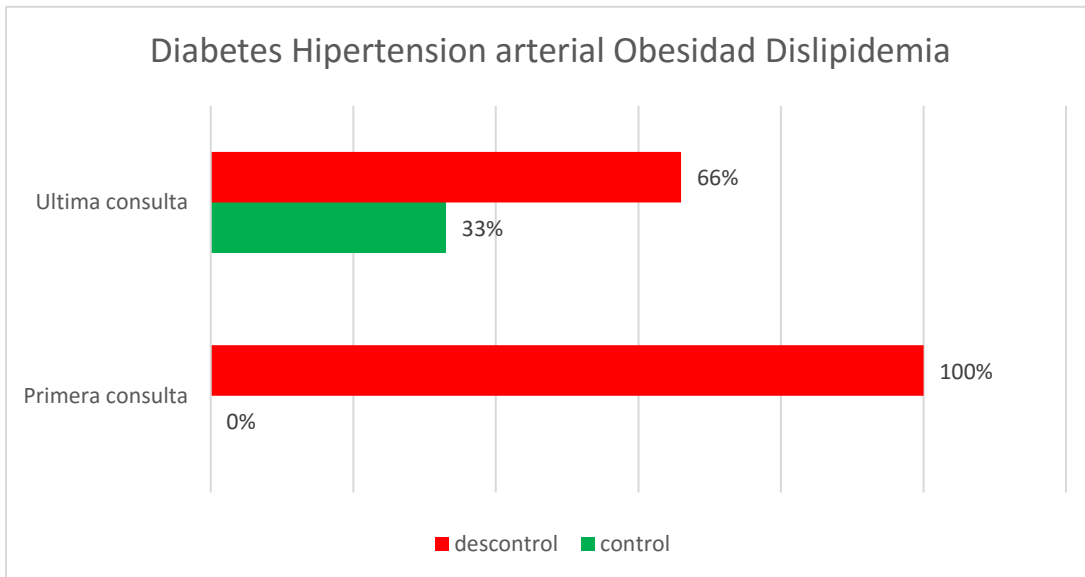




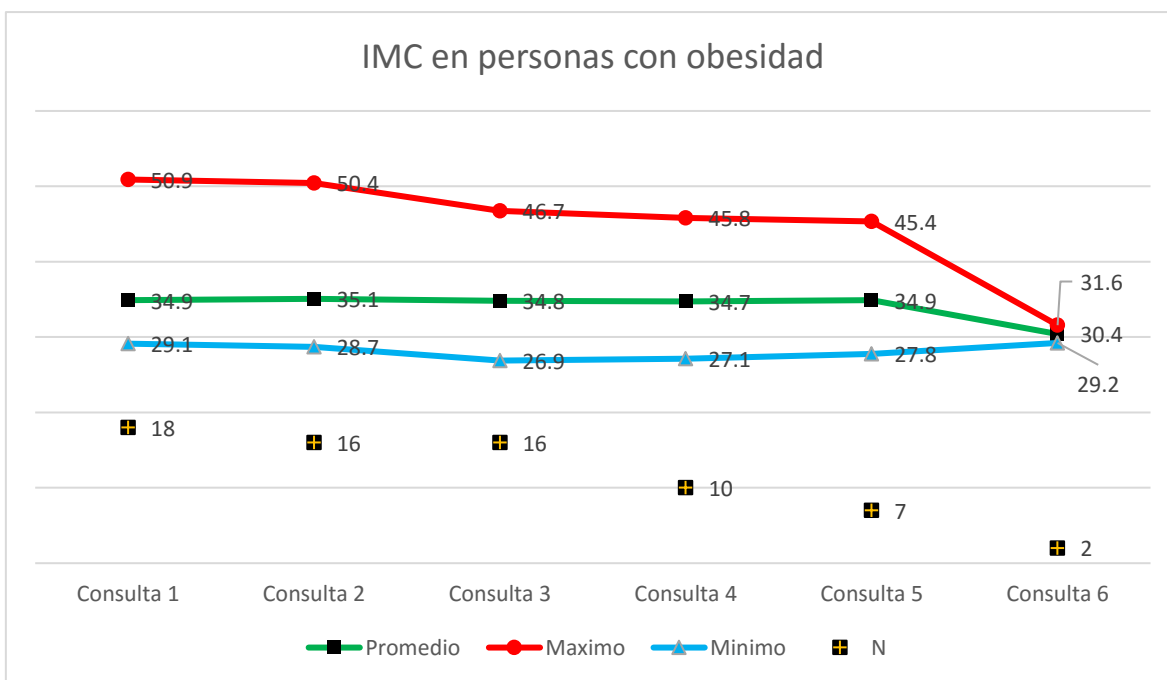
En cuanto a los pacientes con diabetes, hipertension y dislipidemia, la totalidad inicio en descontrol y a la última consulta mejoro sustancialmente con un 33% de control de estos pacientes siendo la diabetes la causa principal de descontrol



En cuanto a los pacientes con diabetes, hipertension y obesidad ,el 14% tenía control y el 86% descontrol en la primera consulta y a la última consulta mejoro sustancialmente con un 57% de control y un 43% de descontrol; siendo la diabetes la causa principal de descontrol, siendo la obesidad la principal causa de descontrol



En cuanto a los pacientes con diabetes, hipertension, obesidad y dislipidemia, la totalidad inicio en descontrol y a la última consulta mejoro sustancialmente con un 33% de control de estos pacientes siendo la obesidad la causa principal de descontrol.

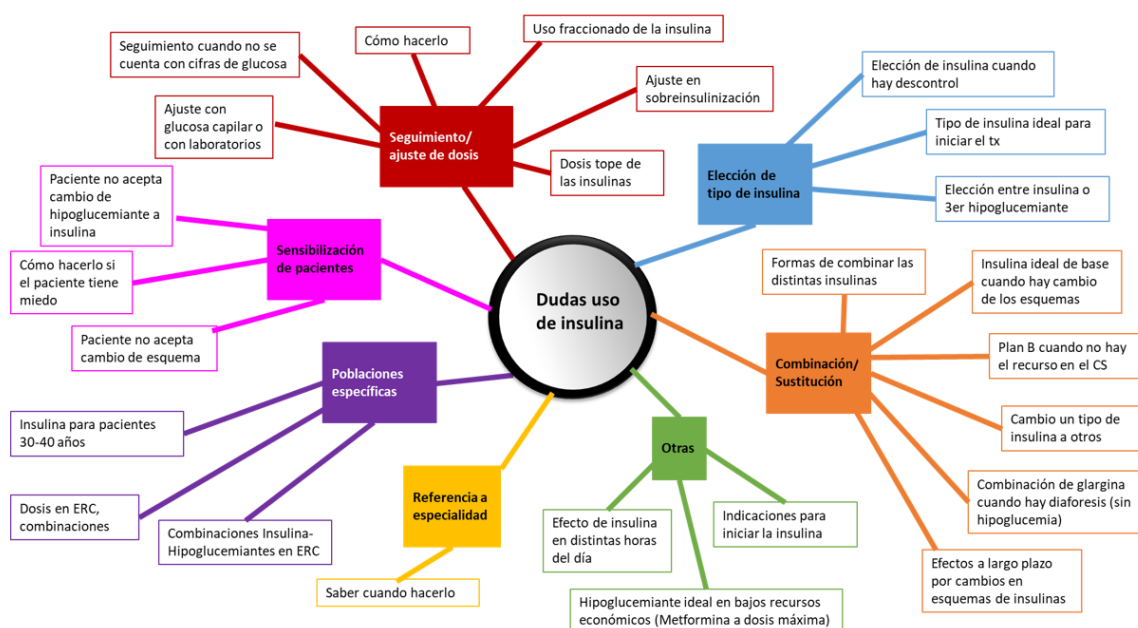


Pese a que la causa principal de descontrol en los pacientes con más de una patología se graficó el comportamiento del índice de masa corporal en las personas con diagnóstico de obesidad el cual disminuyó sustancialmente teniendo como promedio 34.9 de inicio y terminando en 30.4 a la última consulta.

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

Durante el diplomado del proyecto, el temario se desarrolló de tal forma en que se revisaran los primeros tres módulos de forma consecutiva, y a la par, se desarrollara el módulo 4. En el último se analizó la presentación de casos clínicos de pacientes con enfermedades crónicas que hubiesen dado su consentimiento para el estudio de su caso, y de esta manera, en las sesiones destinadas a esta actividad, se desarrolló el análisis de la atención que había tenido el o la paciente, y así, se reforzaran actitudes en pro del modelo, se diera una atención centrada en la persona y se fortaleciera la autogestión de las enfermedades crónicas. En cada uno de los casos resultó imprescindible exponer de forma clara la historia clínica del paciente con el objetivo de aclarar sus padecimientos y su estado de salud general, además de las emociones o el impacto generado en su vida cotidiana por sus diagnósticos, la forma de vivir su enfermedad, su personalidad, sus preocupaciones, sus aspiraciones; además, se hizo énfasis en desarrollar el entorno que rodeara a cada paciente, comprendiendo su entorno familiar y su red social de apoyo.

Dentro de estos análisis, desarrollados en cada sesión por un médico pasante distinto, se generaban dudas de diversas áreas del paciente por coordinadores y pasantes, resultando en tópicos generales que requerían una atención particular. Así se ejecutaron talleres tales como: uso de insulinas, plan de nutrición, hipoglucemiantes, entre otros.



Conclusiones.

La realización del servicio social en el centro de salud T III ampliación Hidalgo, fue sumamente grato, el ver a los pacientes con cierto miedo, a la actitud del médico al que están acostumbrados, tratándolos como personas que tienen voz, voto y sobre todo que se discute con ellos acerca del tratamiento a implementar, los siguientes objetivos, como el peso, la glicemia, la presión, el incentivo para hacer un cambio en la alimentación que pueda mantenerse en el tiempo.

Haberme enfocado en mi atención médica no solo con los pacientes que padecen enfermedades crónicas y llevar a la práctica todo lo aprendido en el diplomado enfocado en la implementación del modelo de atención integral de la salud centrada en la persona.

El tiempo en el centro de salud bajo este modelo me hizo darme cuenta de que el diálogo, la relación médico-paciente, la aplicación del modelo de atención centrado a una persona, se puede aplicar con cualquier paciente y motivo de consulta, dando lugar a lo que el paciente pudiera sentir con respecto a su enfermedad, su tratamiento, y las estrategias que ha desarrollado para mantener su control; empatizar e intentar comprender los factores asociados a un buen o un pobre apego al tratamiento, y en medida de lo posible buscar formas en las que se pudieran resolver, para continuar con el tratamiento de la

forma más adecuada, siempre acordada por el paciente, analizando las aspiraciones, miedos, realizaciones de los pacientes, conduce a apreciar una parte tan oculta de la atención médica como un ejercicio extremadamente complejo.

La consulta se convierte en una tarea real previendo los posibles resultados de un paciente y la terapéutica empleada, preparándose para resolver junto con el paciente los problemas nuevos, promover que surja el interés en su enfermedad y otorgarle las herramientas para resolver los problemas inmediatamente sin la necesidad de un médico.

Inicie el servicio social con la idea de prepararme con lo mas nuevo en terapéutica para los pacientes en general, de cualquier tipo de enfermedad, lo mas nuevo, lo que se hace "en primer mundo", pero deje de lado a la persona que carga con esa enfermedad, y lo que significa para ella, el proyecto, el diplomado las consultas subsecuentes, me enseñaron que sin necesidad de tener todo lo que recomienda "el primer mundo" se puede llegar a un nuevo estado de salud, con la persona que se siente bien y mejor a pesar de tener una enfermedad cronica, propiciando la relacion medico paciente, su lugar en el centro de salud, los servicios y las herramientas con las que cuenta para mejorar su salud, asi como su lugar en la comunidad y los lugares en los que personas acorde a su edad realizan ciertas prácticas que pueden mejoran su calidad de vida de estas personas que viven con enfermedades cronicas.

Bibliografía

ⁱ Dineen-Griffin S, Garcia-Cardenas V, Williams K, Benrimoj SI (2019) Helping patients help themselves: A systematic review of selfmanagement support strategies in primary health care practice. PLoS ONE 14(8): e0220116. [https:// doi.org/10.1371/journal.pone.0220116](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220116)

ⁱⁱ Allegrante JP, Wells MT, Peterson JC. Interventions to Support Behavioral Self-Management of Chronic Diseases. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2019;40(1):127–46. Available from: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044008>

ⁱⁱⁱ Van Riel PLCM, Zuidema RM, Vogel C, Rongen-van Dartel SAA. Patient Self-Management and Tracking: A European Experience. *Rheum Dis Clin North Am*. 2019 May;45(2):187-195. doi: 10.1016/j.rdc.2019.01.008. PMID: 30952392

^{iv} Erika Zamora Ramos, Daniel Alcántara Rico, Eva Gabriela Cabrera Sánchez, Tania Carolina Moreno Marín. Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016, Dirección General de Evaluación del Desempeño Dirección General de Información en Salud. 2016 Mexico ISBN 978-607-460-552-5 Publicación disponible en: <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-evaluacion-del-desempeno?idiom=es-MX>

-
- ^v Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, GaonaPineda EB, Lazcano-Ponce E, Martínez-Barnetche J, Alpuche-Arana C, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2021
- ^{vi} Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. How should we define health? *BMJ* 2011;343:d4163
- ^{vii} Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, et al. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open* 2019;9:e027775. doi:10.1136/bmjopen-2018-027775
- ^{viii} Bandura A. 2004. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ. Behav.* 31:143–64
- ^{ix} Clark NM, Gong M, Kaciroti N. 2014. A model of self-regulation for control of chronic disease. *Health Educ. Behav.* 41:499–508
- ^x Jonkman N. Self-management interventions for patients with a chronic disease: what works and in whom? Utrecht, the Netherlands: University Utrecht; 2016
- ^{xi} Greenwood DA, Gee PM, Fatkin KJ, Peeples M. A Systematic Review of Reviews Evaluating Technology-Enabled Diabetes Self-Management Education and Support. *J Diabetes Sci Technol.* 2017 Sep;11(5):1015-1027. doi: 10.1177/1932296817713506. Epub 2017 May 31. PMID: 28560898; PMCID: PMC5951000.
- ^{xii} Beck J, Greenwood DA, Blanton L, Bollinger ST, Butcher MK, Condon JE, Cypress M, Faulkner P, Fischl AH, Francis T, Kolb LE, Lavin-Tompkins JM, MacLeod J, Maryniuk M, Mensing C, Orzeck EA, Pope DD, Pulizzi JL, Reed AA, Rhinehart AS, Siminerio L, Wang J. 2017 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. *Sci Diabetes Self Manag Care.* 2021 Feb;47(1):14-29. doi: 10.1177/0145721720987926. PMID: 34078205.
- ^{xiii} Korzh O. Self-management Education in Type 2 Diabetes in Primary Care. *Folia Med (Plovdiv).* 2020 Sep 30;62(3):525-531. doi: 10.3897/folmed.62.e48558.. PMID: 33009765.
- ^{xiv} Cunningham AT, Crittendon DR, White N, Mills GD, Diaz V, LaNoue MD. The effect of diabetes self-management education on HbA1c and quality of life in African-Americans: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res.* 2018 May 16;18(1):367. doi: 10.1186/s12913-018-3186-7. PMID: 29769078; PMCID: PMC5956958.
- ^{xv} Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, GaonaPineda EB, Lazcano-Ponce E, Martínez-Barnetche J, Alpuche-Arana C, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2021
- ^{xvi} Erika Zamora Ramos, Daniel Alcántara Rico, Eva Gabriela Cabrera Sánchez, Tania Carolina Moreno Marín. Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016, Dirección General de Evaluación del Desempeño Dirección General de Información en Salud. 2016 Mexico ISBN 978-607-460-552-5 Publicación disponible en: <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-evaluacion-del-desempeno?idiom=es-MX>

-
- xvii Wright JM, Musini VM, Gill R. First-line drugs for hypertension. *Cochrane database Syst Rev*. 2018 Apr;4(4):CD001841.
- xviii Adidja NM, Agbor VN, Aminde JA, Ngwasiri CA, Ngu KB, Aminde LN. Non-adherence to antihypertensive pharmacotherapy in Buea, Cameroon: a cross-sectional community-based study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2018 Jul;18(1):150.
- xix Correa A, Rochlani Y, Khan MH, Aronow WS. Pharmacological management of hypertension in the elderly and frail populations. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2018 Aug;11(8):805–17.
- xx Agustini B, Mohebbi M, Woods RL, McNeil JJ, Nelson MR, Shah RC, et al. The association of antihypertensive use and depressive symptoms in a large older population with hypertension living in Australia and the United States: a cross-sectional study. *J Hum Hypertens*. 2020 Nov;34(11):787–94.
- xxi Chekka LMS, Chapman AB, Gums JG, Cooper-DeHoff RM, Johnson JA. Race-Specific Comparisons of Antihypertensive and Metabolic Effects of Hydrochlorothiazide and Chlorthalidone. *Am J Med*. 2021 Jul;134(7):918-925.e2.
- xxii Yang D-Y, Nie Z-Q, Liao L-Z, Zhang S-Z, Zhou H-M, Sun X-T, et al. Phenomapping of subgroups in hypertensive patients using unsupervised data-driven cluster analysis: An exploratory study of the SPRINT trial. *Eur J Prev Cardiol*. 2019 Nov;26(16):1693–706.
- xxiii Arguedas JA, Leiva V, Wright JM. Blood pressure targets in adults with hypertension. *Cochrane database Syst Rev*. 2020 Dec;12(12):CD004349.
- xxiv Ernst ME, MacLaughlin EJ. From Clinical Trials to Bedside: the Use of Antihypertensives in Aged Individuals. Part 2: Approach to Treatment. *Curr Hypertens Rep*. 2019 Oct;21(11):83.
- xxv Reeve E, Jordan V, Thompson W, Sawan M, Todd A, Gammie TM, et al. Withdrawal of antihypertensive drugs in older people. *Cochrane database Syst Rev*. 2020 Jun;6(6):CD012572.
- xxvi Xie Z, Zhang J, Wang C, Yan X. Chronotherapy for morning blood pressure surge in hypertensive patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cardiovasc Disord*. 2021 Jun;21(1):274.
- xxvii Sheppard JP, Burt J, Lown M, Temple E, Lowe R, Fraser R, et al. Effect of Antihypertensive Medication Reduction vs Usual Care on Short-term Blood Pressure Control in Patients With Hypertension Aged 80 Years and Older: The OPTIMISE Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2020 May;323(20):2039–51.
- xxviii Musini VM, Tejani AM, Bassett K, Puil L, Wright JM. Pharmacotherapy for hypertension in adults 60 years or older. *Cochrane database Syst Rev*. 2019 Jun;6(6):CD000028.