

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

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

Implementación del Modelo de atención integral centrado en la persona, en el centro de salud tipo III Xochimilco, alcaldía Xochimilco, Ciudad de México; como pasante del servicio social durante el periodo agosto 2022 a julio 2023

MPSS. Inocencia Epitacio Villanueva
2163062997
PROMOCIÓN: AGOSTO 2022 – JULIO 2023

Dr. Víctor Ríos Cortázar

Asesor Interno

Alejandra Gasca García

Asesora Externa

31 de julio 2023.

PRESENTACIÓN

El presente documento es el resultado de un año de actividades realizadas en el proyecto y diplomado, un año repleto de aprendizaje y experiencias inolvidables. El propósito de este es transmitir estos conocimientos a futuras generaciones de médicos pasantes para que cada vez sean más los que reconozcan la importancia y lleven a cabo una atención centrada en la persona.

Este documento contiene actividades de cada uno de los módulos que integran el diplomado, en el primer apartado “El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco (MAICP)”, se encuentra una breve descripción de este modelo, así como del diplomado.

En el apartado correspondiente al Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica, Enfoque de capacidades, podemos encontrar el trabajo final del módulo, el cual consiste en un ensayo realizado con el propósito de describir los primeros 2 componentes del método clínico centrado en la persona, esto se logra a través de un caso clínico de una paciente real que vive con enfermedades crónicas que fue atendida durante mi servicio social en una unida de primer nivel, C.S. TIII Xochimilco

En el apartado correspondiente al Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados. Se encuentra la revisión sistemática elaborada debido a la necesidad de algunos pacientes de buscar una alternativa a la triple terapia con el uso de insulina.

En el Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas se localiza un balance del desempeño clínico en el proyecto, está constituido por datos y la elaboración de gráficas a partir de los datos de cada paciente atendido en el programa durante el periodo agosto 2022-julio2023. A demás se realiza una descripción de la acción comunitaria realizada, consistente en la participación en los encuentros de pacientes realizados.

En el Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos. Se describe cada uno de 4 casos clínicos vistos a lo largo del año, además se integra un caso clínico presentado.

Se presentan las conclusiones a cerca de la realización del servicio social en SEDESA y particularmente en el proyecto, tomando el diplomado. Por último, se presenta la bibliografía consultada para la elaboración de este documento, así como en los anexos material realizado para los pacientes y algunas fotografías de los encuentros de pacientes y otras actividades realizadas dentro del modelo de atención.

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

El modelo de atención crónica de Wagner et al. 1999, fue el punto de partida para el desarrollo del Modelo expandido de cuidados crónicos. El cual tomó los subsistemas: comunidad, sistemas de salud y los productos de las interacciones entre las personas y el personal de salud, además añadió el concepto de promoción de la salud. Con ello se logró un sistema más integrado en el cual, los cuatro componentes que antes solo pertenecían al sistema de salud también pertenecieran a la comunidad. Estos componentes son: la autogestión, el apoyo a las decisiones, la reorientación de los servicios de salud y los sistemas de información. Por su parte el subsistema de comunidad también tendría componentes únicos como lo son: la construcción de políticas públicas saludables, creación de entornos de apoyo, y el fortalecimiento de la acción comunitaria (1).

Durante la implementación de este modelo en el primer nivel de atención, podemos observar de cerca los resultados de la interacción de una persona, informada, que vive con una o más enfermedades crónicas con el personal de salud. Como esta relación que para muchos puede parecer vertical se vuelve horizontal, llevando a cabo decisiones en el tratamiento mediante acuerdos y no imposiciones, ya que las personas desarrollan habilidades que les permiten tomar decisiones sobre su salud, de igual forma estas personas son muchas veces las encargadas de generar una activación en su comunidad, iniciando el cambio probablemente con sus familias partiendo del autocuidado.

3. El diplomado

El diplomado está compuesto por 4 módulos; Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades; Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados; Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas; Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos.

De estos módulos 3 son subsecuentes y el cuarto se lleva de manera paralela a los otros 3. Se llevó a cabo de manera semipresencial, alternando cada semana en distintos espacios reunirnos de forma presencial para los módulos subsecuentes y de forma remota para el módulo 4, logrando con esto la unión de ambas promociones de médicos pasantes.

Mi participación en el diplomado a lo largo de este año fue de forma activa en las sesiones presenciales y vía remota, llevando los conocimientos obtenidos a la práctica durante las actividades del servicio social. Considero que la participación conjunta de todos los que integramos esta promoción enriqueció cada una de las sesiones, siempre se generó conversación y se habló de temas relevantes que te invitaron a la reflexión aún terminada la sesión.

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

DESARROLLO DE LOS PRIMEROS DOS COMPONENTES DEL MÉTODO CLINICO CENTRADO EN LA PERSONA, A TRAVÉS DEL CASO CLINICO DE UN PACIENTE QUE VIVE CON UNA ENFERMEDAD CRÓNICA, ATENDIDO EN EL CST III XOCHIMILCO

CONTENIDO

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- JUSTIFICACIÓN
- SURGIMIENTO DEL METODO CLINICO CENTRADO EN LA PERSONA
- COMPONENTES DEL METODO CLINICO CENTRADO EN LA PERSONA
- PRIMER COMPONENTE: ABORDAR LA DOLENCIA, LA SALUD Y LA ENFERMEDAD
 - LA ENFERMEDAD
 - LA DOLENCIA
 - LA SALUD
- SEGUNDO COMPONENTE: ENTENDER A LA PERSONA COMO UN TODO
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA (ver al final)

INTRODUCCIÓN

El método clínico centrado en la persona surge del concepto de medicina centrada en el paciente introducido por Balint en 1955. En distintos países autores como Levenstein, Mccracken, McWhinney y Stewart se sumaron a la búsqueda de cambiar el método clínico que se centraba en la enfermedad. Esto dio como resultado 4 componentes que los profesionales de la salud necesitamos llevar a cabo cuando nos aproximamos 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. Dado que para muchos es un campo desconocido, aquí se trata de describir los 2 primeros componentes a través del caso clínico de un paciente que vive con una enfermedad crónica.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Describir a través del caso clínico, de una persona que vive con enfermedades crónicas, el primer y segundo componente del método clínico de atención centrado en la persona

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Explicar cómo se explora la salud, dolencia y enfermedad por medio del caso clínico de un paciente con enfermedades crónicas
- Analizar el contexto cercano y el contexto remoto de un paciente que vive con una enfermedad crónica
- Compartir la experiencia al poner en práctica el primer componente del método clínico de atención centrada en la persona en pacientes con enfermedades crónicas

JUSTIFICACIÓN

El presente ensayo se llevó a cabo al reconocer la necesidad de describir como se desarrolla el método clínico de atención centrado en la persona, por medio de ejemplos con un paciente real que vive con una enfermedad crónica como lo es la diabetes. Estamos acostumbrados a centrarnos en la enfermedad y no en la persona, por lo que es necesario material de apoyo que nos ayude a entender más sobre este modelo de atención, esperando que el presente ensayo sirva como motivación para su correcta aplicación en el primer nivel de atención por parte de los médicos pasantes.

SURGIMIENTO DEL METODO CLINICO CENTRADO EN LA PERSONA

En las últimas décadas ha tomado gran importancia el ver a los pacientes de una forma integral, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud, y ya no solo enfocándose en tratar a la enfermedad. El método clínico es el equivalente al método científico aplicado a la medicina, una serie ordenada de pasos que los médicos debemos seguir para llegar a un diagnóstico (2). Sin embargo, fue importante que este método evolucionara a una atención que se encuentre centrada en la persona.

La medicina centrada en el paciente fue introducida por Balint (4). El autor publicó en 1955 su obra, en la cual afirmó la capacidad del profesional para tratar el paciente como un todo y no solo su enfermedad (3).

Posteriormente tanto en Estados Unidos con Jack Madalie y en Canadá McWhinney, Brown y Stewart, se realizaron trabajos encaminados a encontrar una forma más globalizadora para intentar entender cómo el sufrimiento y la enfermedad están influidos por múltiples niveles de la organización humana, que van desde el molecular hasta el social, desarrollando con esto el método clínico centrado en la persona (4,5). En 1986 Levenstein, Mccracken, McWhinney y Stewart publicaron un artículo sobre este método y un modelo para la relación médico paciente en la medicina familiar (6).

COMPONENTES DEL METODO CLINICO CENTRADO EN LA PERSONA

Como indicó Cuba-Fuentes y cols. (7) “este método clínico busca que los profesionales de la salud 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”.

La forma integral de ver a la persona nos ayuda a comprender mejor su experiencia de salud, es importante individualizar a cada paciente en cada uno de los componentes del método clínico centrado en la persona para que este tenga éxito.

PRIMER COMPONENTE: ABORDAR LA DOLENCIA, LA SALUD Y LA ENFERMEDAD.

LA ENFERMEDAD

Abordar la enfermedad es algo a lo que estamos acostumbrados, desde nuestros cursos de propedéutica nos han enseñado la forma correcta de realizar una buena historia clínica, que contenga la ficha de identificación del paciente, sus antecedentes heredofamiliares, sus antecedentes personales no patológicos y los patológicos, dependiendo del género, sus antecedentes gineco-obstétricos o andrológicos, hemos aprendido semiología para poder identificar el padecimiento que lleva al paciente a consulta, y a interrogar en busca de algún síntoma en cada uno de los aparatos y sistemas del organismo, así como realizar una exploración física completa en busca de signos, no olvidando el orden, inspección, palpación, percusión y auscultación. Nos ayudamos también de estudios de laboratorio para saber si existe alguna alteración bioquímica, en el caso de los pacientes con alguna enfermedad crónica es importante la realización de una química sanguínea donde podremos observar si los niveles de cada uno de los 6 elementos básicos (glucosa, creatinina, colesterol, triglicéridos, urea, BUN), se encuentra alterados. Además de estos algunos estudios de imagen nos podrían orientar dependiendo de los síntomas que nos diga el paciente y de los signos que encontremos, es importante recalcar que todos estos estudios son de ayuda, pero no son más importantes que la clínica. Actualmente en la mayoría de las instituciones existen formatos que nos sirven de ayuda para guiarnos en la tarea de realizar una buena historia clínica y asegurarnos de que no se nos olvide ningún detalle, tenemos que usarlos de una forma adecuada, no dar por entendido ningún dato, sino anotarlos.

La forma en que abordamos a la enfermedad no es más que el propio método clínico, seguimos una serie de pasos o etapas ordenadas que nos llevarán a un diagnóstico. Las etapas que incluye este método son cinco.

Primera etapa: identificación del problema. Este es el motivo de consulta por el cual acude la persona. Segunda etapa: búsqueda de información. Esta búsqueda se realiza de forma intencionada a través del interrogatorio y la exploración física.

Tercera etapa: Formulación de la hipótesis, la cual se realiza de manera inductiva, agrupando signos y síntomas para un diagnóstico probable. Cuarta etapa: Contrastación del diagnóstico, para ello se utilizan pruebas diagnósticas, ya sea de laboratorio, imagen o anatomopatológicas. Quinta etapa: Diagnóstico definitivo, en la que se acepta o se rechaza la hipótesis formulada en la tercera etapa, puede o no ser debido a los resultados obtenidos en la cuarta etapa (2).

LA DOLENCIA

Para abordar la dolencia es necesario indagar acerca de los sentimientos del paciente, las ideas que tiene con respecto a su enfermedad y como esta afecta su funcionalidad en la vida diaria, también debemos saber qué expectativas tiene sobre la relación médico paciente. Estos aspectos se pueden agrupar en el acrónimo SIFE, S: sentimientos; I: ideas; F: función; E: expectativas. (4).

Cuando queremos indagar acerca de la dolencia en un paciente con una o más enfermedades crónicas es necesario dejar a un lado nuestros prejuicios, hacerle preguntas sencillas y darle tribuna libre, por lo cual se requiere tener un espacio adecuado, donde el ruido exterior no nos distraiga, en el cual las interrupciones sean mínimas y se cuente con la privacidad adecuada para crear un ambiente de confianza, además de que se debe contar con el tiempo necesario. Al principio suele ser un tanto complicado, la mayoría de los pacientes no están acostumbrados a decirle al médico cómo se sienten más allá de los síntomas por los que acuden a consulta, sin embargo, puede lograrse.

Para tratar de explicar la aplicación del segundo aspecto (dolencia), contenido en el primer componente del método clínico centrado en la persona, nos basaremos en un caso real del C.S.T III Xochimilco, guardando la identidad de nuestra paciente a quién identificaremos como R.H.I quien tiene 70 años y cuenta con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 desde hace 6 años.

De acuerdo con el acrónimo SIFE, lo primero a indagar son sus sentimientos, recordemos que previamente se realizó una historia clínica, en este caso las preguntas que se realizaron para saber lo que sentía la paciente fueron las

siguientes: ¿qué siente con respecto a los niveles elevados de glucosa que ha tenido?, ¿qué sintió cuando le dieron el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2?, ¿siente que su familia se preocupa mucho por usted? Es importante recalcar que la sencillez de las preguntas es de acuerdo con el nivel de escolaridad y/o entendimiento que el paciente tenga acerca de su enfermedad. Podríamos entonces cambiar la primera pregunta para un paciente que aún no está familiarizado con el término “glucosa” por la siguiente: ¿Qué siente con respecto a los niveles elevados de azúcar en la sangre que ha tenido? Recordemos que este modelo tiene un enfoque de capacidades, por lo que debemos dar ciertas herramientas, en este caso explicaciones de algunos términos médicos, para que los pacientes las utilicen a su favor.

Las respuestas de la paciente fueron las siguientes: “Ahorita me siento bien, antes estaba triste, cuando me dieron el diagnóstico no podía creerlo, nadie en mi familia tiene diabetes, me preguntaba ¿cómo soy la única?, me sentía enojada porque no entendía por qué me había enfermado de esto, ahora vivo con mi hermana y su familia, ella me da ánimo diciéndome que me va bien a comparación de otras personas con diabetes”.

Aquí identificamos principalmente dos sentimientos, la tristeza y el enojo, los cuales son parte del proceso de duelo por pérdida de la salud. Comúnmente asumimos que un duelo únicamente se vive cuando se pierde a un ser querido o cuando una relación se rompe, sin embargo, los pacientes pueden llegar a tener un proceso de duelo al sentir que han perdido su salud, al ser diagnosticados con una enfermedad.

Siguiendo el acrónimo para explorar la dolencia (SIFE), indagamos acerca de las ideas que el paciente tiene. Las preguntas realizadas a la paciente fueron las siguientes: ¿qué sabe acerca de la diabetes?, ¿qué es lo que sabe acerca de la insulina?, ¿qué acciones cree usted que podrían ayudarle a disminuir sus niveles de glucosa?, ¿qué acciones cree que no le hacen bien?

Las respuestas de la paciente con respecto a lo que sabía y pensaba fueron las siguientes: “Es una enfermedad que hace que el azúcar no pueda entrar a las células de mi cuerpo. Al principio solo sabía de la insulina, lo que mis vecinos me

decían, que la insulina te dejaba ciego, que no me la pusiera, después, al acudir a consulta me explicaron que eso ocurría por la enfermedad. Lo que creo que me ha ayudado con mi enfermedad es que ya como mejor, antes no cuidaba lo que comía”.

El siguiente aspecto que indagar en la dolencia es la función. Las preguntas que se realizaron son: ¿cómo interfiere la diabetes en su vida diaria?, ¿Cómo cree que sería su vida si no tuviera diabetes?, ¿en qué cree que la diabetes la limita para lograr sus aspiraciones?

Las respuestas obtenidas fueron las siguientes: “Al principio creía que ya no podría ver y que dependería de mi hermana para todo, pero me he dado cuenta de que puedo llevar una vida como antes solo sin abusar de la comida. Creo que el tener diabetes no me ha limitado, he aprendido por ejemplo a comer mejor y trato de enseñarle a mi hermana porque yo cocino para todos”.

El último aspecto al indagar la dolencia son las expectativas, algunos ejemplos de preguntas son: ¿qué espera que haga por usted en esta consulta?, ¿cómo espera que sea nuestra relación?, en los pacientes que llevan más de una consulta podemos incluir preguntas sobre si las expectativas que tenía al inicio se han cumplido o si se han ido modificando y cuál cree que ha sido la razón.

En el caso de esta paciente es la segunda consulta a la que ha acudido, sus respuestas a las preguntas fueron: “Me ha gustado la forma en que me ha explicado algunas cosas, espero que todo el tiempo la consulta sea así”.

LA SALUD

Para abordar la salud que es el tercer aspecto del primer componente del método clínico centrado en la persona, es necesario recordar su definición por parte de la OMS (8) la cual nos dice que es un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la usencia de afecciones o enfermedades”. Para este apartado nosotros debemos conocer si el paciente tiene la capacidad para cumplir con sus propósitos y metas, así como sus aspiraciones. Podríamos preguntar, por ejemplo: ¿Cuáles son sus metas a corto, mediano y largo plazo?, ¿Cree que su capacidad para cumplir sus propósitos ha cambiado desde que le dieron el

diagnóstico de diabetes?, ¿Ha tenido nuevas metas o propósitos desde su diagnóstico? En el caso de la paciente sus respuestas fueron: “mi meta es mantener mis niveles de glucosa dentro de las metas, a corto plazo realizar más actividad física. Creo que los que han cambiado han sido mis propósitos, antes no hubiera pensado a retomar el ejercicio a mi edad”.

SEGUNDO COMPONENTE: ENTENDER A LA PERSONA COMO UN TODO.

Como ya vimos el paciente es más que una enfermedad, es una persona con sentimientos, ideas o creencias, expectativas y cambios en su vida, un ser único con identidad y personalidad propias, que se desarrolla en un contexto proximal y un contexto remoto (4,7).

Para explorar a la persona nos es muy útil el interrogatorio contenido en la historia clínica, así nos damos cuenta de que nuestra paciente es una persona del sexo femenino, de 70 años, que actualmente se dedica al hogar, que su escolaridad es nivel básico, que profesa la religión cristiana.

En cuanto al contexto proximal, generalmente se trata de la familia, se pueden hacer preguntas acerca de la dinámica familiar, identificar el tipo de familia, la etapa del ciclo vital en la que se encuentra, e incluso elaborar un genograma para desarrollar este componente de una forma esquemática (5). En el caso de la paciente R.H.I. está conformada por su hermana menor, su sobrina y su cuñado. Su hermana es QFB por lo que trabaja fuera de casa, su cuñado es abogado, su sobrina está por terminar la preparatoria. La paciente es quien prepara los alimentos la mayoría de las veces y se encarga de las tareas del hogar. Refiere que la dinámica familiar no es complicada, que su familia ve como algo normal su enfermedad y que su hermana siempre la ha apoyado. Su tipo de familia es extensa ya que está compuesta por los progenitores (su hermana y su cuñado) y una hija, además de la paciente (9). Algunos de los nuevos tipos de familias con los que nos ponemos encontrar en la consulta, como este, no encajan en alguna etapa del ciclo vital familiar de acuerdo con los establecidos por Geyman y Duval (10).

Por otra parte, para terminar de desarrollar el segundo componente, tenemos el contexto remoto, es aquí donde entran los determinantes de la salud, la comunidad en la que vive, la cultura, la economía, los medios de comunicación, el sistema de salud (4,5,6). Al explorar el contexto remoto de la paciente encontramos que vive en Xochimilco, la segunda alcaldía con mayor índice de marginación de la ciudad de México según la Encuesta Nacional de Ocupación y empleo realizada en 2021, también esta alcaldía es conocida por realizar grandes festividades religiosas donde se da comida tradicional a los asistentes, el sistema de salud al que tiene acceso es al de salud pública por medio de la gratuidad, actualmente depende económicamente de una pensión federal.

Estos son los primeros dos componentes del modelo de atención integral centrado en la persona, en los que podemos obtener información muy valiosa que nos servirá para desarrollar los siguientes dos componentes: elaborar un proyecto común e intensificar la relación médico paciente.

CONCLUSIONES

El poner en práctica el método clínico de atención centrada en la persona requiere que el personal de salud adquiera habilidades y destrezas que le permitan tener una mejor capacidad comunicativa. La mayoría de nosotros nos encontramos familiarizados únicamente con la exploración de la enfermedad incluida tan solo en el primer componente del método clínico centrado en la persona, por lo que es necesario llevar a la práctica la exploración de la dolencia y la salud para poder continuar desarrollando este modelo y permitirnos entender a la persona como un todo, esto nos permitirá elaborar un proyecto común buscando siempre intensificar la relación médico paciente, ya que todos estos son los componentes de este modelo de atención. El realizar el servicio social en un primer nivel de atención que ha implementado este modelo me ha permitido desarrollar habilidades de exploración sobre la dolencia y la salud de los pacientes, me permite ver más allá y relacionarlo con su entorno. Considero necesario que este modelo sea conocido no solo por los pasantes y el personal directamente involucrado sino por todos los que formamos parte del sistema de salud.

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

“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.”

CONTENIDO:

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA
- PROTOCOLO DE LA REVISIÓN
- EJECUCIÓN
- SÍNTESIS DE DATOS (RESULTADOS)
- RECOMENDACIONES
- CONCLUSIONES
- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (Sección final del trabajo)
- ANEXOS

INTRODUCCIÓN

La prevalencia nacional de diabetes es de 15.8% de la población según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2021 (11), lo que representa un grave problema de salud pública. Por su parte el CONEVAL en el 2020 (13, 14), 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 (11), 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% (12), 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 (12) (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 (13). (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; biguanida, 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 biguanida 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 glucosilada en pacientes con uso de terapia triple de hipoglucemiantes orales.
- Metaanálisis
- 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 glucosilada 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 Dipetidil 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

iSGLT2 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 (16), 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 (17), y una disminución de 0.82% si es DAPA la que se añade a un tratamiento previo con MET + SAXA (16). 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% (18), la combinación de MET + SITA + PIO obtuvo - 1.10% (18), MET + VILDA + SULF con un resultado de -1.01% (18), la combinación MET + LINA + PIO redujo -0.84% (18), MET + SITA + SULF redujo -0.80% (14), MET + SAXA + SULF obtuvo un resultado de -0.74% (18), MET + LINA + SULF redujo -0.72% (18), y por último, la combinación de tres hipoglucemiantes que obtuvo una reducción menor en cifras de hemoglobina glucosilada fue MET + SITA + DAPA la cual redujo - 0.50% (18).

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

<i>GRUPOS DE HIPOGLUCEMIANTES COMBINADOS</i>	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 Petidasa 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 (21), 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 sulfonilurea 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 la Diabetes Mellitus Tipo 2 y/o comorbilidades.

ANEXOS

GLOSARIO

INHIBIDORES DE DIPEPTIDIL PEPTIDASA-4 (DPP-4): Los inhibidores de la DPP-4 son agentes antihiperoglucemiantes orales que actúan aumentando las concentraciones posprandiales 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 sulfonilurea 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).

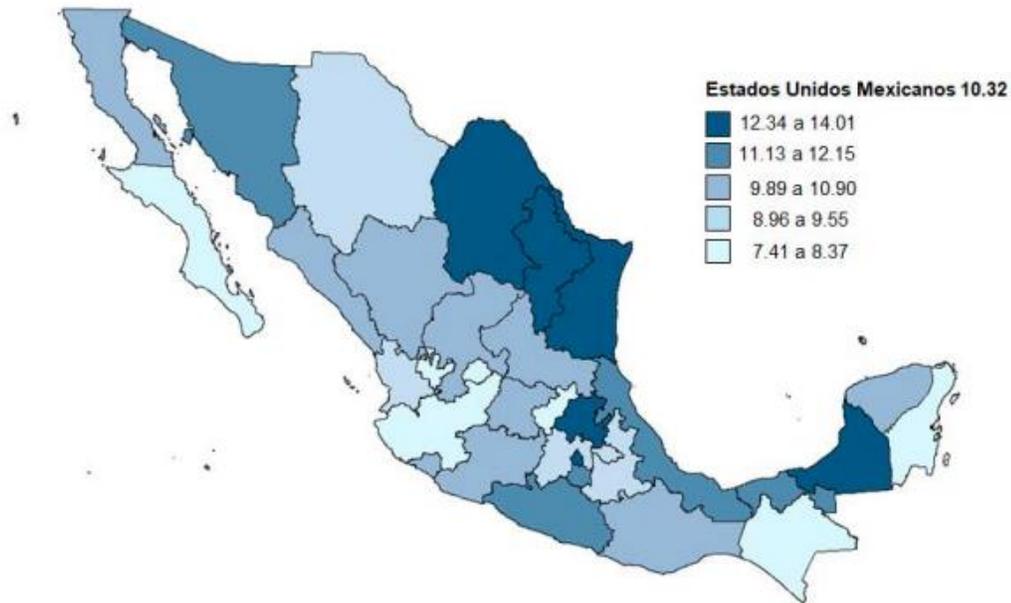
Al usarse como monoterapia, las TZD disminuyen los niveles plasmáticos de hemoglobina glucosilada 1Ac (Hb1Ac) en niveles similares a las sulfonilureas, metformina o el tratamiento con insulina, sin causar hipoglucemia (13).

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)¹⁸ 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)



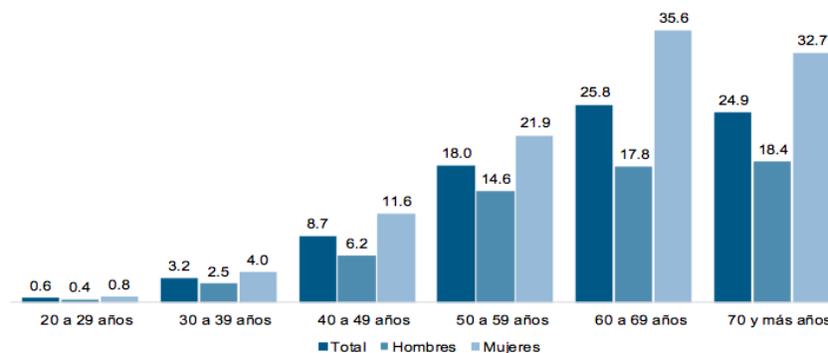
Nota: La prevalencia se refiere a la población de 20 años y más que al momento de la encuesta declaró tener un diagnóstico previo de diabetes. Fuente: INEGI, INSP, SALUD. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018.

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.



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
Pobreza									
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
Privación social									
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
Indicadores de carencia social									
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
Bienestar económico									
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) y la Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México, tercera edición (<https://www.coneval.org.mx/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.

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

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

1. Número total de pacientes con enfermedades crónicas atendidos a lo largo del año de servicio social, de acuerdo con los registros (preexistentes y de nuevo ingreso) en Redcap.

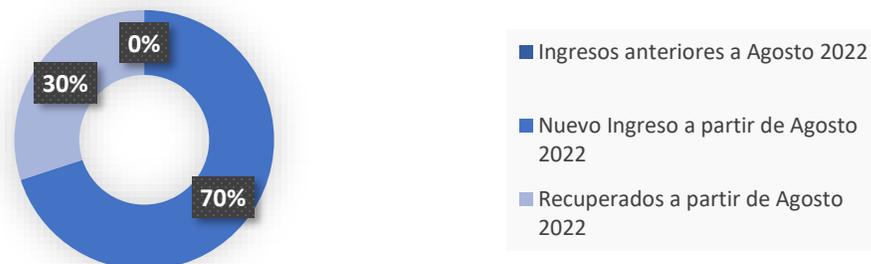
Tabla No. 1

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

<i>Momento de ingreso</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
<i>Ingreso anterior a agosto de 2022</i>	0	0
<i>Nuevo ingreso a partir de agosto de 2022</i>	14	70
<i>Recuperados a partir de agosto de 2023</i>	6	30
<i>Total</i>	20	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023.

Gráfica 1. Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023



Elaboración propia, datos RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023.

En la gráfica se visualiza que el 70% de los pacientes atendidos actualmente en el proyecto, son de nuevo ingreso, estos pacientes ingresaron a partir de Agosto 2022, se recuperó a 6 pacientes que ya habían sido atendidos en el programa pero que dejaron de recibir la atención por algún motivo, estos representan el 30% del total de pacientes atendidos.

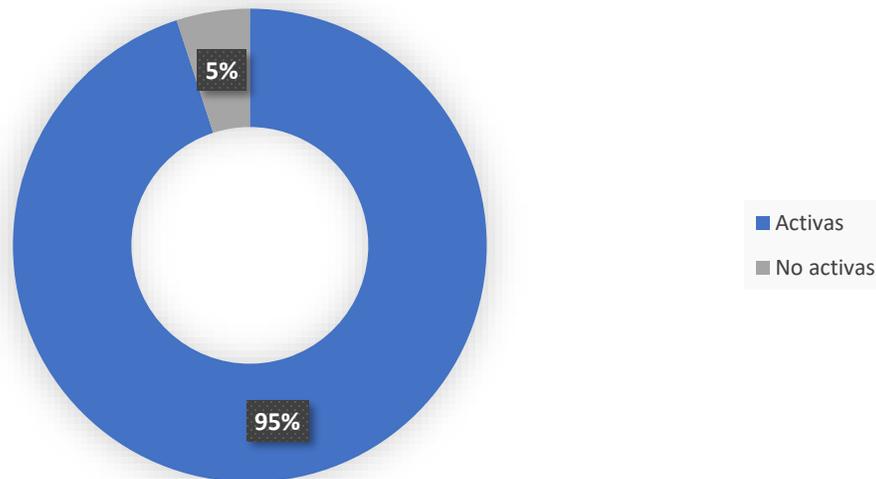
Tabla No.2

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

<i>Condición de participación</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
<i>Activas</i>	19	95
<i>No activas</i>	1	5
<i>Total</i>	20	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Gráfica 2. Condición de participación



Elaboración propia, datos RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023.

El 95% del total de pacientes atendidos en el modelo se encuentra en un estatus de activo, estos son los pacientes que asistieron con regularidad a sus consultas, el 5%, correspondiente a una persona se encuentra no activa debido a que dejó de ser atendida.

Tabla No.3

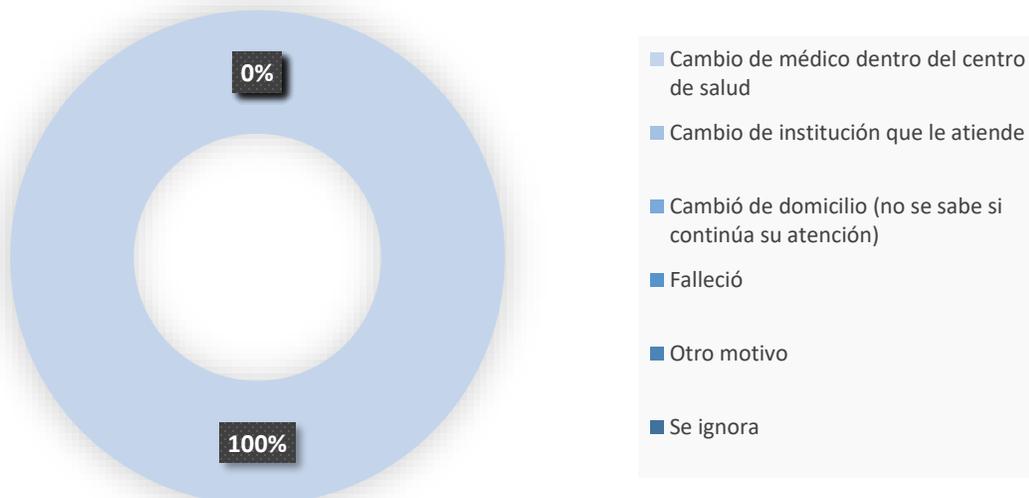
Motivos por los cuales pacientes atendidos en el proyecto han sido incluidos en la condición de no activos en el proyecto durante el periodo agosto 2022–julio 2023

Centro de Salud T. III: Xochimilco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

<i>Motivos de inclusión como No activas</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
<i>Cambio de médico dentro del centro de salud</i>	1	100
<i>Cambio de institución que le atiende</i>	0	0
<i>Cambió de domicilio (no se sabe si continúa su atención)</i>	0	0
<i>Falleció</i>	0	0
<i>Otro motivo</i>	0	0
<i>Se ignora</i>	0	0
<i>Total</i>	1	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Gráfica 3. Motivos de inclusión como No activas



Elaboración propia, datos RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023.

Se incluyó a la persona que se encuentra en estatus de no activa en el modelo, como se visualiza en la gráfica, debido a cambio de médico dentro de la unidad.

2. Información demográfica:

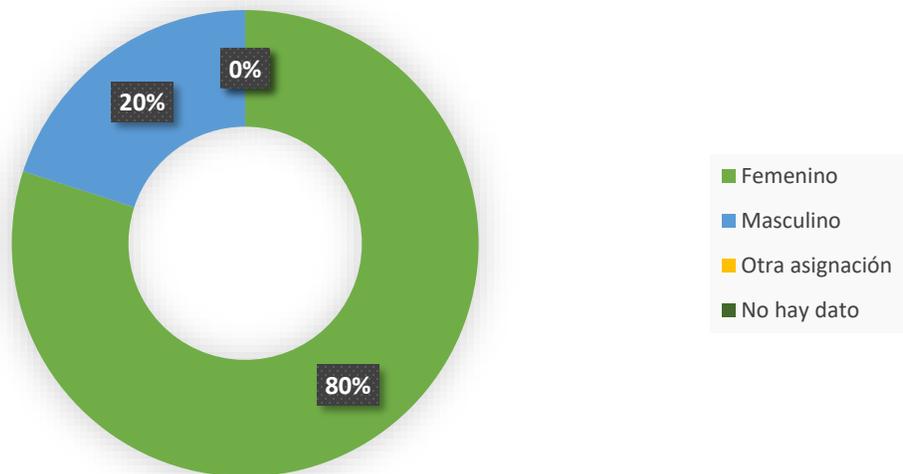
Tabla No.4

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	%
<i>Femenino</i>	16	80
<i>Masculino</i>	4	20
<i>Otra asignación</i>	0	0
<i>No hay dato</i>	0	0
<i>Total</i>	20	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Gráfica 4. Distribución de acuerdo a sexo



Elaboración propia, datos RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023.

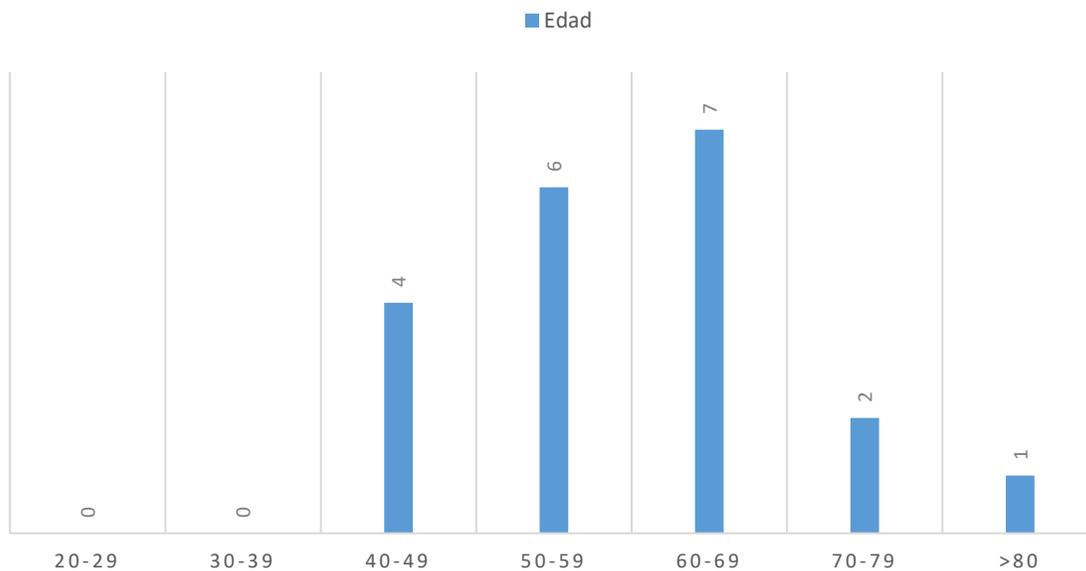
La gráfica muestra la gran prevalencia del sexo femenino (80%) en la población atendida en el modelo, mientras que el sexo masculino representa una quinta parte (20%).

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

<i>Edad</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	4	20
50 – 59 años	6	30
60 – 69 años	7	35
70 – 79 años	2	10
80 y más años	1	5
<i>Total</i>	20	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

GRÁFICA 5. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A EDAD



Elaboración propia, datos RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023.

La gráfica muestra como la distribución de las personas atendidas se centra en la sexta y séptima década de la vida, en la tabla observamos que esto corresponde al 65%, el resto de las personas se encuentra distribuidas entre la quinta, octava y novena décadas de la vida.

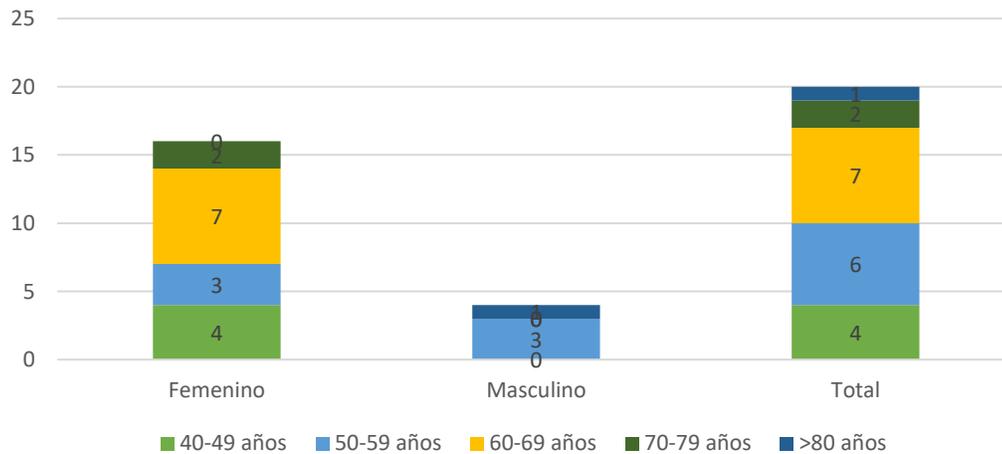
Tabla No.6

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con 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	0	0	0	0	0	0
40 – 49 años	4	20	0	0	4	20
50 – 59 años	3	15	3	15	6	30
60 – 69 años	7	35	0	0	7	35
70 – 79 años	2	10	0	0	2	10
80 y más años	0	0	1	5	1	5
Total		100		100		100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Gráfica 6. Distribución de acuerdo a edad y sexo



Elaboración propia, datos RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023.

La gráfica de barras muestra que 7 de las personas del sexo femenino atendidas se encuentran entre los 60-69 años de edad, mientras que para el sexo masculino la mayor cantidad se encuentra entre los 50-59 años de edad.

3. Diagnóstico y seguimiento

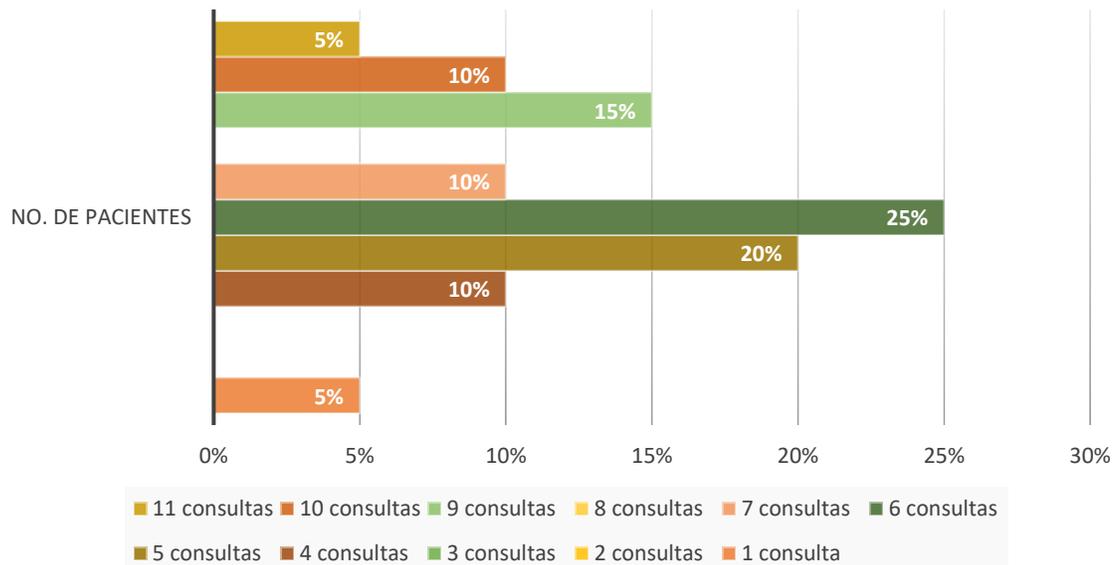
Tabla No.7

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	1	5
2	0	0
3	0	0
4	2	10
5	4	20
6	5	25
7	2	10
8	0	0
9	3	15
10	2	10
11	1	5
12 y más	0	0
Total	20	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Gráfica 7. No. de consultas recibidas



Elaboración propia, datos RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023.

La gráfica de barras muestra que el 25% de las personas atendidas a recibido por lo menos 6 consultas, el 35% más de 6 consultas, solo el 5% recibió una consulta, el máximo de consultas fue 11 y representa el 5%.

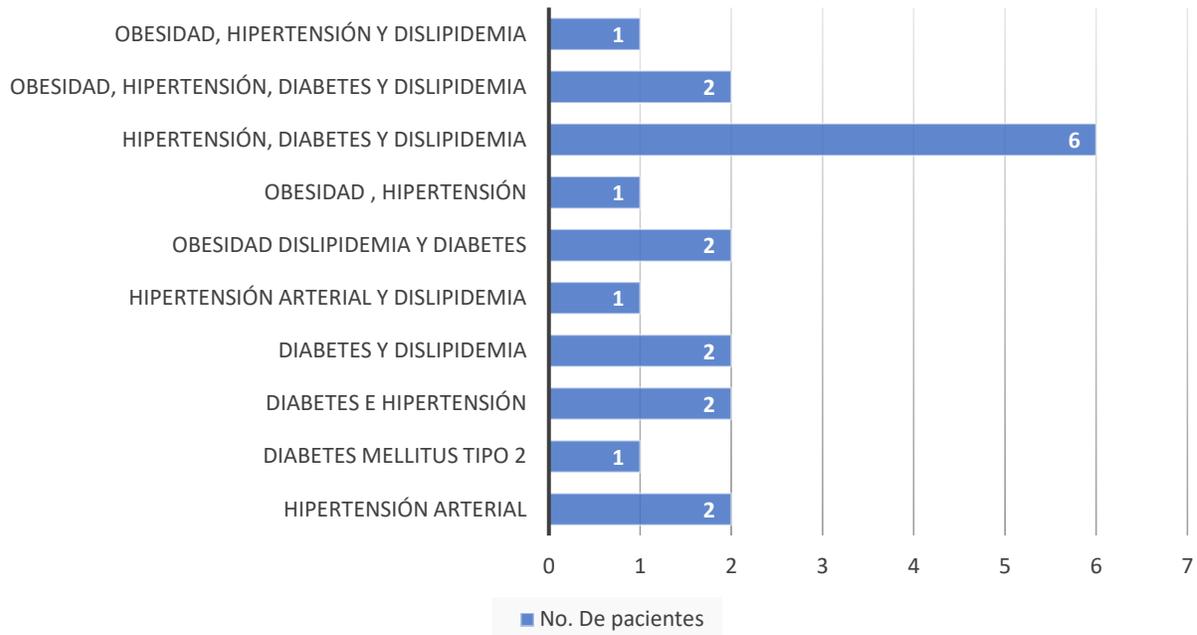
Tabla No. 8

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

<i>Diagnostico</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
<i>Sobrepeso y obesidad</i>	0	0
<i>Hipertensión arterial</i>	2	10
<i>Diabetes Mellitus tipo 2</i>	1	5
<i>Dislipidemia</i>	0	0
<i>Obesidad e hipertensión</i>	1	5
<i>Obesidad y diabetes</i>	0	0
<i>Obesidad y dislipidemia</i>	0	0
<i>Diabetes e hipertensión</i>	2	10
<i>Diabetes y dislipidemia</i>	2	10
<i>Hipertensión y dislipidemia</i>	1	5
<i>Obesidad, dislipidemia y diabetes</i>	2	10
<i>Obesidad, hipertensión y diabetes</i>	0	0
<i>Hipertensión, diabetes y dislipidemia</i>	6	30
<i>Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia</i>	2	10
<i>Obesidad, hipertensión y dislipidemia</i>	1	5
<i>Total</i>	20	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Gráfica 8. Distribución de acuerdo a enfermedad



Elaboración propia, datos RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023.

La tabla indica que el 30% de las personas atendidas cuentan con 3 enfermedades crónicas diagnosticadas: Hipertensión, Diabetes y Dislipidemia. La gráfica muestra como la mayor prevalencia de diagnósticos involucra a la Diabetes Mellitus tipo 2 junto a otra enfermedad.

Tabla No.9

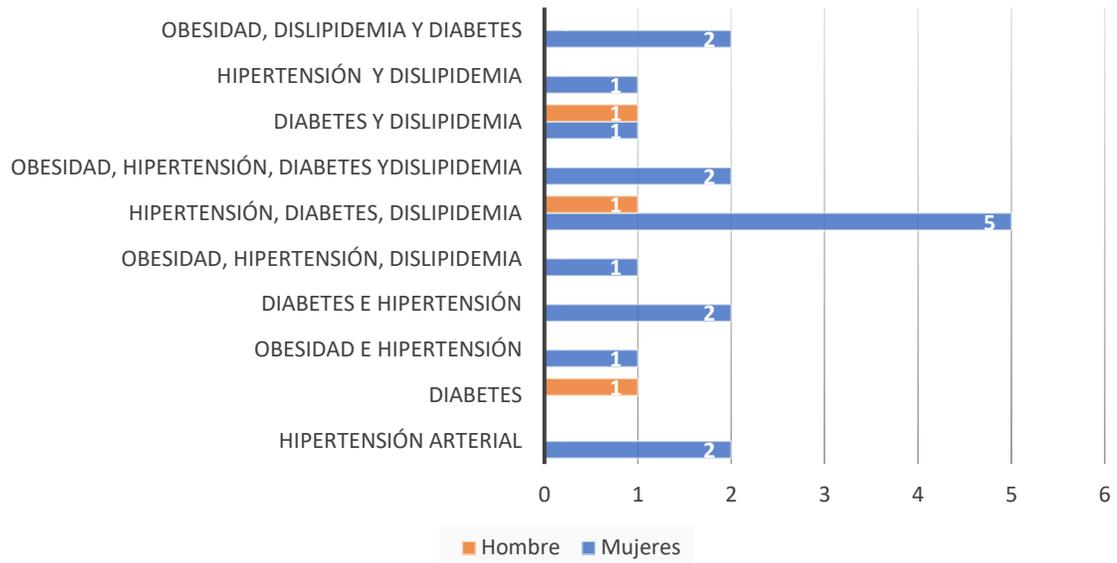
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo
Centro de Salud T. III: Xochimilco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
<i>Sobrepeso y obesidad</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Hipertensión arterial</i>	2	10	0	0	2	10
<i>Diabetes Mellitus tipo 2</i>	0	0	1	5	1	5
<i>Dislipidemia</i>	0	0	0	0	0	0

<i>Obesidad e hipertensión</i>	1	5	0	0	1	5
<i>Obesidad y diabetes</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Obesidad y dislipidemia</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Diabetes e hipertensión</i>	2	10	0	0	2	10
<i>Obesidad, hipertensión y diabetes</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Obesidad, hipertensión y dislipidemia</i>	1	5	0	0	1	5
<i>Hipertensión, diabetes y dislipidemia</i>	5	25	1	5	6	30
<i>Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia</i>	2	0	0	0	2	10
<i>Diabetes y dislipidemia</i>	1	5	1	5	2	10
<i>Hipertensión y dislipidemia</i>	1	5	0	0	1	5
<i>Obesidad, dislipidemia y diabetes</i>	2	10	0	0	2	10
Total	17	85	3	15	20	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Gráfica 9. Distribución de acuerdo a diagnóstico y sexo



Elaboración propia, datos RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023.

La gráfica muestra como la población del sexo masculino cuenta con el diagnóstico únicamente de diabetes, o acompañado de otras patologías, en el caso del sexo femenino la mayoría tiene el diagnóstico de Hipertensión, diabetes y dislipidemia.

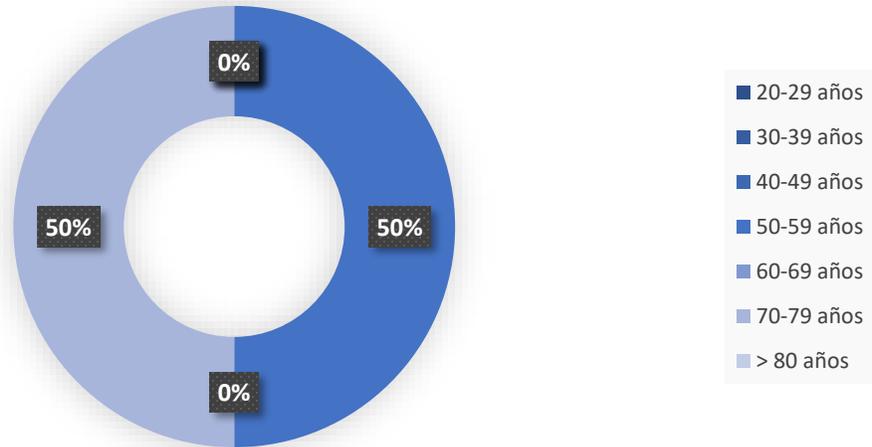
Tabla No.10

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	1	50
60 – 69 años	0	0
70 – 79 años	1	50
80 y más años	0	0
Total	2	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Gráfica 10. Distribución de acuerdo a edad y diagnóstico de hipertensión



Elaboración propia, datos RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023.

De las personas atendidas que cuentan únicamente con el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, la grafica muestra como el 50% tiene entre 50-59 años de edad, el otro 50% entre 70-79 años de edad.

Tabla No. 11

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

Centro de Salud T. III: Xochimilco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Esta tabla no se graficó debido a que no se atiende a ninguna persona únicamente con diagnóstico de sobrepeso u obesidad.

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 tipo 2	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	1	100
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	1	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Gráfica 12. Distribución de acuerdo a edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2



Elaboración propia, datos RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023.

La gráfica muestra como el 100% de las personas con diagnóstico único de Diabetes Mellitus tipo 2, se encuentra entre los 60-69 años de edad.

Tabla No. 13

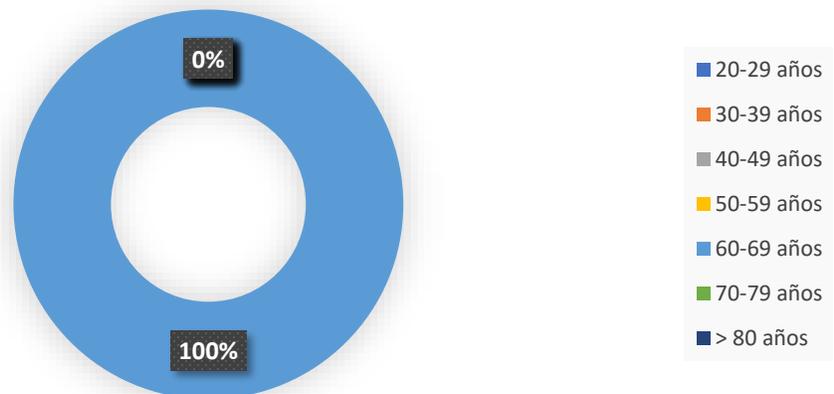
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial

Centro de Salud T. III: Xochimilco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Gráfica 13. Distribución de acuerdo a edad y diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial



Elaboración propia, datos RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023.

El 100% por ciento mostrado en la gráfica corresponde a las personas atendidas que cuentan con diagnóstico de obesidad e hipertensión las cuales se encuentran entre los 60-69 años de edad.

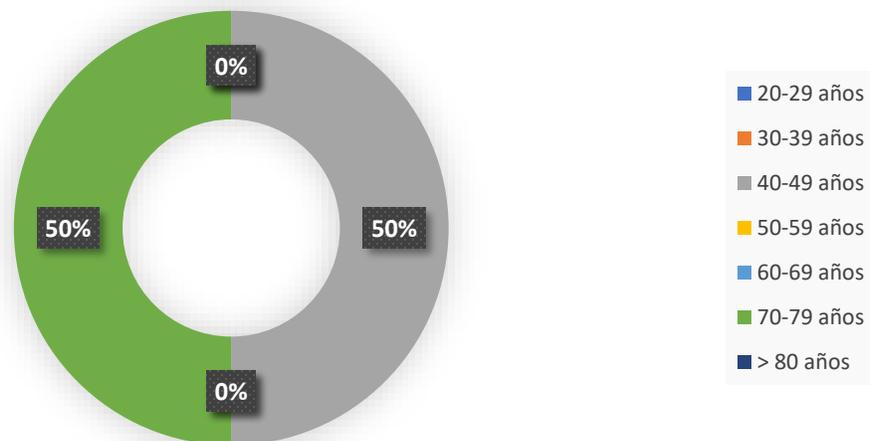
Tabla No. 14

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	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	50
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	1	50
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	2	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Gráfica 14. Distribución de acuerdo a edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial



Elaboración propia, datos RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023.

La gráfica muestra que el 50% de las personas con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial sistémica se encuentran entre los 40-49 años de edad, el otro 50% entre 70-79 años.

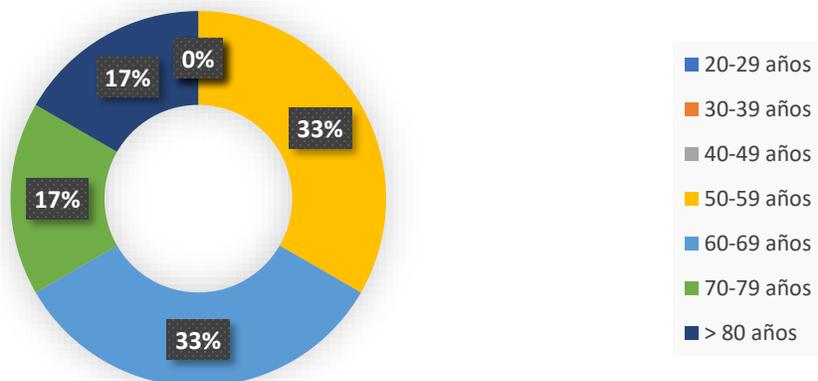
Tabla No.15

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

Edad	Personas con diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	2	33
60 – 69 años	2	33
70 – 79 años	1	17
80 y más años	1	17
Total		100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Gráfica 15. Distribución de acuerdo a edad y diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes y dislipidemia



Elaboración propia, datos RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023.

El 66% de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial, diabetes y dislipidemia se encuentran entre los 50-69 años de edad, mientras que el 34% es mayor de 70 años de edad.

Tabla No. 16

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

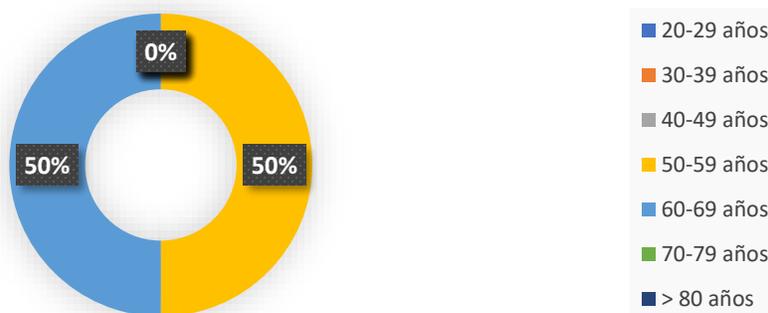
Centro de Salud T. III: Xochimilco

Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Gráfica 16. Distribución de acuerdo a edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial, diabetes y dislipidemia



Elaboración propia, datos RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023.

La gráfica muestra como el 50% de las personas atendidas que cuentan con 4 diagnósticos: Obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia se encuentra entre los 50-59 años de edad, mientras que el otro 50% corresponde a personas de la séptima década de la vida.

5. Resultados de control de enfermedad crónica

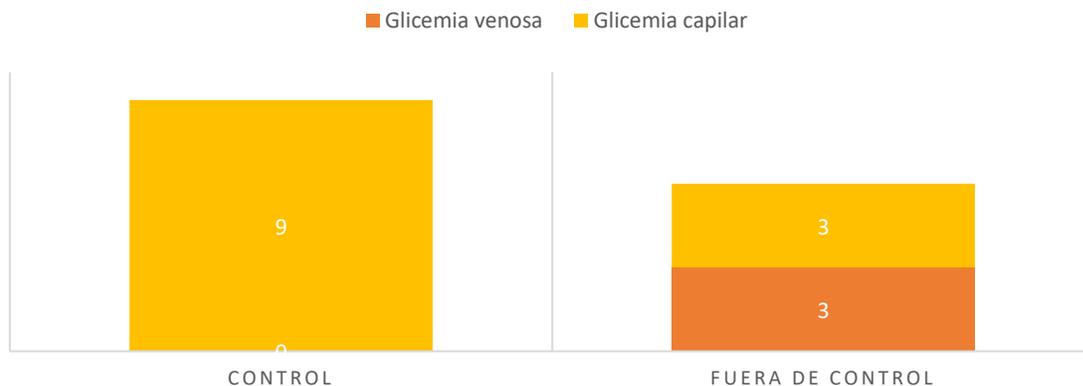
Tabla No.17

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

Parámetros	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	9	60	0	0	9	60
Fuera de control	3	20	3	20	6	40
Total	12	80	3	20	15	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Gráfica 17. Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glicemia capilar o venosa



Elaboración propia, datos RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023.

De los pacientes atendidos como se muestra en la tabla, el 60% se encuentra en control de acuerdo con glicemia capilar, como se muestra en la gráfica los pacientes que se encuentran fuera de control son 6 esto de acuerdo a glicemia venosa y capilar. En la primer consulta solo 7 pacientes contaban con resultados de glucosa de estas solo 1 era sérica, se encontraron 2 de estos resultados (una glucosa sérica y otra capilar) fuera de control, 8 pacientes no tuvieron toma de glucosa capilar de inicio debido a la falta de insumos.

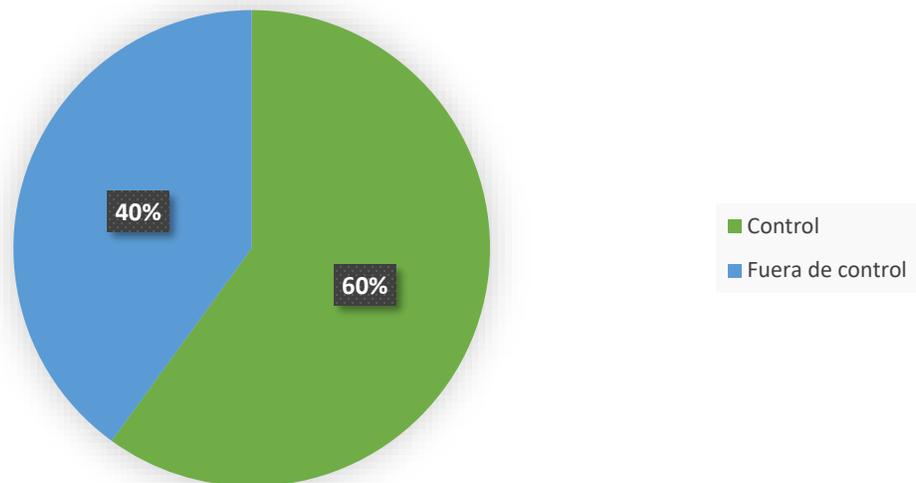
Tabla No.18

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

Parámetro (HbA1c <7%)	No	%
<i>Control</i>	9	60
<i>Fuera de control</i>	6	40
Total		

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Gráfica 18. Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada



Elaboración propia, datos RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023.

La gráfica muestra que el 60% de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos se encuentran en control de acuerdo con cifras de HbA1c. Durante la primer consulta 9 pacientes tuvieron cifras de Hba1c de los cuales 3 estaban dentro de metas de control.

Tabla No.19

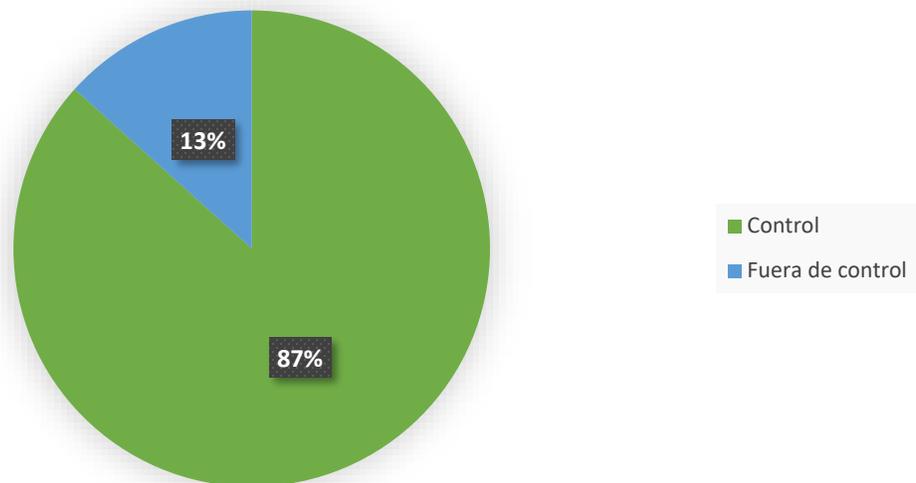
Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control

Centro de Salud T. III: Xochimilco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Parámetro	No	%
<i>Control</i>	13	87
<i>Fuera de control</i>	2	13
Total	15	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Gráfica 19. Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control



Elaboración propia, datos RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023.

El 87% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica se encuentra dentro de metas de control, de acuerdo con cifras de presión tanto sistólica como diastólica. En la primer consulta 12 pacientes estaban dentro de metas de control para hipertensión arterial.

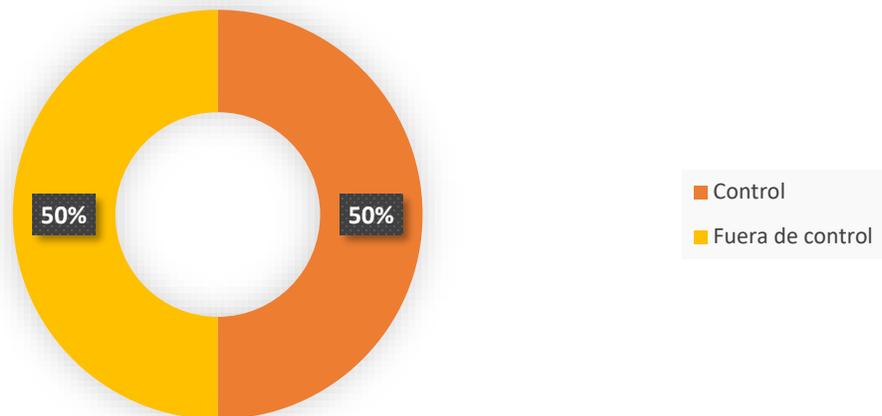
Tabla No.20

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico
Centro de Salud T. III: Xochimilco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Parámetro	No	%
<i>Control</i>	7	50
<i>Fuera de control</i>	7	50
Total	14	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Gráfica 20. Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico



Elaboración propia, datos RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023.

La grafica muestra como el 50% de los pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia se encuentran dentro de cifras séricas de control. En la primera consulta el total de los pacientes no contaba con estudios de laboratorio para evaluar cifras de colesterol.

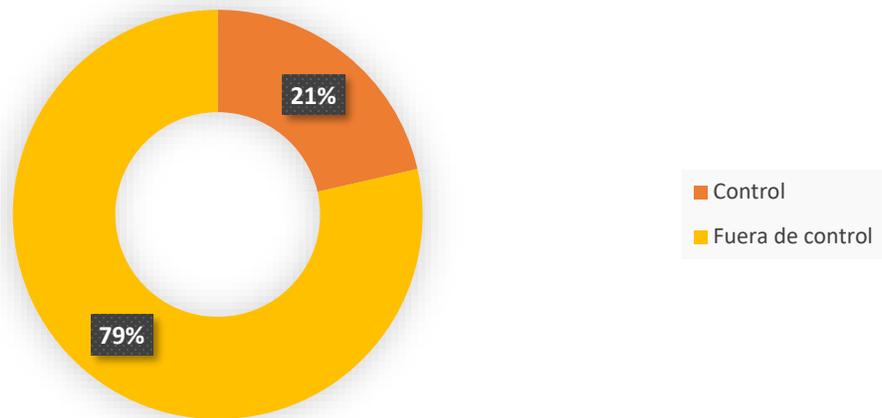
Tabla No.21

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

Parámetro	No	%
<i>Control</i>	3	21
<i>Fuera de control</i>	11	79
Total	14	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023

Gráfica 21. Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia y cifras de control de acuerdo con triglicéridos séricos



Elaboración propia, datos RedCap. Periodo agosto 2022 – julio 2023.

La gráfica muestra como el 79% de los pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia se encuentra con cifras fuera de control.

Acción comunitaria

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

La promoción de la salud es un proceso que además de brindar a las personas las herramientas necesarias para el desarrollo de capacidades que les sean útiles para gestionar su salud, también promueve la transformación del entorno para volverlo más saludable y así lograr que las personas puedan tener una mejor calidad de vida (24). Este proceso necesita ser diferenciado de la prevención, cuyo objetivo principal es evitar que una enfermedad exista o progrese, por lo que sus niveles de acción son diferentes ya que la prevención actúa a nivel individual (25).

Existe una gran cantidad de modelos que se han desarrollado a partir del concepto de promoción de la salud. Estos modelos van desde; enfoque positivo de la salud, como lo son el modelo basado en activos y el modelo salutogénico; enfoque institucionalista, en el modelo costarricense de rectoría de promoción de la salud; enfoque ético, en el modelo basado en el “cuidado de sí”; enfoque en la violencia, en el Modelo para la contención de la violencia; perspectiva contextual evolutiva, en los modelos ecológicos; relación con los determinantes sociales de la salud, en el Modelo socio-ecológico (25).

De la misma forma se han creado modelos en los que se enlistan diversas competencias que los profesionales de la salud deben cumplir para lograr ser un promotor de la salud. Ejemplo de estos es el Modelo de competencias propuesto por el Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS, 2021), en él se enlistan competencias que van desde lo teórico, es decir, conocer los antecedentes de la promoción de la salud y las bases conceptuales para ser capaces de, en la práctica, argumentar, analizar y evaluar el marco estratégico y operativo de la promoción de la salud (24).

Por su parte la incorporación de la promoción de la salud en el modelo de cuidados crónicos, a través de las cinco áreas de acción establecidas en la carta de Ottawa (1): desarrollar habilidades personales, reorientar los servicios de salud, construir una política pública saludable, crear entornos de apoyo, fortalecer la acción comunitaria, ha permitido que en Modelo de Atención Integral Centrado en la persona, los pacientes atendidos sean capaces de gestionar su salud, siendo agentes activos en la toma de decisiones sobre su tratamiento y no solo pacientes que reciben instrucciones, además estos inician desde su hogar a generar entornos saludables, con los encuentros de pacientes se logra la participación comunitaria debido a la asistencia de familiares de las personas con enfermedades crónicas

Encuentros de salud

Los encuentros de salud durante el periodo de servicio social.

Tuve la oportunidad de participar en dos encuentros de pacientes a lo largo del año de servicio social, ambos desarrollados en el centro cultural Teatro Carlos Pellicer ubicado en la alcaldía Xochimilco. El primero se trató del 4º Encuentro de Pacientes: Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas, en el cual participé como coordinadora. El encuentro consistió en cuatro talleres cada uno abordado por distintos grupos, el grupo en el que estuve trabajó el taller 3. Tabla de valor nutrimental de cada receta y “sellos afortunados”, cuyo objetivo era: revisar y, en su caso, proponer alternativas de presentación de la información respecto al contenido nutricional de cada receta, por porción.

El segundo encuentro en el que participé lo hice cumpliendo la función de coordinadora y relatora, fue el 5º Encuentro de pacientes: Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas, el cual tenía por objetivo; Reconocer y fortalecer las capacidades personales y colectivas, así como las relaciones que favorecen el cuidado de las personas que viven con enfermedades crónicas, entendiendo ese cuidado en las direcciones: Cuidar a otras personas, Recibir cuidados de otras personas, Cuidado de sí misma (el autocuidado), y Cuidado del entorno. El equipo con el que trabajé eligió “Medicamentos u otra forma de tratamiento” para abordar este tema primero identificando un problema para poder tomar decisiones y hacer uso de los recursos disponibles, además de establecer una relación con su persona tratante, acordar metas de tratamiento y evaluar logros. Desafortunadamente el tiempo no fue favorable por lo que no se llegó a la culminación total del taller.

A continuación, se agregan las relatorías elaboradas en dichos encuentros.

**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**

**Encuentro de Pacientes:
Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas**

**Cédula de taller
Recetario Saludable**

Encuentro de Pacientes con Enfermedad Crónica

Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco	Coordinador(a): Inocencia Epitacio Relator(a): Morales Lugo Ada Judith Taller:	Página: <u>2</u> de 7 Fecha: 17 de noviembre 2022
---	--	--

1. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
Alejandra	F	74	San Mateo
Rosa María Silva	F	71	Tulyehualco
Fernando	M	71	Xochimilco
Pedro Navarro	M	70	Tulyehualco
Carlos Gardida	M	65	Xochimilco
Aurlalia Pérez	F	62	Tulyehualco
María Elena	F	61	Xochimilco

2. Datos del taller

Objetivo del taller: Revisar y en su caso, proponer alternativas de presentación de la información respecto al contenido nutricional de cada receta por porción.

Hora de inicio: 11:40 am

Hora de finalización: 12:50 pm

3. Agenda de la sesión:

Horario de inicio	Actividad
	Bienvenida: Presentación: Encuadre: Taller: 11:50 Cierre: 12:50

4. Descripción detallada de la sesión: (1 de 3)

Describe 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")

¿Qué es una tabla nutrimental de alimentos?

Elena: Cuando tomamos algo, vemos las instrucciones, las calorías, nutrientes. En las pláticas he aprendido a leer, qué contiene y qué me puede afectar o no, ahora pongo más atención en los sellos, es una buena estrategia para cuidarnos mejor.

Pedro: Creo de lo poco que se me ha quedado, me sirve para valorar lo nutritivo que es un alimento envasado o empaquetado, que es donde los veo, en una sardina, atún, jamón, entonces es muy necesario e importante.

Carlos: Yo creo que es importante las explicaciones que nos dieron, pues muchas veces no nos damos cuenta lo bueno o malo que nos hacen los alimentos y las porciones por lo que nos aporta, porque todo en exceso nos puede dañar. También saber combinarlos y comerlos adecuadamente, como cuando hacemos jugos y se pierde la fibra. Nos ayuda a orientarnos.

Alejandra: Yo he aprendido mucho, pues yo no sé leer y me han enseñado en el centro de salud las porciones que debo comer, tantas verduras, arroz, sopa. Por eso vine porque me enseñan mucho.

Rosa: Nos aporta información de la cantidad de grasa, sodio de cada alimento para tener mejor alimentación, más equilibrada y mejor control de mi enfermedad. Hoy estoy mucho mejor que antes, mi glucosa está super controlada. Es bueno saber la cantidad de sal, azúcar que contienen los alimentos, por eso me siento super bien, como si fuera otra persona, una persona sana.

Fernando: Llevo 28 años con diabetes, y me la he visto muy duro, no me la podía controlar, ahora ya estoy bien gracias a que no como todo lo que comía antes, me cuido, no como cosas que me hacían daño.

Auralia: Es la cantidad de alimento sano y saludable que debemos consumir para estar más saludable.

Descripción detallada de la sesión: (2 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 (No anote, por ejemplo, "Pregunta 1")

¿Por qué es importante conocer y entender una tabla nutrimental de alimentos?

Pedro: Porque aprendo a valorar los nutrientes de los alimentos, no es lo mismo una sopa de pasta que una de verduras y así tomar lo que más nos conviene.

Fernando: Porque depende lo que comemos y no valoramos lo que contiene.

Elena: Debe tener más importancia, pues hay alimentos que debemos tomar con medida. La importancia de los alimentos enteros y no en jugos.

Carlos: Es una guía fundamental sin importar la edad, para conocernos, para guiarnos. Si el mango está muy maduro tiene más azúcar. Para partir de los que nos dicen y prevenir

Rosa: Nos sirve para desarrollarnos y vivir bien. Más cuando ya tenemos la enfermedad crónica, aún más

Alejandra: Muy importante de poder aprender y poder enseñar a nuestra familia, nuestros hijos, nietos, que muchas veces se alimentan mal porque están sanos y no se sienten mal, hasta me dicen que como poco y me ofrecen comida que no es sana.

¿Cuál es la parte más difícil de entender una tabla nutrimental?

Aurelia: Debemos aprender a conocer nuestro cuerpo para cuidarnos mejor, la dificultad es que tienen muchos ingredientes los alimentos de la industria.

Pedro: No saber los términos científicos o médicos cuando vienen en el contenido de sodio, potasio, ácido ascórbico. Muchos o la mayoría no comprendemos. Si yo no comprendo, tampoco voy a saber lo que es mejor para mí.

Rosa: La letra está muy chiquita y por más que me pongo lentes o me acerque, no alcanzo a leer.

Carlos: Muchas veces los alimentos los promocionan mucho para que los compren.

Alejandra: Pues porque no se leer.

Elena: Porque la letra viene muy chiquita, ni con lupa lo puedo ver. Aunque vamos aprendiendo con las pláticas, de qué alimentos son buenos o malos y las porciones.

Descripción detallada de la sesión: (3 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 (No anote, por ejemplo, "Pregunta 1")

¿Los sellos afortunados ayudarían a las personas a elegir las recetas que les conviene, de acuerdo a su estado de salud?

Pedro: Sí, sería un buen beneficio, sí se distingue, motiva más, atrae más, aunque no sé qué es índice glucémico. Con letra grande es muy bueno.

Rosa: Si ayudaría para comer más sano.

Alejandra: Me ayuda mucho porque no se leer, pero el color verde sé que es algo bueno.

¿Funcionarían sin necesidad de agregar alguna explicación?

Alejandra: Siento que solo lo sabríamos nosotros, entonces necesita ampliar la información y algún ejemplo de poder comprender para los que no sabemos leer.

Pedro: Son muy importantes los colores para guiarnos.

Carlos: Sería cosa de que se hiciera la invitación por parte de las autoridades, deben estar conscientes de estas pláticas para que obliguen a las industrias a incluirlos en los productos, y que sea obligatorio la aplicación de los colores.

¿Cómo podría mejorar la tabla nutricional?

Aurelia: Me gustaría primero verla cómo va a quedar con cada receta. Propondría que tuviera letra grande y términos sencillos.

5. Propuestas del grupo

Anote las propuestas de las ideas acordadas por el grupo para incluir en el capítulo correspondiente a su taller

Asegúrese de anotar completas cada una de las propuestas

¿Qué aprendimos el día de hoy?

Fernando: *Cómo y qué debemos comer, que nos hace bien o daño.*

Pedro: *Sí yo quiero aprendo todos los días, siempre hay algo nuevo que aprender. Esto fue un repaso de todo lo que he aprendido durante este tiempo que llevo con mi enfermedad, aprendiendo a cuidarme y respetarme y a mi familia también.*

Alejandra: *Esto que vi ya lo sabía. Esto fue un buen recordatorio.*

Carlos: *De nuestras propias experiencias, todos tenemos algo que contar. Qué aspiraciones tenemos para con nosotros o nuestra familia, amigos.*

Elena: *Muchas de las cosas fueron repaso de lo que ya he aprendido en el centro de salud.*

Rosa: *Es un repaso más, lo importante es ponerlo en práctica.*

Aurelia: *Es muy bueno, para que seamos conscientes de lo aprendido y ponerlo en práctica, si nosotros estamos bien, nuestra familia también.*

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

Encuentro de Pacientes:

Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas

Cédula de entrevista grupal

Encuentro de Pacientes con Enfermedad Crónica

Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco	Coordinador(a): Inocencia Epitacio Villanueva	Página: <u>1</u> de ____
	Grupo: 5	Fecha: 26-06-2023

1. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
Gilberta Astilleros Jiménez	F	77	San Mateo Xalpa
Concepción Díaz Vargas	F	89	Xochimilco
Pura Gregoria Romero Hernández	F	79	Tulyehualco
Cristina Nieves Domínguez	F	65	Tulyehualco
Alejandra Mata	F	74	San Mateo
Cristina Pérez Castillo	F	80	Tulyehualco
María Aurelia Alcibar Romero	F	67	Xochimilco
Clara Castillo De la Cruz	F	40	Xochimilco
Margarita Mayorga Castellanos	F	61	Tulyehualco
Irene Paredes Alonso	F	70	Xochimilco

1. Datos del Taller

<p>Objetivo del taller: Reconocer y fortalecer las capacidades personales y colectivas, así como las relaciones que favorecen el cuidado de las personas que viven con enfermedades crónicas. Entendiendo ese cuidado en las direcciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cuidar a otras personas -Recibir cuidados de otras personas -Cuidado de sí misma. El autocuidado -Cuidado del entorno 	
<p>Hora de inicio: 11:10 A.M.</p>	<p>Hora de finalización: 12:25 P.M.</p>

2. Agenda del taller:

Horario	Actividad
	<p>Bienvenida: 11:10 A.M. Presentación: 11:13 A.M. Encuadre: 11:16 A.M. Paso 1: Identificar aspiraciones y realizaciones Paso 2. Satisfacer necesidades Paso 3. Fortalecer el autocuidado Cierre: 12:25 P.M.</p>

1. Descripción detallada del taller: (1 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 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 __

-Pura: “tener salud”

-Cristina: “Seguir indicaciones para superar las enfermedades”

-Margarita: “Tener un adecuado control, ahorita la tiroides no me deja bajar de peso, tomo tratamiento, pero no me ayuda”

-Alejandra: “Controlar la enfermedad con lo que he aprendido, tengo hipertensión ahora solo tomo media pastilla en la noche”

-Clara: “Aprender a cocinar y más ensaladas”

Nuestra familia __

-Alejandra: “No quisiera que por comer alimentos con grasa estuvieran enfermos tan jóvenes, mi hija está gordita, pero le dijeron que está sana”

-María Aurelia: “Mi familia me apoya, hemos tratado de cambiar nuestra alimentación tratamos de no comprar muchas cosas que nos hacen daño, son accesibles al hacer ese cambio”

-Concepción: “No ser una carga”

-Nieves: “Mi hija es enfermera y me cuida, estamos tratando de cambiar nuestra alimentación”

-Clara: “Trato de llevar a mi familia, los conocimientos que he obtenido, quiero que ellos aprendan de lo que yo he aprendido, para que no tengan diabetes o hipertensión”

Nuestra comunidad __

-Alejandra: “Que sigan los grupos en los que hago zumba”

-Cristina: “Las banquetas y la vigilancia para salir a caminar, los niños ya no son libres de salir a jugar a los quioscos porque hay indigentes y perros callejeros”

-María Aurelia: “Mas programas enfocados a la gente joven porque cuesta trabajo que asimilen una buena alimentación, enfocarlos a una buena calidad de vida”

-Puri: “Que haya paz”

-Cristina: “Que nos apoyemos”

Los servicios de salud __

-Margarita: “Espero que algún día haya eso de que podamos quitar la enfermedad y no tengamos que controlarla”

-Puri: “Que los estudios de laboratorio estuvieran disponibles”

-Margarita: “Que haya medicamentos, porque algunas no podemos adquirirlos, cuando no puedo y no hay trato de comer más verduras para controlar mi azúcar”

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 los medicamentos u otra forma de tratamiento?

-Irene: “Me dieron medicamento para la presión, pero no me bajaba la presión, hasta que me lo cambiaron, yo también soy de remedios caseros entonces quiero saber si no me tomo la pastilla que puedo tomar”

-Clara: “Creo que el medicamento va de la mano con la alimentación, por ejemplo, yo que tengo hipertensión si como sal o grasas la presión se eleva, aunque tome el medicamento, entonces tengo que cuidar la alimentación”

-Margarita: “El desabasto de medicamento”

¿Cuáles son la decisión más importante que necesitamos tomar para resolver ese problema que compartimos?

-Margarita: “Si sabemos que tenemos diabetes o hipertensión tomar la decisión de que ya es necesario llevar una alimentación sana, sin consumir lo que es harinas, azúcares y grasa, aprender a guisar menos grasa”

-Puri: “Optar por opciones más saludables, cambiar la forma de cocinar”

-Alejandra: “Tomar la responsabilidad de tomar los medicamentos con horario, si vamos a salir llevárnoslo”

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

-Pura: “El apoyo que nos da el gobierno lo he ocupado para comprar el medicamento cuando no hay en el centro de salud”

-Margarita: “Tengo seguro y los medicamentos que no utilizo los dono”

-Alejandra: “En mi comunidad aprovecho los grupos de ejercicio y sigo las indicaciones del doctor para complementar mis medicamentos”

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

-María Aurelia: “Poner nuestras sugerencias de abasto de medicamentos para que el gobierno nos escuche”

-Alejandra: “tener una buena comunicación, escuchar lo que nos dicen”

¿Cuál es la meta que podemos acordar para mejorar el problema elegido 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					
Actividad física					
Medicamentos u otra forma de tratamiento					
Vida afectiva					
Relaciones amorosas (de pareja)					
La familia					
Vida laboral					
Vida social y cultural					
Participación social y política					

Descripción detallada del taller: (3 de 3)

*Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller
Utilice tantas hojas como sea necesario
Anote textualmente cada una de las preguntas (No anote, por ejemplo,
“Pregunta 1”)*

Paso 3. Fortalecer el autocuidado

Experiencias de dominio	Experiencias exitosas Metas cortas que sí se pueden lograr	“A través de la alimentación, la actividad física y utilización de remedios ancestrales complementar el uso de medicamentos”
Modelado social	Conocer y observar a otras personas que logran buenos resultados	“Cocinar con menos aceite, transmitirles lo que sabemos”
Persuasión social	Apoyo social, de la red familiar, vecinal, y o de la comunidad	“Comprensión”
Estado físico y emocional compatible con la (auto) confianza	Buen cuidado Buen control	

1. Propuestas del grupo

*Anote las propuestas acordadas por el grupo
Asegúrese de anotar completas cada una de las propuestas*

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

Tutoría de casos.

El primer caso clínico presentado se trató de una mujer con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en tratamiento con 2 hipoglucemiantes orales y un diurético respectivamente. Las expectativas de esta paciente eran lograr metas de control de las enfermedades crónicas y realizar un viaje. Los sentimientos que en ese momento tenía era que se sentía feliz, más activa y había retornado a realizar actividades que había abandonado. Sus necesidades eran: el acceso a medicamentos y estudios de laboratorio, además una consulta estable. Las capacidades que ella identificaba eran su red de apoyo, el apego y la orientación brindada. El proyecto en común realizado con esta paciente tenía como objetivos: evitar complicaciones, mejorar las glicemias y mantener las cifras de presión arterial. Los acuerdos tomados fueron mejorar hábitos del sueño, realizar actividades nuevas, dejar de regañarse. Las metas eran bajar de peso, continuar con el plan alimenticio y el aumento de la actividad física. Los temas desprendidos de este caso clínico para las sesiones posteriores fueron: Hipoglucemiantes orales y el tratamiento de patologías frecuentes como lo es el caso de las infecciones de vías urinarias en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

El segundo caso clínico presentado, estuvo a mi cargo, elegí a la paciente porque está dentro de metas de control de las 2 enfermedades crónicas que tiene diagnosticadas (Diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica), lo cual me permitió no centrarme en datos cuantitativos, en su lugar el enfoque fue más cualitativo acerca de la persona, de cómo ha vivido su enfermedad, el padecimiento, sus expectativas, su entorno tanto próximo como remoto. De este caso clínico se desprendió el tema de cómo abordar con el paciente el tema de una alimentación saludable. En la sesión consecutiva de este módulo se realizó por equipos material con el objetivo de facilitar esta tarea (ver anexos).

El tercer caso clínico presentado, fue el de una mujer con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión quien tiene una hermana gemela que cuenta con una derechohabencia a un instituto de salud distinto al de su hermana. La paciente en algunas ocasiones se hacía pasar por su hermana gemela y asistía a las consultas para el control de enfermedades crónicas, sin embargo esto no era así en el caso de la salud mental ya que refería que no quería que en expediente de su hermana tuviera algún diagnóstico de este tipo. De este caso clínico se desprendió el tema de la salud mental, por lo que en sesiones posteriores se habló de lo que nosotros como médicos de primer contacto podemos hacer antes de referir a un paciente a un servicio de psicología, también cuando es necesario hacerlo.

El cuarto caso clínico presentado, fue a cerca de una mujer de la séptima década de la vida con diagnósticos de hipertensión arterial sistémica, Diabetes mellitus tipo 2, Enfermedad renal crónica en etapa 5. Actualmente la paciente no se encuentra

en terapia de la sustitución renal, se negó debido a que no quiere que algún familiar se hiciera cargo de todo el proceso. Sus aspiraciones son no sentir dolor y vivir el tiempo que pueda con su familia sin representar una “carga”. Su principal red de apoyo son sus hijos y sus nietos. Se decidió presentar este caso clínico por las sesiones previas sobre la pregunta de ¿En qué momento referir a un paciente al servicio de psicología? Este caso clínico resulto muy interesante debido a que se tocaron temas tales como; el ajuste del tratamiento farmacológico de las enfermedades crónicas en enfermedad renal crónica y la modificaciones que son necesarias por parte de los médicos de primer nivel, aun cuando el tratamiento haya sido establecido por un médico especialista; en qué momento como personal de salud se deja de insistir en una terapia o tratamiento hacia un paciente; aceptar y entender las decisiones de los pacientes, debido a que siempre existe un trasfondo para estas; la importancia de brindarle al paciente un espacio seguro donde pueda expresarse y en el que se realice una escucha activa; las habilidades comunicativas y el cómo la forma de dar malas noticias impacta en la vida de los pacientes.

El caso clínico presentado es el siguiente.

E. V. S. es una femenino de 51 años, su fecha de nacimiento es el 20 de julio de 1971, su estado civil es casada, su ocupación es campesina, ella estudio la secundaria.

Sus antecedentes heredofamiliares de importancia son: Tíos maternos y paternos con diagnóstico de de Diabetes Mellitus tipo 2, Madre finada sin especificar la causa, tenía diagnostico de Diabetes mellitus tipo 2, Padre vivo con diagnostico de Hipertensión arterial sistémica.

Antecedentes personales no patológicos: Vive con esposo de 52 años de edad, de ocupación campesino y ocasionalmente bicitaxista, además con su hija de 15 años. Habitan en casa propia en una chinampa, cuentan con los servicios de agua y luz. Tiene una mascota, es un perro que está al día con sus vacunas. Ella lleva una dieta establecida por el servicio de nutrición. Su grupo sanguíneo es O Rh positivo.

Sus antecedentes personales patológicos son: Preeclamsia hace 15 años, diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica desde hace 10 años, al igual que sobrepeso, diagnóstico en agosto de 2021 de Diabetes Mellitus tipo 2.

Ella inició con síntomas de la enfermedad crónica diagnosticada en 2021 con:

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

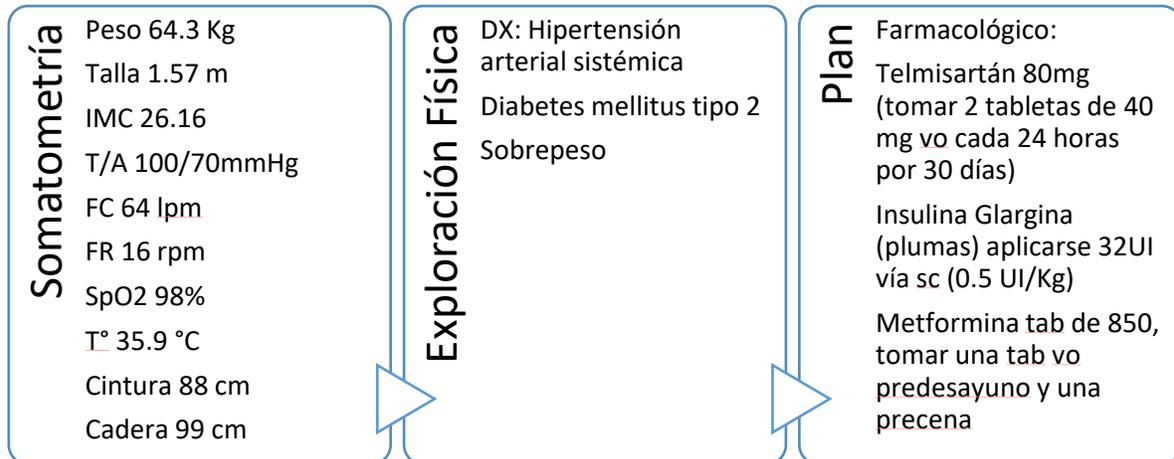
16/09/2021: se agrega náusea sin vómito.

17/09/2021: acude al centro de salud tipo III Xochimilco, en donde al tomar signos vitales se encuentra con, Glucometría capilar “High”, por lo que el médico que la atiende le otorga referencia al servicio de urgencias del hospital general Dr. Manuel Gea González.

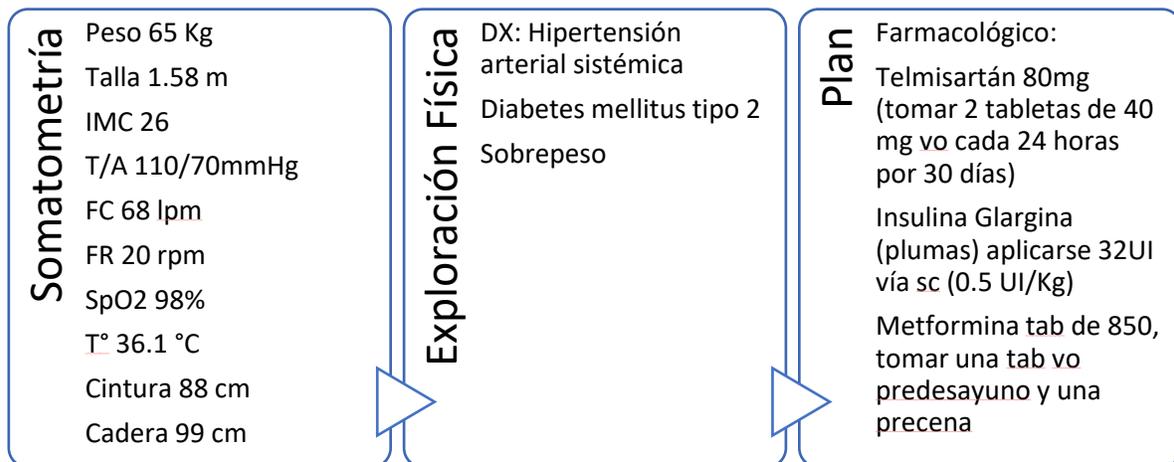
18/09/2021: En el TRIAGE del hospital: T/A: 154/70 mmHg, FC 95lpm, FR 18 rpm, T° 36.2, SatO2: 92%, ECG 15. Le realizan estudios de laboratorio con reporte de: Glucosa 1510 mg/dl, BUN 154mg/dl, Urea 330 mg/dl, Creatinina 5.68. Leucocitos 11.9, Neutrófilos 10.5, Linfocitos 0.6, Hemoglobina 13.7 g/dl, Hematocrito 46.4%, VCM 98.6, MCH 29.1, Plaquetas 345.

Al momento de elaborar el caso clínico la E. V. S. tenía 5 consultas:

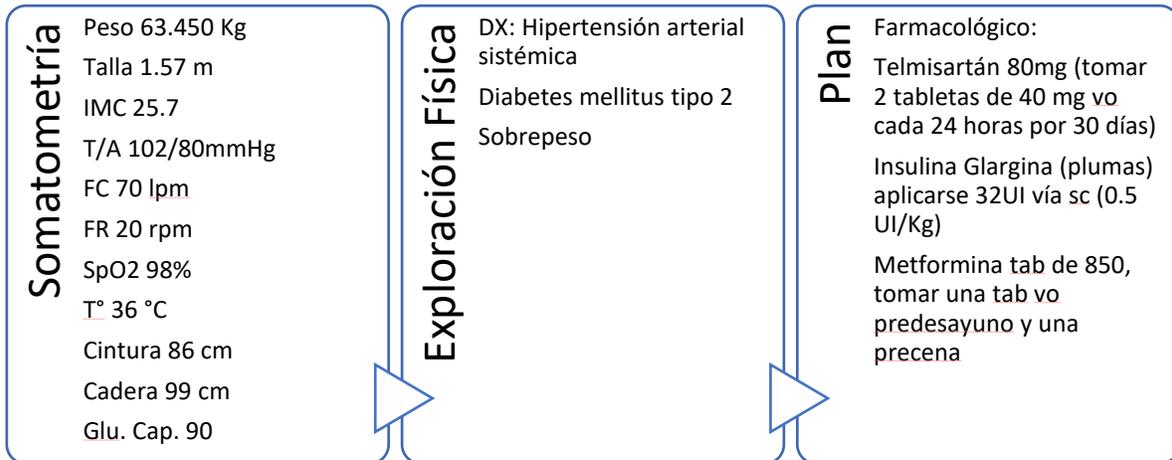
17/08/2022



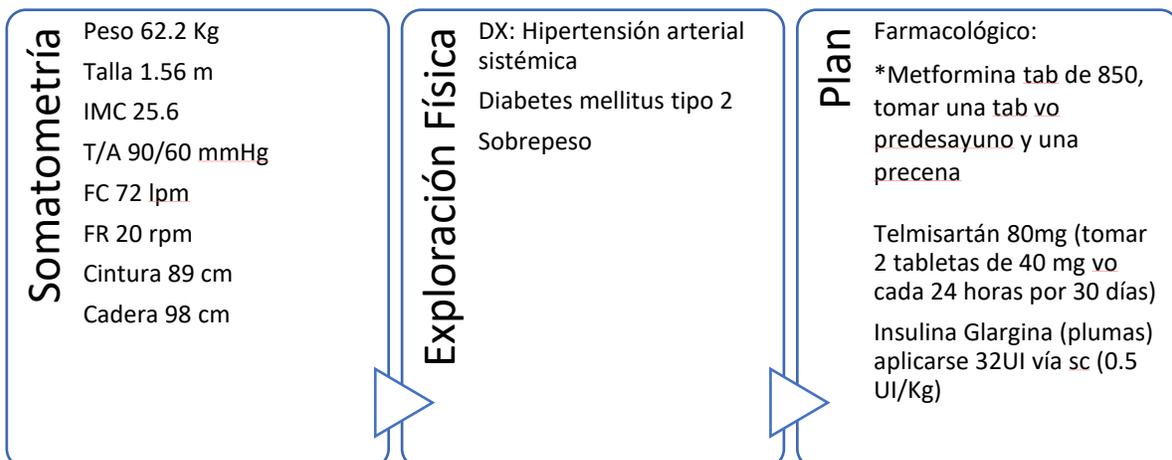
21/09/2022



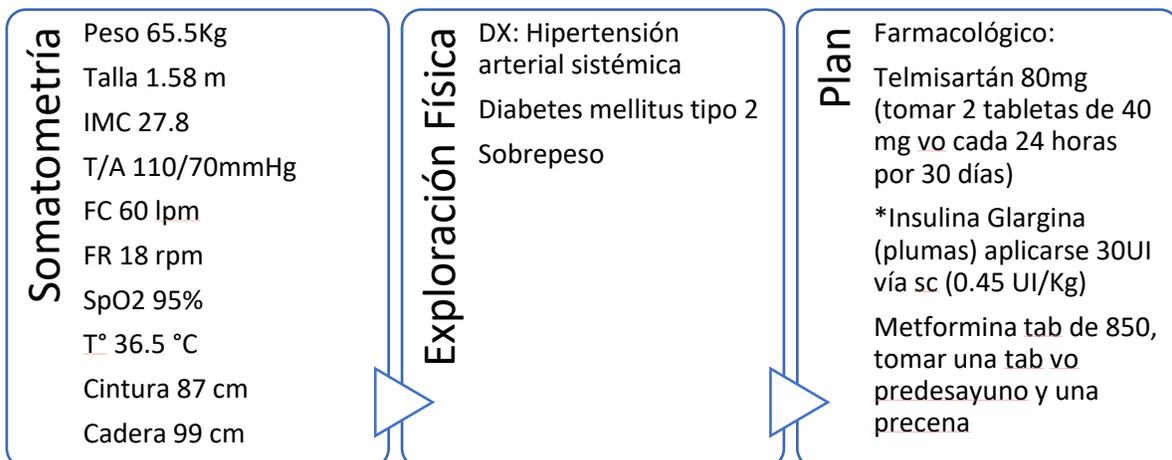
27/10/2022



30/12/2022



08/02/2023



ESTUDIOS DE LABORATORIO			
24/01/2022	26/04/2022	27/07/2022	31/10/2022
QUÍMICA SANGUÍNEA			
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)
BIOMETRÍA HEMÁTICA			
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	

Para la exploración del padecimiento, se realizaron las siguientes preguntas.

¿Qué ha significado vivir con HAS y DM2?

“Volverme más responsable antes no tomaba el medicamento”

¿Qué preocupaciones tiene?

“Ahorita ninguna, hablando con el psiquiatra dijo que son enfermedades que cualquiera puede tener solo falta un detonante, me he tranquilizado mucho”

¿Qué temores tiene?

“No tengo ningún temor, ya tomé a mi enfermedad como cualquier otra, trato de no comer azúcar, aunque se me antoje”

Ideas

“Del centro de salud creía que no era para todos.” “Mi familia igual lo toman como cualquier enfermedad, nuestros hábitos cambiaron comen lo mismo que yo”

¿Qué dificultades tuvo o tiene para entender su enfermedad?

“Al principio sí, me daba miedo no sabía que iba a pasar y no tenía para los medicamentos”

¿Qué dificultades tiene para seguir su plan de tx?

“Ya me acostumbré a tomar las pastillas, al principio no tenía donde almacenar mi insulina, no sabía inyectarme, en el GEA nos enseñaron, tengo en casa para medirme la presión y glucosa. Me gusta mucho comer frutas por eso es difícil seguir la dieta”

¿Qué alteraciones ha tenido en su vida cotidiana?

“Ya no como lo mismo, ahora hago menos en el trabajo, era más activa, me dejan el trabajo leve, pero no me siento sin fuerza”

Expectativas

Al llegar al centro de salud tenía muy buenas expectativas desde que me pidieron mi número, se ponen en nuestros zapatos, nos escuchan, espero que la relación sea cordial y respetuosa, amigables conscientes.

De la misma forma se exploró la salud.

Aspiraciones con respecto a su salud: “Seguir igual, seguir las indicaciones por mi salud”

Necesidades: “Tengo que apegarme más a la dieta, como mucha fruta”.

Capacidades para satisfacer necesidades (o carece): “Puedo cultivar y preparar mis propios alimentos”.

Capacidades para adaptarse o modificar su entorno para lograr el control: “Mi familia me ayudó mucho a salir adelante, practico remo autóctono, me gusta verme bien, mi humor”.

Para entender a la persona como una totalidad, se exploró a la persona quien es una Femenino de 51 años, casada, católica, su escolaridad es secundaria completa, su ocupación es Campesina, realiza de actividad física remo autóctono, además es su medio de transporte. Se exploró su contexto próximo: vive con esposo de 52 años, con ocupación campesino/bicitaxi, tiene una hija de 15 años que estudia en el CONALEP y 3 hijas mayores que ya se casaron, ella tiene 3 hermanas y su padre con diagnostico de hipertensión arterial quien no sigue un tratamiento farmacológico. En su contexto remoto ella refiere que “Hay unión en la comunidad, hay comprensión, esta enfermedad me ayudo a valorar a la gente”. A demás la paciente refiere tener un grupo denominado Amapola del sabor, el cuál son un grupo de mujeres que se dedican al cultivo y preparación de alimentos típicos de Xochimilco.

Por ultimo se elaboró un proyecto en común, en el que se busca acordar el plan de tratamiento y las metas a lograr. Las metas acordadas a corto plazo fueron: seguir haciendo ejercicio, mediano retomar la consulta con nutrición y psiquiatría. Identificando como dificultades las citas lejanas en estos servicios.

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 poder cursar un diplomado a la par de la realización del servicio social ha representado un gran acierto debido a que te brinda la oportunidad de poner los conocimientos recién obtenidos en práctica aunados a los obtenidos previamente durante la formación universitaria. El diplomado te permite tener una visión diferente de lo que es estar en una consulta médica, dejas de ver pacientes para ver personas de una forma integral.

¿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?

En algunas ocasiones el servicio social representa un trámite más para poder llegar a obtener un título, esto lo convierte en un proceso tedioso, donde vez pacientes y más que eso vez diagnósticos diariamente en unos cuantos minutos, sin embargo la atención integral centrada en la persona te permite realizar una atención diferente en la que a través de cada consulta logras tener un mejor entendimiento de la persona y sus enfermedades crónicas, lo que da como resultado una mejoría en el paciente debido a que cuenta con un mayor control de sus enfermedades crónicas medido este no solo por niveles de laboratorio o cifras de presión arterial y/o glucemia, si no a través de la realización de sus aspiraciones y cumplimiento de metas personales. Gracias a esto la atención a las personas se vuelve grata, se establece una mejor relación, siendo esta de forma horizontal y de constante comunicación.

¿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 grandes ventajas de la implementación de este modelo en SEDESA es que cuenta con una gran población “usuarios” a los que puedes integrar al programa, la mayoría son personas accesibles que al tener conocimiento de las ventajas que ofrece el modelo no dudan en integrarse. Otra ventaja es que cuenta con hospitales de segundo nivel donde se puede referir a los pacientes a algún servicio como lo es oftalmología y nefrología, y algunos otros en caso necesario. Entre las desventajas se encuentra que el tiempo de consulta está estandarizado y no todos los centros de salud cuentan con la infraestructura para atender a los “usuarios” por lo que se dispone de los recursos (consultorio, médico pasante, entre otros) que deberían ser destinados para atender a los pacientes integrados al modelo para la atención de la población en general.

¿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?

La mayoría de los pacientes aspira a tener un buen control de las enfermedades crónicas que les fueron diagnosticadas, también algunos esperan poder tener un tratamiento farmacológico con una dosis mínima o retirarlo. Las personas se preocupan por su entorno cercano por lo que la mayoría quisiera evitar que ha alguien de su familia le den el diagnóstico de alguna enfermedad crónica, por lo que buscan a través de los conocimientos y capacidades obtenidas mostrarles que es necesario llevar una vida saludable.

¿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?

La formación universitaria me permitió ser autodidacta y poder realizar diagnósticos de enfermedades, lo cual se reforzó en el internado médico, sin embargo, haber realizado el servicio social en este proyecto en la SEDESA me ayudado a entender que en algunas ocasiones es necesario “desaprender” para “reaprender” de una mejor forma. Una de las capacidades que tendría que mejorar es la comunicación asertiva debido a que esto nos acerca más a entablar una mejor relación con las personas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barr J, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly* [Internet]. 2003 [Consultado el 15 Jul 2023]; 7(73-80). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/8960923_The_Expanded_Chronic_Care_Model_An_Integration_of_Concepts_and_Strategies_from_Population_Health_Promotion_and_the_Chronic_Care_Model
2. Frómata A, Sánchez S, Maya M, Jara J, Valarezo D. The Clinical Method: Current Perspectives. *Bionatura* [Internet]. 2017 [Consultado el 07 de febrero de 2023]; 2 (1): 255-260. Disponible en: <https://revistabionatura.com/files/2017.02.01.8.pdf>
3. Rueda G. Diálogo entre psicología y bioética: las contribuciones de Michael Balint para la práctica clínica bioética. *Revista Colombiana de Bioética* [Internet]. 2015 [Consultado el 27 de enero de 2023]; 10 (2):88-104. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1892/189246450008/html/>
4. Cuba-Fuentes M, Contreras J, Ravello P, Castillo M, Coayla S. La medicina centrada en el paciente como método clínico. *Rev Med Hered* [Internet]. 2016 [Consultado el 16 de enero de 2023]; 27: 50-57. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/301708724_La_medicina_centrada_en_el_paciente_como_metodo_clinico
5. Cuba M, Campuzano J. Explorando la Salud, dolencia y la enfermedad. *Rev Med Hered* [Internet]. 2017 [Consultado el 16 de enero de 2023]; 28:116-121. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v28n2/a08v28n2.pdf#:~:text=El%20m%C3%A9todo%20cl%C3%ADnico%20centrado%20en%20la%20persona%20busca,Abordar%20la%20dolencia%20y%20la%20enfermedad>
6. Levenstein J, McCracken E, Mcwhinney I, Stewart M, Brown J. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice* [Internet]. 1986 [Consultado el 20 de enero de 2023]; 3(1): 24-30. Disponible en: https://residenciasrecife.files.wordpress.com/2017/07/1986_-_joseph_h_levenstein_-_thepatientcentredclinicalmethod1amodelforthedoctorretrieved_2014-10-07.pdf

7. Cuba-Fuentes MS, Romero ZO. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. Rev Perú Med Exp Salud Publica [Internet]. 2016 [Consultado el 13 de enero del 2023]; 33(4). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v28n2/a08v28n2.pdf#:~:text=El%20m%C3%A9todo%20cl%C3%ADnico%20centrado%20en%20la%20persona%20busca,Abordar%20la%20dolencia%2C%20la%20salud%20y%20la%20enfermedad>
8. OMS. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. [Consultado el 28 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
9. CNDH, México. Las familias y su protección jurídica [Internet]. [Consultado el 6 de enero de 2023]. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/Ninez_familia/Material/trip-familias-juridicas.pdf
10. Médicosfamiliares.com. Familia [Internet]. Consultado el 6 de enero de 2023. Disponible en: <https://www.medicosfamiliares.com/familia/ciclo-vital-de-la-familia.html#:~:text=Modelo%20de%20Geyman,termina%20al%20producirse%20la%20disoluci%C3%B3n>
11. 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-millonesde-personas-viven-con-diabetes?idiom=es>.
12. 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
13. 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/PobrezalInicio.aspx>.
14. 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 Sulfonylurea. 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

15. Müller-Wieland D, Kellner 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>
16. 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>
17. 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>
18. 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>
19. 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>
20. Matthaie 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>
21. 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

22. 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>
23. 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>
24. Arroyo HV. Perspectives and challenges of health promotion in Latin America. Salud Pública Méx. [Internet] 2022. [Consultado el 16 de julio del 2023]. 64 (576-586). Disponible en: <https://doi.org/10.21149/13655>
25. Franco-Giraldo A. Modelos de promoción de la salud y determinantes sociales: una revisión narrativa. Hacia Promoc. Salud [Internet]. 2022. [Consultado el 16 de julio del 2023]. 27(2): 237-254. Disponible en: [Modelos de promoción de la salud y determinantes sociales: una revisión narrativa | Hacia la Promoción de la Salud \(ucaldas.edu.co\)](https://www.ucs.edu.co/publicaciones/Modelos-de-promocion-de-la-salud-y-determinantes-sociales-una-revision-narrativa-Hacia-la-Promocion-de-la-Salud-ucaldas.edu.co)

ANEXOS

❖ Tríptico elaborado para la conquista de pacientes.

Una vida saludable es:

Aliméntate sanamente
No consumas alimentos altos en: Azúcares, grasas, sal, harinas ni alimentos procesados

Actívate
No lleves una vida sedentaria

Mejora tus hábitos
Duérme 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
- Perimetro 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 Locatel
- 3 Servicios públicos para activarte físicamente
- 4 Información personalizada para que te cuides

❖ Material realizado derivado del segundo caso clínico.

INSABI
INSTITUTO DE SALUD PARA
EL SIGLO XXI

SALUD

ALIMENTACIÓN SALUDABLE INVERSIÓN SIN SACRIFICIO DIETA DE LA MILPA



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 AZÚCAR.

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

**APRENDAMOS
A ELEGIR:**



LA SALUD INICIA POR LA ALIMENTACIÓN

Crónicos Xochimilco-Milpa Alta

Elaborado por Ximena Arias, Stephani Blas, Erika Valdovinos, Jarkael Loza, Roberto Magdaleno, Daniel Vásquez, Deyra Hernández, Inocencia Epitacio, Karen Audelo, Abril De La O
Secretaría de Salud. Dieta de la milpa. Modelo de alimentación Mexicana Bicompartido. [Internar] [Café marzo de 2022]. Disponible en https://www.gub.mx/insabi/pegado/attachment/164543/La_Dieta_de_la_Milpa.pdf



❖ Grupo Ayuda Mutua



❖ Señalización de horarios de toma de medicamentos



❖ Elaboración de material para público en general

