



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

**CIENCIAS BÁSICAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA, UNIDAD XOCHIMILCO**

LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA

**PROYECTO: MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA
PERSONA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN
UNIDADES DE PRIMER CONTACTO (MAICP). UN ENFOQUE EN
CAPACIDADES.**

**IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA
EN LA PERSONA CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS
(MAICP) EN EL CENTRO DE SALUD T-III DR. ÁNGEL DE LA GARZA
BRITO AGOSTO 2023-JULIO 2024**

Raúl Alexander González Esquinca

Matrícula: 2172027844

Promoción Agosto 2023 a Julio 2024

Asesor Interno: Víctor Ríos Cortázar

Asesora Externa: Alejandra Gasca García

Magdalena Contreras, Ciudad de México, 31 de Julio del 2024

1. Presentación

El presente documento tiene su origen en la implementación del Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (MAICP), un enfoque de capacidades” el cual se llevó a cabo, entre otros, en el Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras, durante el período de Agosto 2023-Julio 2024. A lo largo de este documento se presentan los trabajos realizados durante la implementación de este modelo en el centro de salud mencionado, finalmente, se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del modelo a lo largo del año, información representada en tablas y análisis estadísticos.

Durante mi incorporación a la plaza de servicio social en la Jurisdicción Sanitaria de Magdalena Contreras y en el Centro de Salud Dr. Ángel de la Garza Brito en el período Agosto 2023 a Julio 2024 tuve la oportunidad de involucrarme en diversas actividades que me permitieron aprender y aplicar conocimientos clave para el manejo integral de personas con enfermedades crónicas. Aunque contábamos con equipos y fármacos en su mayoría, la ocasional falta de estos recursos representó un leve desafío para nuestros avances. Sin embargo, los resultados obtenidos durante este período hablan por sí solos, demostrando el impacto del modelo de atención implementado.

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

Posterior al modelo de Wagner, el Modelo Expandido de cuidados crónicos procura incorporar la promoción y prevención a la salud centrándose en la persona y su mayor nivel de bienestar, se organiza en tres subsistemas fundamentales: la Comunidad, los Servicios de Salud y la Atención Centrada en la Persona (The Expanded Chronic Care Model, 2003). Los cuales se describen a continuación:

Comunidad

El subsistema comunidad es uno de los más delicados puesto a que no es tan sencillo inferir en ella, sin embargo es de las que más influyen en el individuo, la comunidad se refiere al entorno del individuo, personas que lo rodean, oportunidades y recursos que tiene a su alcance para poder llevar sus procesos.

Durante mi participación en el proyecto, la comunidad se fue mostrando cada vez más activa a medida que recibía más información y participaba en ejercicios de deliberación y toma de decisiones. Un ejemplo significativo fue el “Sexto encuentro de personas con enfermedades crónicas”, bajo el eslogan “ser, hacernos comunidad”, este espacio fue un pilar fundamental para consolidar lazos con personas con características en común, con el objetivo de apoyarse mutuamente, dando como resultado la idea de continuar reuniéndose para trabajar en proyectos comunitarios enfocados en enfermedades crónicas, posteriormente consolidándose la creación de un consejo asesor, observándose el componente de construcción de entornos saludables y fortalecimiento de la acción comunitaria.

Servicios de Salud

Este subsistema incluye la infraestructura y los recursos necesarios para llevar a cabo las actividades de atención médica. En el Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito, los servicios de salud nos proporcionaron material, equipo y un espacio adecuado para realizar consultas y reuniones. Se llevó a cabo una planificación para sobre estas actividades las cuales contaron con el visto bueno de las autoridades competentes, facilitando el trabajo diario a pesar de la ocasional falta de recursos. Fue en el Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito donde se llevaban a cabo las Los sistemas de recaudación de datos fueron esenciales para el seguimiento y evaluación de las personas permitiendo un manejo eficiente de estos.

Atención Centrada en la Persona

Este subsistema se enfoca en la individualización del cuidado, apoyando la autogestión y el desarrollo de habilidades personales en los individuos. Esto se llevó a cabo escuchándolos, brindándoles información de alta calidad y ayudándolos a establecer sus propias metas de salud, por medio de la toma de decisiones compartida, para posteriormente evaluarlas mensualmente.

3. El diplomado

Recientemente, tuve la oportunidad de participar en un diplomado sobre el Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona con Enfermedad Crónico Degenerativa (MAICP). Esta experiencia no solo me permitió profundizar en el conocimiento teórico, sino que también me ofreció una visión práctica y holística sobre cómo

abordar la atención de personas con enfermedades crónico degenerativas de manera más humana y eficiente, basada en evidencia científica. Desde el primer día, el diplomado se caracterizó por su enfoque crítico. Los coordinadores del curso hicieron un buen trabajo al estructurar las sesiones de manera que fomentarán el aprendizaje reflexivo y la aplicación práctica de los conceptos. Cada módulo estaba diseñado para abordar diferentes aspectos del modelo MAICP, permitiendo a los participantes entender a los componentes de una manera adecuada. La primera parte se centró en una introducción del modelo de atención integral. Aquí, se discutieron los principios básicos del MAICP, sus subsistemas, componentes, herramientas incluyendo la importancia de colocar al paciente en el centro de la atención y de considerar sus necesidades físicas, emocionales y sociales y preferencias.

La segunda parte del curso se enfocó en la medicina basada en evidencias. A través de una revisión sistemática, pudimos adentrarnos en conocimiento actualizado y de alta calidad. En este período se llevó a cabo el sexto encuentro del diplomado MAICP, donde discutimos resultados obtenidos, se tocaron diversos temas relacionados a el vivir con estos padecimientos, la salud y enfermedad y se llegó al consenso de seguir realizando reuniones mensuales para poder trabajar en proyectos de interés. Este espacio fue crucial para consolidar aprendizajes y planificar estrategias futuras para aterrizar todo este conocimiento. Una de las dinámicas de trabajo más útiles para mi fue el taller interactivo que se llevó a cabo, en donde los participantes ponemos en práctica habilidades que nos servirán en la consulta, como lo fue la exploración podológica. Además se llevaron a cabo sesiones en donde analizamos casos clínicos reales presentados de una manera holística en donde se proponen planes de atención integral. Este formato facilitó un ambiente de colaboración y debate constructivo, donde cada miembro del grupo podía aportar desde su perspectiva y experiencia personal. A través de este proceso, se puede apreciar la importancia de un enfoque centrado en la persona, no solo como un concepto teórico, sino como una práctica que puede transformar la atención sanitaria. En resumen, mi participación en el diplomado sobre el modelo MAICP fue una experiencia enriquecedora. Me brindó herramientas valiosas para mejorar la atención a personas con enfermedades crónico degenerativas, y me reafirmó la importancia de una atención integral y centrada en la persona.

3.1 Módulo 1. Cambio de paradigmas: tecnología, desarrollo de competencias y empoderamiento del paciente. (Ensayo)

Objetivo General

El objetivo de este ensayo es explorar y analizar estrategias para alcanzar una atención de la salud centrada en la persona en centros de primer nivel de atención en la Ciudad de México, enfocado en el manejo de enfermedades crónicas degenerativas, a través del desarrollo de capacidades tanto de las personas que las padecen como del personal de salud.

Objetivos Específicos

Explorar fundamentos teóricos sobre la atención centrada en la persona en el ámbito del cuidado de la salud, evaluando la viabilidad de las diferentes herramientas disponibles en el contexto local.

Analizar la influencia de las tecnologías de la información en el empoderamiento de las personas y la facilitación para la toma de decisiones compartidas en el ámbito de la salud.

Valorar el impacto del desarrollo de habilidades en la persona como trayecto hacia una autonomía real enfocada a sus propias experiencias y necesidades.

Examinar como la adquisición de nuevas habilidades en el personal de salud impacta en la calidad de atención a la salud.

Justificación

La importancia de abordar este tema recae en el ejercicio de observación crítica hacia el modelo de salud actual y sus deficiencias, y la ferviente necesidad de mejorarla, dentro del complejo contexto de la Ciudad de México. La carga que representa el manejo de enfermedades crónicas degenerativas para los sistemas de salud y la población en general es destacable, por lo que una adecuada gestión requiere de enfoques nuevos e individualizados que vayan más allá de la atención a la salud como actualmente la conocemos. A través de este análisis, se realiza una reflexión acerca de las propuestas internacionales actuales acerca de una atención que priorice la individualidad, autonomía y participación de las personas que padecen de estas enfermedades.

Introducción

Actualmente la atención a la salud se enfrenta a una demanda creciente de servicios, en un contexto como el de la Ciudad de México, teñida por la diversidad y complejidad de la vida urbana, surge la necesidad de evaluar de manera crítica lo preestablecido y redefinir, de ser necesario, los cimientos de nuestros sistemas de salud, particularmente, la gestión de enfermedades crónico-degenerativas, la cual se vería beneficiada por un enfoque centrado en la persona. La situación actual requiere una atención integral que no se enfoque solamente en la patología, sino que engloba además la parte social, cultural y emocional de cada individuo, este cambio de paradigma hacia una atención más personalizada se presenta como una pieza clave para enfrentar los desafíos de atención a las personas con enfermedades crónico degenerativas. Es por esto que el presente ensayo se propone analizar este enfoque, destacando la importancia de su implementación en nuestro entorno en pro de una mejor calidad en la atención del paciente.

La Atención Centrada en la Persona en el Contexto Sanitario

La atención centrada en la persona (ACP), se define como la atención especializada en respetar y responder a las preferencias, necesidades y valores individuales del paciente, y garantizar que sean estos los que guíen todas las decisiones clínicas.(1) La visión del modelo de atención centrada no es algo nuevo, de hecho ha sido implementado por un gran número de organizaciones en los Estados Unidos, Reino Unido y Suecia (2), y tiene sus fundamentos en la medicina holística, la psicología humanística y la bioética, su relevancia recae en la manera eficiente de manejar la salud, aprovechando los recursos a la mano del paciente, el servidor de la salud y la comunidad.

La relevancia de la ACP se basa en la disponibilidad de herramientas eficaces, que si bien requieren de cierto nivel de conocimiento y destreza, llegan a estar al alcance del personal de salud y de los pacientes que deseen hacer uso de estas, basado en el conocimiento de que los sistemas de salud tienen un impacto limitado en la vida de las personas que padecen de enfermedades crónico degenerativas.

A pesar de ser un modelo prometedor, la ACP se enfrenta al desafío de su implementación, la resistencia al cambio por parte del personal de salud, y de una adecuada integración de las tecnologías a este propósito, no obstante estos desafíos ofrecen oportunidades para innovar en el desarrollo de programas de capacitación, selección y adaptación de herramientas al contexto actual y uso de recursos tecnológicos para lograr así un mejor impacto en la salud.

El Impacto de las Tecnologías de la Información en el Empoderamiento de los Pacientes

En esta era digital, las tecnologías están inmersas en nuestras vidas, volviéndose la principal fuente de información a la que acude la mayor parte de la población, con las ventajas y desventajas que ello conlleva, si bien es cierto que existen divulgadores de información, la información no siempre es de buena calidad, al no ser supervisada, conlleva riesgos que podrían obstaculizar una adecuada obtención de conocimiento. Algunos países han optado por tener páginas webs o apps oficiales a donde los pacientes pueden acudir por información con la confianza de ser información actualizada y de buena calidad, mostrándose como uno de los elementos fundamentales de este modelo de atención (1, 2).

Actualmente, la manera en que se lleva a cabo la atención a la salud puede resumirse en una consulta de 20 minutos, una interacción muy reducida, y más si se toma en cuenta que solamente es una vez al mes, este modelo lleva consigo muchas limitantes tanto para el paciente como para el personal de salud, entre ellas el tiempo, las distintas motivaciones de los personajes, entre otros, un adecuado uso de las tecnologías de la información podría brindar a los pacientes la ventaja de acceder a la información en momento que lo necesite sin la necesidad de ir a ningún lugar, aprovechar el tiempo de espera antes de entrar a consulta, resolviendo sus dudas más básicas, y aprovechando así de una manera más eficiente el tiempo de consulta. Se trata de ofrecer a la persona acceso a recursos en su formato preferido para ayudarla a prepararse para discutir opciones y tomar decisiones compartidas(3).

Instrumentos digitales como lo son plataformas en línea, apps y sistemas de información permiten a los individuos aprender sobre sus enfermedades, opciones de tratamiento, sus ventajas, desventajas además de las mejores estrategias de autocuidado. Como se mencionó anteriormente, el acceso directo empodera a las personas, proporcionándoles conocimientos que les permitan conocer mejor su situación y participar activamente en las decisiones relacionadas con su salud.

En un contexto más cercano, como lo es el de las enfermedades crónico degenerativas, donde la gestión a largo plazo requiere de una reestructuración, las tecnologías se presentan como una herramienta al alcance para apoyar a una comunicación más efectiva, la cual se ven facilitada por plataformas electrónicas. Esta interacción continua tiene el objetivo de que tanto el paciente como el profesional de la salud contribuyan en la elaboración de planes de tratamiento adaptados a las necesidades individuales de la persona.

Además del acceso a la información, las tecnologías pueden fomentar la participación activa de los pacientes al utilizarse como registros digitales de salud personales, permitiendo a los pacientes realizar un seguimiento de su progreso, registrar síntomas y monitorizar la efectividad de los tratamientos. Al compartir estos registros con sus proveedores de atención, se establece un diálogo abierto, facilitando decisiones compartidas basadas en datos concretos y experiencias personales. Es necesario explorar más sobre este recurso tan a la mano (en muchos sentidos), sin olvidar el valor de la confidencialidad y seguridad de los datos personales para garantizar la integridad y privacidad de las personas.

El Paciente Autónomo, sus experiencias y necesidades personales

Por años el paciente a sido considerado una entidad pasiva (y en muchos casos lo sigue siendo), alguien que no tiene inferencia en su propia salud y más bien confía su salud a las manos del médico, con todo lo bueno y malo de esta ecuación, hoy en día, el paradigma está cambiando hacia el reconocimiento del paciente como un individuo autónomo, refiriéndonos con esto a la capacidad y libertad del paciente para tomar decisiones en el cuidado de su salud(5).

El paciente no debe ser más un receptor de cuidados, sino más bien un participante activo en el proceso de su propia salud, sus experiencias individuales, forjadas por su propia historia de vida, sus valores y su contexto local influyen en su salud y en este caso a su enfermedad por medio de percepciones individuales e interacciones con cada encuentro con su entorno, incluyendo los servicios de salud. Las necesidades individuales del paciente autónomo varían de acuerdo a cada persona, desde una manera diferente de interacción hasta el nivel de participación al que están dispuestos a intervenir sobre su propia atención, estas necesidades reflejan la búsqueda de un cuidado que se adapte a cada individuo. La personalización de la atención a la salud se convierte entonces en un aspecto esencial para satisfacer estas necesidades tan válidas como necesarias, para alcanzar el bienestar de una manera integral, reconociendo así que la actual uniformidad del enfoque clásico no se ajusta a la diversidad de la población, ignorando sus experiencias y perspectivas. Las necesidades son diferentes, y el camino hacia la autonomía no viene en una talla. Al validar esas diferencias se legitiman a la persona y podemos avanzar en el desarrollo de habilidades según se requiera, creándose un entorno que promueva un empoderamiento genuino y sobre todo sostenible.

El aprendizaje constante y la adaptabilidad se posicionan como aliados cruciales en este viaje. Este proceso se nutre de la disposición de aprender y evolucionar por parte del paciente siendo un camino personal, en donde el personal de salud puede brindar información adecuada y evaluar dichas habilidades y no “concientizar” o “aconsejar” sobre qué es lo que necesita y lo que no. La exploración de nuevas destrezas y la adaptación a las cambiantes circunstancias son elementos esenciales para mantener y fortalecer la autonomía a largo plazo, no solo para afrontar una enfermedad sino también al desarrollo de habilidades personales para el bienestar.(1)

Sin embargo el camino hacia la plena autonomía del paciente cursa con desafíos tales como el hecho de que algunos pacientes no quieren tener la responsabilidad exclusiva o primaria de las decisiones médicas (5), tema que tendrá que irse analizando durante el tiempo, descifrando las causas personales de cada uno, respetando siempre el nivel de intervención al cual quiere exponerse el

paciente, recordando que el enfoque de empoderamiento requiere pasar de sentirse responsable de los pacientes a sentirse responsable ante los pacientes".(5)

Sobre el Impacto del Desarrollo de Habilidades en el Personal de Salud

La calidad de la atención a la salud juega un papel fundamental en la experiencia del usuario e influye directamente en la salud de este, es por ello que la adquisición de nuevas habilidades por parte del personal de salud se hace menester en este aspecto. Este proceso no solo favorece a los profesionales, sino que también impacta en la salud de la comunidad. De manera similar a cuando los individuos encaminan su desarrollo de habilidades dependiendo de sus necesidades, un mayor conocimiento en el personal de salud le dará una disposición de herramientas de las cuales pueda seleccionar la que más se acople a cada contexto, es decir, las mismas habilidades y principios serían relevantes aunque los métodos exactos dependiendo del contexto.(3)

En el dinámico ámbito de la salud, la adquisición de nuevas habilidades por parte de los profesionales de la salud, se presenta como una necesidad imperante para poder llevar a cabo el modelo de atención integral centrada en la persona, solamente con personal capacitado podrán ponerse en marcha mecanismos tan potentes como la toma compartida de decisiones o la deliberación(3,4). El conocimiento de los últimos avances en el tema así como la implementación de técnicas adecuadas permitirán a los profesionales de la salud ofrecer opciones de abordaje personalizadas y por ende, más precisas, fortaleciendo la relación médico-paciente, al ayudar al individuo a empoderarse y lograr la satisfacción profesional por parte del prestador de la atención.

Los beneficios del desarrollo de habilidades en los profesionales de la salud son múltiples, desde una comunicación más efectiva dando diagnósticos más acertados y con ello mejores resultados, sin embargo, este modelo no está exento de desafíos, pues se enfrenta a la resistencia al cambio además de la necesidad de disponer de recursos para un adecuado adiestramiento y supervisión de su práctica.

Conclusión

En síntesis el modelo de ACP se presenta como un camino viable hacia la mejora de la prestación de servicios de salud, como se ha visto, al evaluar la viabilidad de diversas herramientas ante cada contexto, se destaca la necesidad de adecuar la atención enfocada a las necesidades específicas de cada individuo, promoviendo así una visión más personalizada y por ende más efectiva. Otra de las ventajas de este modelo es la practicidad con que puede ponerse en marcha, utilizando las tecnologías de la información al alcance en el empoderamiento real de las personas, facilitando la toma de decisiones compartidas bajo la premisa del conocimiento sobre su situación y las herramientas que tienen al alcance para mejorar su vida. Esta diferencia propicia una dinámica más colaborativa fortaleciendo la relación médico-paciente. La evaluación y acompañamiento en el desarrollo de habilidades por parte del individuo como camino hacia una verdadera autonomía revela que la adquisición de estas habilidades es crucial y debe ajustarse a las necesidades y experiencias de la persona.

Asimismo, la adquisición de nuevas habilidades por parte del personal de salud influye en la capacidad de las personas para comprender y gestionar su propia salud, de esta manera se propicia la mejora de la calidad de la atención, beneficiando tanto a las personas como a los profesionales de la salud. En síntesis, la implementación de este modelo puede tener un impacto positivo en el panorama de la atención primaria de enfermedades crónico degenerativas, promoviendo una visión más humana y eficaz.

Personalmente y presiento que como un rasgo generacional, siempre fui crítico sobre la manera en la que se proporcionaba la atención a la salud, realmente es frustrante cuando uno está del otro lado, ser simplemente un espectador en cuanto a las decisiones relacionadas con nuestra propia salud, posteriormente ya del otro lado en el consultorio, uno se topa con la realidad de que las cosas se hacen así y tratar de hacerlo de otra forma resulta agravante para el status quo, estar dentro de este diplomado y escuchar los fundamentos y beneficios de las buenas prácticas proporciona una motivación y empodera a las nuevas generaciones de prestadores de servicios de la salud, propiciando una mejora en la atención y por ende en el bienestar de la comunidad.

Bibliografía

- Tai E Shyong, Yew Tong Wei. Person-Centered Care in Diabetes: what is it based on and does it work?, The Singapore Family Physician, 2020; Vol 46(7): páginas 11-15
- Barr V, Salivaras S, et al. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model, ResearchGate, 2003; Vol 7(1): paginas 73-80
- Shared Decision Making, NICE Guideline[NG197] , 2021, paginas 3-32
- Glyn E, Frosch D, Thomson R, et al, Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice, JGIM, 2012; 27(10): Páginas 1361-1365
- Sullivan M. Advancing from activated patient to autonomous patient, The Patient as Agent of Health and Health Care, Oxford University Press, 2017, páginas 192-225.

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

En personas con hipertensión arterial e estadio de enfermedad renal crónica G3A de reciente diagnóstico, utilizar calcioantagonistas retrasa la progresión de la ERC en comparación con el uso de ARA II (Revisión sistemática)

Introducción

En nuestra realidad, la hipertensión arterial está cobrando cada vez más prevalencia y entre las consecuencias más comunes se encuentra la enfermedad renal crónica (ERC) lo cual convierte a esta en un desafío de salud pública. Esta revisión sistemática examinará y sintetiza la evidencia disponible en la literatura médica relacionada con el uso de calcioantagonistas versus ARA II en pacientes con hipertensión arterial y ERC en estadio G3A realizando una búsqueda exhaustiva en bases de datos médicas electrónicas para identificar estudios pertinentes. Entre las opciones terapéuticas disponibles en nuestro entorno es muy común encontrar personas que se tratan con calcioantagonistas y los antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA II), los cuales son dos clases de medicamentos ampliamente utilizadas, sin embargo, existe incertidumbre sobre cuál de estas opciones terapéuticas es más efectiva para retrasar la progresión de la ERC en pacientes con hipertensión arterial en estadios tempranos de la enfermedad renal.

Los resultados de esta revisión tendrán implicaciones directas en la toma de decisiones clínicas y en la mejora de los resultados de los pacientes en centros de salud como CST III Dr. Ángel de la Garza Brito y CST III Oasis, donde se ha observado una necesidad de mayor claridad sobre el manejo farmacológico de esta población particular tanto para las personas como para el personal de la salud.

Objetivos de la revisión sistemática

Objetivo general

El objetivo de esta revisión sistemática es conocer el efecto que tiene sobre la progresión de la enfermedad renal crónica secundaria a hipertensión, utilizar calcioantagonistas como terapéutica de elección sobre los ARA II.

Objetivos específicos

- Determinar el impacto de los calcioantagonistas en la estabilidad de la función renal en pacientes con hipertensión arterial en estadio G3A.
- Comparar la progresión del estadio de la ERC en pacientes tratados con calcio-antagonistas frente a aquellos tratados con antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II).
- Indagar la evidencia sobre el uso de una terapéutica basada en antagonistas de calcio vs aquella basada en antagonistas de los receptores de angiotensina II en esas personas con enfermedad renal crónica secundaria a hipertensión arterial.

Protocolo de Revisión

Planteamiento del problema

Es de conocimiento que la hipertensión arterial es una enfermedad con alta prevalencia en el país, teniendo con base en la encuesta nacional de salud y nutrición del año 2020 una prevalencia del 49.4% en mexicanos, dicho padecimiento se encuentra altamente asociado al riesgo de diferentes comorbilidades y acorde con la guía de práctica clínica acerca del diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, presentar esta enfermedad aumenta la morbi-mortalidad de las personas, ocasionando daño a estructuras de importancia específicamente los riñones como se mencionara en la siguiente revisión sistemática, obteniendo como resultado una disminución de la función renal que terminará provocando una enfermedad renal crónica; Actualmente en la Alcaldía La Magdalena Contreras se encuentran dos centros de salud T.III, de los cuales el CST III Dr. Ángel de la Garza Brito tiene acorde con la plataforma SIC un total de 208 personas registradas con enfermedad crónica de los cuales 151 personas padecen hipertensión arterial un total de 41.1%; El CST III Oasis cuenta con un registro de 435 personas con enfermedad crónica, de los cuales 256 personas tienen el diagnóstico de hipertensión arterial, un total de 68 % y con un aparente seguimiento de cifras tensionales <140/<90 mmHg del 81%.

Se observó que en estos centros de salud, acuden personas con un inadecuado manejo de medicamentos para la tensión arterial, con niveles séricos de creatinina alarmantes y sin un diagnóstico previo o adecuada información a las personas sobre lo que ocurría con su función renal, con el adecuado seguimiento de ciertas personas que caían por estimación de la tasa de filtrado glomerular en un estadio de enfermedad renal crónica desde G1 hasta G5 en pocos casos pero no nulos, nos encontramos ante la problemática de la demanda hacia el servicio de salud de la especialidad de nefrología en la CDMX, obteniendo en más de una ocasión contrarreferencias por parte de los hospitales de 3er nivel de atención respuestas como *“Enviar al requerir tratamiento sustitutivo de la función renal”, “Sin cambios hasta el momento, enviar en caso de urgencia dialítica”, “el paciente no se encuentra con criterios de ser recibido en el área de nefrología”, “se ajusta tratamiento con base en diuréticos y se envía a su cst hasta contar con estadio G5”*. Cuando este tipo de situaciones ocurre, las personas que viven con una o más enfermedades crónicas, se ven afectadas en el área del padecimiento, ocasionando que se busquen valoraciones médicas externas y en ocasiones por medio privado, por conocimiento de la experiencia propia de las personas que son atendidas en estos centros de salud, notamos la continua *opinión de expertos* sobre el uso de inhibidores de los canales de calcio y retiro de antagonistas de los receptores de angiotensina II para evitar mayor daño a los riñones, siendo lo contrario en diversas *opiniones de expertos*.

Acontece una ocasión que una persona es enviada a valoración por el servicio de nefrología por una disminución moderada en su tasa de filtrado, quien se encontraba en tratamiento con terapia dual: losartan + hidroclorotiazida, al acudir a su cita de seguimiento mensual, llama la atención que dicha persona menciona su cita en el servicio de nefrología.... Parafraseo: *“El dr me ha regañado, que hace mucho debieron haber retirado el losartán de mi tratamiento porque afecta más y más mis riñones, entonces me dijo que ahora utilizare nifedipino.”*

Al observar que la situación continua de las opiniones de expertos difería ante los métodos conocidos como médicos pasantes del servicio social sobre la terapéutica en hipertensión arterial con ERC, surge la duda de conocer qué es lo que la evidencia menciona acerca de este padecimiento tan importante y comparar si

realmente se han verificado ventajas sobre la progresión de la enfermedad renal o si es netamente indiferente sobre dicho avance del estadio.

Justificación

¿Por qué ser curiosos y hacer medicina basada en evidencias con esta situación? Sucede que al enfrentarnos como médicos de primer contacto ante la sociedad en esta etapa académica de la pasantía, se apertura la visión de realidad hacia la que nos enfrentamos, los porcentajes se vuelven personas que entraran al consultorio médico en busca de curar su enfermedad, de las cuales cada una de estas personas merece si no es una cura, la ayuda para frenar la mayoría de las complicaciones que puedan ocurrir secundario a sus enfermedades crónicas y eso sucede cuando la información que tenemos es la más actualizada, que tiene evidencia científica que ayude a fortalecer entonces la toma de decisiones en este caso terapéuticas para estas personas.

Es de importancia para aquellas personas que forman parte del proyecto MAICP, ya que, al conocer como médicos tratantes esta información verídica, podremos ofertar una adecuada prevención terciaria desde el primer nivel de atención, disminuyendo así la progresión de la enfermedad en cada persona, tomando la decisión correcta. Una vez que se llegue a la respuesta de el impacto en la progresión, la jurisdicción sanitaria contaría con un mecanismo a través del cual podrían capacitar a su profesional de base médico, pero sobre todo monitorizar la verdadera aplicación de prevención terciaria a través de medidas sencillas como el optar entre un fármaco y otro.

Al realizar dicha revisión sistemática se proporcionará una síntesis rigurosa y actualizada de los datos disponibles, permitiendo identificar la terapia óptima para el control de la presión arterial y la prevención de la progresión de la ERC en esta población específica de pacientes, además de que se encontrarán estrategias para una adecuada búsqueda de artículos

“Se mide la inteligencia de un individuo por la cantidad de incertidumbres que es capaz de soportar” Immanuel Kant

La importancia de conocer esto como futuros médicos generales es que tendremos la habilidad de tomar una decisión terapéutica en personas que padezcan alguna

situación similar, logrando así la disminución de la progresión a largo plazo de la enfermedad renal crónica secundaria a hipertensión o incluso diabetes, además de que desarrollaremos una estrategia propia de la medicina basada en evidencias en un nivel que aunque no pareciera grande, generará poco a poco, persona a persona un impacto sobre esa calidad de vida que tanto buscamos preservar como médicos afines a los pilares fundamentales de la bioética médica.

Formulación de la Pregunta de Investigación

P: ¿En personas con hipertensión arterial en ESTADIO DE ERC G3A DE RECIÉN DIAGNÓSTICO (Población)?

I: ¿La decisión terapéutica de usar calcio-antagonistas (Intervención)?

C: ¿En comparación con el uso de los ARA II?(Comparación)

O: ¿Retrasa la progresión del estadio de la ERC (Comparación)? esto va en O

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

Se realizó la búsqueda en las siguientes bases de datos en línea: Cochrane Library, PubMed y Nature sin ninguna restricción en cuanto a tiempo o idiomas. Realizamos nuestra búsqueda utilizando las palabras clave: “angiotensin II receptor antagonists”, “chronic kidney disease”, “arterial hypertension”, “stage G3A” “calcium channel blockers” “antihipertensivos” “enfermedad renal crónica”, “antagonistas de receptores de angiotensina II”, “ARA II”, “ Enfermedad renal crónica”, “Hipertensión arterial sistémica”, “bloqueadores de canales de calcio”, “Estadio G3A”, y combinamos estas palabras con “AND” además de “Y”, según el idioma.

Tipo de reportes de investigación a recuperar

Para el presente trabajo se incluyeron los siguientes tipos de documentos:

Meta análisis

Revisiones sistemáticas

Guía de práctica clínica
Ensayos clínicos controlados
Estudios de cohortes
Estudio observacional

Criterios de inclusión

Participantes mayores de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial en estadio G3A.

Ensayos clínicos controlados, revisiones sistemáticas, meta análisis, estudio observacional

Estudios que evalúen la eficacia de los calcioantagonistas en la prevención del avance del estadio de la enfermedad renal crónica (ERC).

Estudios que informen sobre la estabilidad de la función renal en pacientes con hipertensión arterial en estadio G3A tratados con calcio antagonistas.

Estudios que comparen la progresión del estadio de la ERC entre pacientes tratados con calcioantagonistas y aquellos tratados con ARA II.

Artículos publicados en revistas revisadas por pares.

Criterios de exclusión

Estudios que no incluyan pacientes con hipertensión arterial en estadio G3A.

Estudios que no sean ensayos clínicos controlados, revisiones sistemáticas, meta análisis, estudio observacional

Estudios que no comparen calcioantagonistas con ARA II.

Estudios que incluyan pacientes con otras enfermedades renales distintas a la ERC.

Estudios que no informen resultados relevantes sobre la prevención del avance del estadio de la ERC.

Estudios duplicados, resúmenes de congresos o publicaciones que no estén disponibles en texto completo.

Estrategia de búsqueda.

Motor de búsqueda: Pubmed

Filtros aplicados: Adultos (19+ años), últimos 5 años, excluyendo pacientes transplantados o con nefropatía diabética.

Fechas de búsqueda: Del 1 al 12 de mayo del 2024

Resultados obtenidos en pubmed:

“calcium channel blockers AND chronic kidney disease AND arterial hypertension”:
50 resultados

“angiotensin II receptor antagonists AND chronic kidney disease AND arterial hypertension”:
6 resultados

“hypertension AND stage G3A AND calcium channel blockers AND angiotensin II receptor antagonists”:
0 resultados

Estudios incluidos:

“calcium channel blockers AND chronic kidney disease AND arterial hypertension”:
6 estudios.

“angiotensin II receptor antagonists AND chronic kidney disease AND arterial hypertension”:
1 estudios

“hypertension AND stage G3A AND calcium channel blockers AND angiotensin II receptor antagonists”:
0 estudios

Motor de búsqueda: Nature

“angiotensin II receptor antagonists AND chronic kidney disease AND arterial hypertension”:
28 resultados (mismos artículos que la búsqueda anterior)

“hypertension AND stage G3A AND calcium channel blockers AND angiotensin II receptor antagonists”:
1 resultado (artículo en japonés, descartado)

Estudios incluidos:

“calcium channel blockers AND chronic kidney disease AND arterial hypertension”:
1 estudio.

“angiotensin II receptor antagonists AND chronic kidney disease AND arterial hypertension”:
0 estudios adicionales

“hypertension AND stage G3A AND calcium channel blockers AND angiotensin II receptor antagonists”:
0 estudios

Motor de búsqueda: Cochrane Library

Resultados obtenidos:

“calcium channel blockers AND chronic kidney disease AND arterial hypertension”:
3 resultados

“angiotensin II receptor antagonists AND chronic kidney disease AND arterial hypertension”:
1 resultado en Cochrane Review, 16 ensayos

“hypertension AND stage G3A AND calcium channel blockers AND angiotensin II receptor antagonists”: 0 resultados

“antihipertensivos, enfermedad renal crónica”: 8 resultados

Estudios incluidos:

“calcium channel blockers AND chronic kidney disease AND arterial hypertension”: 3 estudios

“angiotensin II receptor antagonists AND chronic kidney disease AND arterial hypertension”: 5 estudios

“hypertension AND stage G3A AND calcium channel blockers AND angiotensin II receptor antagonists”: 0 estudios

“antihipertensivos, enfermedad renal crónica” (con filtro de 5 años de vigencia, +18 adultos) : 2 estudios

“la terapéutica que retrasa la progresión de la enfermedad renal” 2 estudios

“how should we treat hypertension during CKD” : 2 estudios

Total de estudios incluidos: 11

PubMed: 5 estudios

Nature: 1 estudio

Cochrane Library: 5 estudios

Este registro detalla las estrategias de búsqueda desarrolladas, los recursos utilizados, el número de resultados obtenidos y los estudios finalmente incluidos en la elaboración de la guía de práctica clínica sobre el uso de calcioantagonistas en comparación con ARA II en pacientes con hipertensión arterial en estadio G3A de reciente diagnóstico.

Síntesis de datos (resultados)

Nombre del estudio	Tipo de estudio	Conclusiones
1. A nationwide cohort study	Investigación clínica	“Los resultados de este estudio observacional en el mundo real sugieren

<p>comparing the effectiveness of diuretics and calcium channel blockers on top of renin-angiotensin system inhibitors on chronic kidney disease progression and mortality. Anne-Laure Faucon <i>et al</i> (2023)</p>		<p>que en pacientes con ERC en los estadios G3-G5, en comparación con la terapia con BCC, la terapia con diuréticos además de RASi puede ralentizar aún más la progresión de la ERC, más allá de su efecto antihipertensivo. Combinado con nuestro entendimiento actual del efecto perjudicial de la sobrecarga de volumen.” <i>Anne-Laure Faucon et al (2023)</i></p>
<p>2. Calcium channel blockers for people with chronic kidney disease requiring dialysis. George A Mugendi <i>et al</i> (2020)</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>“Los beneficios de los BCC sobre otros antihipertensivos en los niveles de presión arterial antes de la diálisis entre las personas con ERC que requirieron hemodiálisis eran inciertos.Las deficiencias de los estudios fueron que reclutaron muy pocos participantes, tuvieron pocos eventos, tuvieron períodos de seguimiento muy cortos, algunos resultados no fueron reportados y la presentación de resultados como los cambios en la presión arterial no se realizó de manera uniforme en todos los estudios.” <i>George M Et al (2020)</i></p>
<p>3. Comparative Effectiveness of Renin-Angiotensin System Inhibitors and Calcium</p>	<p>Estudio de Cohortes Observacional</p>	<p>"Observamos que la terapia con inhibidores del sistema renina-angiotensina (RAS) puede ser superior a la terapia con bloqueadores de los canales de calcio (CCB) en retrasar la</p>

<p>Channel Blockers in Individuals With Advanced CKD: A Nationwide Observational Cohort Study, Edouard L et al (2020)</p>		<p>necesidad de terapia de reemplazo renal (KRT) en la enfermedad renal crónica (CKD) avanzada. Esto es consistente con un reciente metanálisis de red de pacientes con CKD G3 que mostró que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE) redujeron las probabilidades de KRT en un 35% (cociente de probabilidades [OR], 0.65 [intervalo de credibilidad del 95%, 0.51-0.80]), y los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARBs) redujeron las probabilidades de insuficiencia renal en un 25% (OR, 0.75 [intervalo de credibilidad del 95%, 0.54-0.97]) en comparación con otros fármacos antihipertensivos, que incluyeron CCB, diuréticos y beta bloqueadores." Edouard L et al (2020)</p>
<p>4.Renoprotective Effect of the Combination of Renin-angiotensin System Inhibitor and Calcium Channel Blocker in Patients with Hypertension and Chronic Kidney Disease. Rong-Shuang H et al (2016)</p>	<p>Meta análisis</p>	<p>La combinación de IECA/ARA II + CCB no tuvo un beneficio adicional en la protección renal más allá de lo que se podría lograr con la monoterapia de IECA/ARA II. Rong-Shuang H et al (2016)</p>

<p>5.Clinical outcomes between calcium channel blockers and angiotensin receptor blockers in hypertensive patients without established cardiovascular diseases during a 3-year follow-up. Han S et al (2021)</p>	<p>Revisión Sistemática</p>	<p>Con modelos multivariados ajustando la edad, sexo, ingresos, diabetes, enfermedad renal crónica e índice de comorbilidad de Charlson, los puntos finales primarios se desarrollaron con menos frecuencia en el grupo de ARA II que en el grupo de CCB (HR 0.957, IC del 95% 0.933–0.983, $p < 0.001$). Han S et al (2021)</p>
<p>6.Angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers for adults with early (stage 1 to 3) non-diabetic chronic kidney disease. Tess E Cooper et al (2022)</p>	<p>Revisión Sistemática</p>	<p><i>Actualmente, no hay evidencia suficiente para determinar la efectividad de los IECA o ARA II en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en estadios 1 a 3 que no tienen diabetes mellitus. La evidencia disponible en general es de muy baja certeza y alto riesgo de sesgo. Hemos identificado un área de gran incertidumbre para un grupo de pacientes que representan la mayoría de aquellos diagnosticados con ERC. Tess E Cooper et al(2022)</i></p>

<p>7. Angiotensin receptor blockade and arterial compliance in chronic kidney disease: a pilot study. Garp JP (2006)</p>	<p>Ensayo clínico controlado</p>	<p><i>El uso de un ARA II para alcanzar la presión arterial recomendada está asociado con una mejoría en la compliance de las arterias pequeñas en personas con enfermedad renal crónica, aunque se necesitan estudios más amplios para confirmar estos hallazgos. Se observó que los sujetos con CKD tenían una compliance reducida en las arterias pequeñas. El tratamiento a corto plazo (8 semanas) con el antagonista del receptor de angiotensina eprosartan mejoró la compliance de las arterias pequeñas desde el inicio, aunque no se pudo demostrar definitivamente una diferencia significativa entre los grupos tratados con eprosartan y placebo. Se necesitan estudios adicionales (y más amplios). Garp JP (2006)</i></p>
---	----------------------------------	--

<p>8. Antagonistas de la aldosterona además de antagonistas del sistema renina angiotensina para prevenir la progresión de la enfermedad crónica</p>	<p>Meta análisis</p>	<p>Se escogieron 44 artículos de 5745 participantes, en torno a la búsqueda del tratamiento con IECA + ARA en la progresión hacia el trasplante renal por nefropatía crónica, no cumplió con el criterio de inclusión de las edades, cabe rescatar la siguiente conclusión del estudio.</p> <p><i>No se conocen con certeza los efectos de los antagonistas de la aldosterona cuando se añaden a los IECA o a los ARA (o a ambos) en los riesgos de muerte, episodios cardiovasculares graves e insuficiencia renal terminal en las personas con IRC proteinúrica. Los antagonistas de la aldosterona podrían reducir la proteinuria, la FGe y la presión arterial sistólica en los adultos con IRC leve a moderada, pero podrían aumentar el riesgo de hiperpotasemia, lesión renal aguda y ginecomastia al agregarse a los IECA o ARA. Edmun YM Chung et. al 2020</i></p>
---	----------------------	---

<p>9. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y antagonistas de los receptores de angiotensina para preservar la función renal residual en pacientes con DP</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p><i>En comparación con otros fármacos antihipertensivos, la administración a largo plazo (≥ 12 meses) de los IECA o los ARA mostró efectos beneficiosos adicionales en la preservación de la función renal residual en pacientes con DPAC. No hubo diferencias significativas en la preservación de la función renal residual entre los ARA y los IECA. Sin embargo, al estar limitadas por el escaso número de ECA que reclutaron un reducido número de participantes, actualmente no hay evidencia suficiente para apoyar la administración de un IECA o un ARA como tratamiento antihipertensivo de primera línea en los pacientes con DP.</i></p>
--	-----------------------------	---

<p>1. Agentes antihipertensivos para la prevención de la nefropatía diabética</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>El estudio presenta criterios de inclusión mucho más amplio, utilizando una comparativa de todos los fármacos antihipertensivos así como placebo, rescatando como la conclusión más importante de este artículo el riesgo relativo en comparación de IECA y CCB</p> <p><i>Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) redujeron el riesgo de nueva aparición de microalbuminuria, macroalbuminuria o ambas en comparación con placebo (ocho estudios, 11 906 pacientes: RR 0,71; IC del 95%: 0,56 a 0,89, con efectos beneficiosos similares en los pacientes con y sin hipertensión (p = 0,74), y en comparación con los bloqueadores de los canales de calcio (cinco estudios, 1253 participantes: RR 0,60; IC del 95%: 0,42 a 0,85. Jincheng Lv et al. 2012</i></p>
--	-----------------------------	--

<p>2. Fármacos de primera línea que inhiben el sistema renina angiotensina versus otra clase de antihipertensivos de primera línea</p>	<p>Ensayos controlados aleatorios</p>	<p><i>En comparación con los bloqueadores de los canales de calcio (BCC) de primera línea, se encontró evidencia de calidad moderada de que los inhibidores del SRA de primera línea redujeron la insuficiencia cardíaca (IC) (35 143 participantes en cinco ECA, cociente de riesgos [CR] 0,83; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,77 a 0,90; reducción del riesgo absoluto [RRA] 1,2%) y aumentaron el accidente cerebrovascular (34 673 participantes en cuatro ECA, CR 1,19; IC del 95%: 1,08 a 1,32; aumento del riesgo absoluto [ARA] 0,7%). Evidencia de certeza moderada mostró que no hubo diferencias entre los inhibidores del SRA de primera línea y los BCC de primera línea para la mortalidad por todas las causas (35 226 participantes en cinco ECA, CR 1,03; IC del 95%: 0,98 a 1,09); los eventos CV totales (35 223 participantes en seis ECA, CR 0,98; IC del 95%: 0,93 a 1,02); ni el IM total (35 043 participantes en cinco ECA, CR 1,01; IC del 95%: 0,93 a 1,09). Evidencia de certeza baja indica que no hubo diferencias en la IRT (19 551 participantes en cuatro ECA, CR 0,88; IC del 95%: 0,74 a 1,05). Yu Jie Chen et. al 2018</i></p>
---	---------------------------------------	--

Recomendaciones

- El uso de fármacos inhibidores del sistema renina angiotensina acompañada de diuréticos, no solo disminuye los niveles de tensión arterial llevándola a cifras control por debajo de 140/90, si no que también retrasa la progresión de la enfermedad renal en estadios de G1 a G3b.
- La terapia dual con inhibidores de los canales de calcio + ARA II no tiene mayor impacto sobre la progresión de la enfermedad renal como lo haría la monoterapia con ARA II o IECA.
- La terapia con ARA II o IECA como antihipertensivo reduce la progresión de la enfermedad renal y preserva la función renal residual en personas con ERC estadios G4-G5 incluso con terapia sustitutiva de la función renal.
- El uso de ARA II a largo plazo reduce el riesgo de proteinuria mayormente que el uso de calcio antagonistas.
- Continúa siendo incierto que la terapia con calcioantagonistas reduzca la morbimortalidad propia de la enfermedad renal crónica una vez instaurada.

Conclusiones.

“La ignorancia es la madre de todos los males” -Francois Rabelais

Se ha llegado a la conclusión que más de una ocasión hemos errado en la elección adecuada para el tratamiento de la hipertensión arterial en aquellas personas que cuenta con un daño renal que va en progresión, realizando aquello que escuchamos o leemos tan solo de las opiniones de expertos y se vuelve realmente un impacto cuando logramos entender que tan grande es el hacer algo solo por recomendación personal o privada, a pesar de que los inhibidores de los canales de calcio han demostrado ser medicamentos útiles para el control de la tensión arterial, no estamos agregando un beneficio a las personas al retirar de su tratamiento establecido los ARA II o los IECA, si bien no se ha demostrado aun con evidencia que el uso de terapia dual con ARA II + calcioantagonistas el realizar un seguimiento con base en las guías de práctica clínica nos otorga mayor seguridad como médicos pasantes del servicio social pero tiene un resultado mucho mayor sobre las personas que tratamos debido a que todo aquello es realizado con evidencia que aportará a la salud de las personas con enfermedad crónica una

mejoría en su calidad de vida. La realidad sobre la alta demanda de un servicio de 3er nivel nefrología no cambiará e incluso se incrementará si no se comienza a tratar de manera adecuada a las personas, con base en la evidencia, sin embargo será parte de nuestra responsabilidad el realizar medicina basada en la evidencia, puesto que es sencillo permanecer en la situación de oyente-aplicador de la opinión de los “expertos”

Ahora somos conocedores y la próxima ocasión que se presente una persona con hipertensión arterial con la complicación de enfermedad renal en un estadio temprano no tendremos miedo al continuar con su terapia dual del uso de diuréticos junto con un inhibidor de la angiotensina, lo realizaremos con seguridad y la tranquilidad de saber que es lo correcto. Es importante en este punto siempre recordar, que la terapéutica de las distintas enfermedades crónicas debe ser siempre individualizada a cada persona con sus diferentes factores que presenté, permitiéndonos así adecuar la medicina basada en evidencias en la atención integral centrada en cada persona que busca una valoración, un seguimiento y un tratamiento para curarse y así mejorar su calidad de vida.

Referencias bibliográficas

1. Faucon A, L Fu E, Benedicte S, Faisan M, Marie E, Juan C, et al. A nationwide cohort study comparing the effectiveness of diuretics and calcium channel blockers on top of renin-angiotensin system inhibitors on chronic kidney disease progression and mortality. Clin Kidney J. 2023;16(8):1302-1311. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37330214/>
2. Mugendi GA, Mutua FM, Natale P, Esterhuizen TM, Strippoli GF. Calcium channel blockers for people with chronic kidney disease requiring dialysis. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Oct 1;10(10):CD011064. doi: 10.1002/14651858.CD011064.pub2. PMID: 33000470; PMCID: PMC8094736. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33000470/>
3. Fue EI, Clase CM, Evans M, Lindholm B, Rotmans JI, Dekker FW, van Diepen M, Carrero JJ. Comparative effectiveness of renin-angiotensin system inhibitors and calcium channel blockers in individuals with advanced CKD: a nationwide observational cohort study. Am J Kidney Dis. 2021 May;77(5):719-729.e1. doi: 10.1053/j.ajkd.2020.10.006. PMID: 33246024. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33246024/>
4. Huang RS, Cheng YM, Zeng XX, Kim S, Fu P. Renoprotective effect of the combination of renin-angiotensin system inhibitor and calcium channel blocker

in patients with hypertension and chronic kidney disease. Chin Med J (Engl). 2016 Mar 5;129(5):562-9. doi: 10.4103/0366-6999.176987. PMID: 26904991; PMCID: PMC4804438. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4804438/>

5. Eong HS, Lim HS, Park HJ, Lee WS, Choi JO, Lee HS, et al. Clinical outcomes between calcium channel blockers and angiotensin receptor blockers in hypertensive patients without established cardiovascular diseases during a 3-year follow-up. Sci Rep. 2021 Jan 19;11(1):1783. doi: 10.1038/s41598-021-81373-7. PMID: 33469103; PMCID: PMC7815918. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33469103/>
6. Cooper TE, Teng C, Tunnicliffe DJ, Cashmore BA, Strippoli GFM. Angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers for adults with early (stage 1 to 3) non-diabetic chronic kidney disease. Versión publicada: 19 de julio de 2023. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37466151/>
7. Garg JP, Ellis R, Elliott WJ, Hasabou N, Chua D, Chertow GM, Bakris GL. Angiotensin receptor blockade and arterial compliance in chronic kidney disease: a pilot study. Am J Nephrol. 2005;25(4):393-399. [Añadido a CENTRAL el 30 de abril de 2006; 2006 Issue 2]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-00529392/full?highlightAbstract=ii%7Cantagonists%7Cdisease%7Chypertens%7Carterial%7Cdiseas%7Cantagonist%7Ckidney%7Creceptor%7Cangiotensin%7Carteri%7Cchronic%7Chypertension>
8. Yu Jie Chen, Liang Jin Li, Wen Lu Tang, Jia Yang Song, Ru Qian, Hao Xue, James M Wright. First-line drugs inhibiting the renin angiotensin system versus other first-line antihypertensive drug classes for hypertension. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 11. Art. No.: CD008170. DOI: 10.1002/14651858.CD008170.pub3. Accedida el 05 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008170.pub3/full/es?highlightAbstract=blocker%7Ccalcium%7Cdisease%7Cchannel%7Chypertens%7Carterial%7Cdiseas%7Ckidney%7Cblockers%7Carteri%7Cchronic%7Chypertension>
9. Zhang L, Zeng X, Fu P, Wu HM. Angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers for preserving residual kidney function in peritoneal dialysis patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art. No.: CD009120. DOI: 10.1002/14651858.CD009120.pub2. Accessed 01 May 2024. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009120.pub2/full?highlightAbstract=antagonists%7Cii%7Cdisease%7Chypertens%7Cdiseas%7Carterial%7Cantagonist%7Ckidney%7Creceptor%7Cangiotensin%7Carteri%7Cchronic%7Chypertension>

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

El subsistema de Comunidad en el Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (MAICP) se enfoca en movilizar y aprovechar los recursos comunitarios para crear entornos que favorezcan la salud y el bienestar de las personas con enfermedades crónicas. Dos estrategias claves en este subsistema son el Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas y los Consejos Asesores.

A continuación, se describe cada una de estas:

El sexto encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas fue una estrategia diseñada para reunir a las personas que acuden al centro de salud T-III Ángel de la Garza Brito además del centro de salud T-III Oasis, todos ellos con enfermedades crónico-degenerativas además de profesionales de la salud y miembros de la comunidad en un espacio de intercambio y aprendizaje mutuo. Este encuentro, se llevó a cabo bajo el slogan de ser, hacernos comunidad y tenía como clave promover la construcción de entornos saludables al proporcionar un foro donde se compartieron experiencias, se formó una identidad comunitaria y sobre todo, se llegaron a acuerdos para trabajar colectivamente propuestas que ellos mismos identificaran como importantes, en este caso y como se comenta posteriormente, la creación de consejos asesores con reuniones frecuentes para trabajar en diferentes proyectos.

Como mencionamos, la formación de un Consejo Asesor se llevó a cabo como una consecuencia de la reunión de personas que tienen con características en común, que estando dentro de la atención de personal capacitado en el proyecto MAICP, contaban, en su mayoría con cierto nivel de activación, y decidieron llevar su participación al siguiente nivel. Esta estrategia fortalece la acción comunitaria al involucrar a los miembros de la comunidad en el proceso de toma de decisiones relacionadas con su salud y la de su entorno, volviéndose agentes de cambio y guías para la comunidad y fortaleciendo la identidad comunitaria, esta estrategia aún está en proceso por lo cual habrá que evaluar los resultados.

El Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas

El 6º Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas se llevó a cabo en el auditorio de la jurisdicción Sanitaria de Magdalena Contreras el día viernes 15 de marzo de 2024. Este evento tuvo como objetivo “construir y fortalecer la constitución de una comunidad saludable para aquellos que viven con enfermedades crónicas”, asistieron un total de 38 personas, incluyendo personas del Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito y del Centro de Salud T-III Oasis.

Para promover el evento, se realizaron dos afiches, uno para cada centro de salud, con el eslogan “Ser, hacernos comunidad”. Estos afiches se colocaron en la sala de espera de cada uno, además de invitar a las personas durante la consultas, por llamadas telefónicas y en las reuniones del Grupo de Ayuda Mutua (GAM).

La preparación del evento comenzó el 24 de febrero con las sesiones del proyecto, en las cuales se explicó el propósito del encuentro, la dinámica planeada y los procesos involucrados: tarea, tarea y proyecto. Se establecieron tiempos para cada etapa y se ofreció una capacitación sobre cómo moderar el evento. También se plantearon normas de convivencia y se dio aviso a las autoridades pertinentes. En mi caso, informé a la directora del Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito, quien facilitó el transporte para reunir a las personas y llevarlas al lugar del evento. Además, se prepararon alimentos adecuados para la ocasión, como tinga de jamaica, ensalada de atún y agua de jamaica.

Durante el encuentro, 38 personas se presentaron junto con el personal de salud, que sirvieron como moderadores. El Dr. Víctor abrió la sesión presentándose seguido por todos los demás integrantes, tanto personas con enfermedades crónicas como personal de salud. Luego, el Dr. Víctor presentó los resultados alcanzados por el modelo en el seguimiento de personas con enfermedades crónico-degenerativas.

Un momento destacado fue cuando el Sr. Filemón, un paciente con diabetes e hipertensión, mostró una foto suya donde se apreciaba la pérdida de peso y expresó su agradecimiento por el seguimiento satisfactorio recibido.

Debido a la alta concurrencia, se formaron tres círculos de personas. Se explicaron las reglas de convivencia, que incluían:

- No juzgar.
- Respetar a quien está hablando.
- No interpretar.
- No dar consejos.
- Lo que se dice aquí, se queda aquí.

Se realizaron preguntas que buscaban generar decisiones grupales para crear una identidad comunitaria y acciones impactantes para ellos y su entorno. La estructura del evento se dividió en tres etapas:

1. **Pretarea:** Guiar al grupo hacia la tarea, presentar con claridad la tarea a realizar, brindar las reglas, observar y ayudar si era necesario. Se explicó que era común experimentar confusión y falta de concentración antes de entrar en estado de flujo.
2. **Tarea:** Acompañar al grupo, observar y facilitar el trabajo si era necesario, recordando las reglas y las preguntas a contestar, siempre con escucha activa.
3. **Proyecto:** Dejar que el grupo produjera acciones, seguir observando activamente y auxiliar si era necesario. Cuando se contestaron todas las preguntas, se cerró la sesión.

Al final, se explicaron cuáles habían sido las conclusiones a las que cada grupo había llegado, se entregaron recetarios a los participantes y se compartieron los alimentos preparados para el evento. Todos se fueron con un buen sabor de boca, satisfechos con cómo se llevó a cabo el encuentro y los acuerdos alcanzados.

A continuación se coloca la relatoría:

Relatoría del sexto encuentro de personas con enfermedades crónico degenerativas, referente al Grupo #1

Coordinador: Raúl Alexander González Esquinca

Relatora: Jessica

12:00 am

1. Presentación del coordinador y la relatora:

Comenzamos con la presentación

Raúl: Buenas tardes, mi nombre es Raúl y voy a coordinar esta dinámica

Jessica: Mi nombre es Jessica y estaré haciendo un registro de lo que se hable.

2. Presentación de cada persona integrante del grupo:

*Inicia la presentación de cada una de las personas

3. Encuadre

Raúl: Gracias a todos, les cuento, el objetivo de este encuentro es darnos cuenta de la fortaleza de la comunidad, las cosas que tenemos en común y el poder del apoyo mutuo, más allá del centro de salud, la comunidad, el barrio, vamos compartir experiencias, necesidades, metas, pero para hacer esto más ameno, que les parece si ponemos algunas reglas como por ejemplo.

- No interrumpir a quien esté hablando, recordemos que luego si nos interrumpen se nos olvida lo que queríamos decir, si queremos participar alzamos la mano, todos tendremos nuestro turno, además de eso...

- Si no estamos de acuerdo, no vamos a juzgar, juzgar al otro es muy fácil pero no sabemos cuales son las condiciones, además de que...

- Todas las opiniones son valiosas, si a mi no me sirve lo que diga alguien, tal vez a mi compañero sí.

- Trataremos de no dar consejos ya que lo que a uno le puede funcionar tal vez al otro no, y por último...

- Vamos a prestar atención, ya estamos aquí, tratemos de llevarnos algo positivo.

¿Dudas?

*El público guarda silencio.

Raúl: Vamos a hacer parejas, de preferencia si vienen con alguien no hagan pareja con esa persona, si no con la otra que esté a su lado, se trata de conocernos y vamos a platicar sobre los siguientes temas:

- 1. ¿Cuál es su enfermedad o enfermedades crónicas? y ¿desde hace cuánto tiempo la tiene?**
- 2. ¿Cuáles son sus principales aspiraciones viviendo con sus enfermedades crónicas?**
- 3. ¿Cuáles son sus principales necesidades viviendo con sus enfermedades crónicas?**

4. Diálogo, Intercambio de saberes y Experiencias

Raúl: Ahora que ya conocemos a nuestro vecino, que les parece si volvemos al grupo y participamos sobre la siguiente pregunta

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

Judith nos comparte que es la primera vez que asiste a este encuentro junto su hijo Antonio quien nos comparte que tuvo un derrame, acto seguido comienza con diabetes tipo 2. *Alfredo nos comparte que él ha venido desde hace 2 años y medio, antes de eso acudía a otro médico pero se encontraba con cifras de descontrol, así que a partir de su preocupación decide ingresar al proyecto, el cual, refiere, le ha ayudado a vivir con su enfermedad, “y hasta mejor que cuando no la tenía”(Diabetes tipo 2), Alicia menciona que es desde que entró al proyecto su alimentación ha mejorado y ha bajado 4 kilogramos.*

Alicia comienza a llorar

Alicia: Hace un tiempo me desbordó la muerte de mi papá y empecé a comer sin orden.

Olga: Alicia y yo compartimos que acabamos de pasar por una pérdida y actualmente estoy luchando con eso, por lo que lo que usted dice a mi me motiva

Raúl: De eso se trata, de encontrar nuestras similitudes y apoyarnos entre nosotros

Paula Olivia: Hola, soy Paula y soy hipertensa y diabética, aun cuando nuestra médico se fué, continuamos nosotros en el grupo motivandonos, haciendo ejercicio, hace unos años me operaron de los ojos así que ahora ya no hago tanto ejercicio, me ha costado mucho cuidarme pero este grupo me ha ayudado a conocerme,

ahora se cuando se me baja el azúcar cuando se me sube la presión y se que cuando sucede debo atenderme, en mi experiencia yo acudo pero a veces nos cambian tanto de médico y nos cambian el medicamento que eso evita que llevemos un buen control, hasta que me mandaron aquí, me dieron mi insulina y me he estado manteniendo.

Raúl: Que bueno que toca ese punto, en primera usted tiene el derecho a elegir el médico con el que quiera llevar su seguimiento y es necesario conocer los signos de alarma de la presión y azúcar, regresemos a la pregunta, ¿qué aspiraciones tenemos en común?

Idelia: A mi también me ha costado bajar mucho de peso, soy diabética e hipertensa pero ahora ya me estoy cuidando más, yo decía ¿porque estoy gorda si solo como dos veces al día?, era muy antojadiza, se que quizá era por esto, tenía muchas ganas de ir al baño y no entendía, ahora se que era por la diabetes.

Olga: Yo me identifiqué con lo que dijo Alicia y quiero decirle que le brindo mi apoyo y que yo la entiendo, entiendo por lo que está pasando y que sepa que puedo escucharla

Tomasa: lo que decían del médico que podemos escoger, es bueno saberlo

Antonio: Lo que dice Idelia, la verdad es que el peso es una gran carga, quisiera que habláramos más de ese tema.

Raúl: ¿Alguien más?

*Público guarda silencio

Raúl: creo que lo que dijeron es muy válido, que sepan que todo está siendo anotado para ser tomado en cuenta, todo sirve, ahora va la siguiente

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

Tomasa: Yo vivía en la ignorancia y el descuido, no me interesaba ni sabía que es eso, perdí el seguro social y acudí a este centro de salud, entonces fue cuando me explicaron mi enfermedad y empecé a conocerla, me interese mas, actualmente me siento bien.

Clementina: En febrero me enteré que tenía diabetes e hipertensión pero no supe nada, no tuve síntomas, y ahora ya tengo tratamiento, pues el tratamiento creo que es una necesidad, saber que debo tomar, los horarios, las comidas que debo evitar, todo eso.

Sergio: Yo tenía hipertension y me puse pilas y se me quitó

Olga: Mi papá tiene alzheimer y parkinson e hipertensión, yo lo cuido, sigue teniendolo pero no me gusta contradecirlo, nosotros venimos aquí para no ser una carga.

*Olga menciona varios intentos de suicidio fallidos...

Tomasa interrumpe: Yo creo que hay que ser felices, no sabemos cuando todo terminará.

Raúl: Se vale sentir, lo bueno lo malo, es por eso que estamos aquí, para ser comunidad, compartimos muchas cosas, que más necesidades tenemos.

Olga: actualmente llevo ayuda psicológica y me siento mejor, la salud mental es una necesidad que yo no sabía que necesitaba y creo que todos necesitamos

Lucia: Hola, yo soy diabetica desde hace 7 años e hipertensa, un día dije, no voy a hacer caso a lo que quiero hacer, no voy a descuidar lo importante, mis hijos ya son grandes, toca trabajar en mi y ahora soy yo ya no más mis hijos, a veces si con mi marido pero ahora estamos como yo te cuido tu me cuidas.

Ernesto: hay que vivir el día, hoy, el momento, si nos toca llorar, pues llorar, reír con gusto en fin lo que tengamos que hacer, tengo 61 años, 30 de insulinodependiente, doy gracias a Dios por las enfermedades, porque esto no es un castigo, la diabetes e hipertensión son enfermedades degenerativas que se pueden ir viviendo, no hay que tener miedo a la muerte.

3. ¿Y aspiraciones, cuales tenemos en común?

Lucía: No subir de peso

Antonio: Mantener mi peso

Tomasa: Vivir la enfermedad como si no la tuviéramos, una vida de calidad como dice Ernesto.

Raúl: ¿ Quien más nos comparte alguna aspiración que haya identificado en su pareja que comparte con él o ella?

Público guarda silencio

Bueno, El Doctor Víctor nos avisa que tenemos poco tiempo, hay que recordar que la vida se trata de metas, a corto plazo, a largo plazo, tener una familia, visitar algún lado, y en este caso no es la excepción, muchas personas tienen metas de bajar de peso, como antonio, o no subir, pareciera que no es mucho pero no subir de peso requiere de esfuerzo, es por esto que pregunto:

4. De aquí a 6 meses, ¿qué metas podríamos ponernos?

No tienen que ser metas exageradas, pasito a pasito se llega lejos, puede ser aprender a cocinar cosas nuevas, con el recetario que les dimos, repito no subir de peso, hacer ejercicio, ser feliz...

Lucía: Aprender a comer con el recetario, a veces me quedo sin ideas, hacer algunos platos nuevos, aprender a comer.

Tomasa Vivir la enfermedad como si no la tuviéramos, como si estuviéramos sanos

Antonio ya me anime, yo creo que bajar 2 kg, como ven

*Público aplaude

Raúl:

5. Y no les gustaría reunirse para contar cómo les está yendo y tener este tipo de participación?

*El público afirma con la cabeza y algunos gritan si!

Raúl: ¿y cada cuanto?

Olga, Antonio: para apoyarse mutuamente yo creo que cada 1 a 2 meses, luego hacen las reuniones muy lejanas.

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

El consenso general apunta de manera positiva, se observa a la mayoría afirmando entusiasmados, sin embargo también se escuchan voces que mencionan que por cuestión laboral no podrían acudir

ACUERDO:

1. REUNIÓN EN 1-2 MESES

2. HABLAR SOBRE SALUD MENTAL

3. HABLAR SOBRE ALIMENTACIÓN

4. COMPARTIR CÓMO NOS ESTÁ YENDO CON NUESTRAS METAS

Personas participantes grupo #1:

Judith Yebra Melendez 68 años CST III Oasis 5555854317

Antonio Cano Yebra 37 años, Oasis 5555854317

Alfredo Perez Acevedo 59 años, Oasis 5549057275

Alicia Romero Cuevas 57 años, Oasis 5555856376

Paula Olivia Molina Hernandez 68 años, Oasis 7131221711

Tomasa Reyes Martinez 68 años, Oasis 5517184019

Clementina Cortes Gonzalez 64 años, CST III Dr. Angel de la garza Brito (AGB)
5534399100

Idelia Nava Miranda 61 años, AGB 5535608234

Sergio Ramirez Celis 78 años, Oasis 5516755453

Olga Lidia Ramirez Gonzalez 54 años, Oasis 5516755453

Lucia Gomez Gil 57 años, Oasis 5623551313

Ernesto Sanchez Lopez 61 años, Oasis 5623551313

Observaciones:

1. El lugar era pequeño para la cantidad de personas, considerar realizarlo en el auditorio del CST III Dr. Ángel de la Garza Brito, el cual es más grande.
2. La presentación tuvo letras de tamaño y color inadecuado.
3. Dudas sobre definición de sobrepeso y obesidad.

Hacia la constitución de los Consejos Asesores

La semana del 10 al 16 de junio del 2024 se llevó a cabo la tarea de invitar a las personas que habían asistido al sexto encuentro de personas con enfermedades crónico degenerativas (además de personas que no habían acudido al encuentro pero estaban familiarizados con el MAICP) a una reunión con el objetivo de fortalecer la acción comunitaria y así darle continuidad a una de las metas planteadas en dicha reunión, la cual fue realizar juntas esporádicas con el afán de seguir trabajando y aprendiendo sobre cómo cuidarse mejor.

Se llevó a cabo la tarea de invitarlos en la consulta, contactar vía telefónica a algunos y además acudir personalmente al grupo de ayuda mutua GAM, en donde muchos de las personas que llevan a cabo el modelo de atención MAICP son integrantes, se les citó para el día miércoles, 19 de junio del 2023, en el auditorio del CST en total acudieron 15 personas a la reunión, dentro de las cuales solo 7 habían tenido la experiencia de haber participado en un encuentro de personas con enfermedad crónico degenerativa, con el afán de participar activamente en un mejor abordaje a su enfermedad por la vía comunitaria, se llevaron a cabo (hasta ahora) 3 reuniones, de las cuales se incluye sus relatorías a continuación:

Sesión	Tema	Objetivo	Procedimiento	Conclusiones	Se logró el OBJ	Comentarios agregados
Primera reunión con personas: 19/06/24 Hora: 11:00 am Lugar: Auditorio CST Ángel de la Garza Brito						
11:00 -11:30 Bienvenida y encuadre	Instalando el grupo	Exponer los resultados y motivo de reunión	1. Se realizó una breve presentación sobre el proyecto MAICP, el encuentro #6, y que es un consejo asesor. (Anexamos al correo, la presentación realizada) 2. Dinámica: presentación de las personas participantes, qué enfermedad padecen y que recuerdan ustedes de la experiencia del sexto encuentro	Nos encontramos que la enfermedad que mayor prevalencia es la DM2. De los 15 asistentes a la primer reunión, observamos que únicamente 7 personas habían asistido al encuentro, el resto no había participado en ningún encuentro hasta el momento Las personas continúan interesadas en realizar participación activa sobre su enfermedad como se mencionó en el encuentro. Únicamente 11 de los 15 asistentes deciden quedarse y entrar al proyecto de formar un consejo asesor.	Si	El acomodo de las sillas no es el adecuado, sin embargo por el espacio donde nos encontrábamos y para mayor comodidad al presentar las diapositivas preparadas se decide realizarlo momentáneamente de esa manera, retomando las siguientes sesiones la adecuada disposición de asientos.
11:35-12:00	Elección del	APRENDIZAJE VS	Se explicó con ayuda de	Se nota una gran inclinación	Si	Las personas

	proyecto	PREVENCIÓN	<p>la ppt en qué consiste cada uno de los proyectos, cuáles son los objetivos, que se va a lograr, cuál es la importancia para las personas de hacer un proyecto.</p>	<p>hacia el proyecto de prevención con mucha incertidumbre y euforia sobre cómo podrían ayudar a su familia.</p> <p>Con algunos participantes se mostró ligera resistencia, pero en un ambiente de confianza al sentirse cobijados por los mismos médicos que les brindan consulta.</p> <p>Se consensa que las personas interesadas quieren trabajar con el proyecto "prevención" pero al expresar sus ideas de prevención con su familia, decían que querían saber el por qué sucedía las cosas, p.e, "por qué mi primo es delgado y yo gordo si los dos tenemos diabetes", ¿cómo debemos comer de verdad? ¿Por qué a mi nunca me dio hipertensión y a mi mama si? ¿Por qué dicen que la diabetes no puede ser por un susto? a mi me paso justamente así....</p>	<p>consideran <i>"que la duda es el principio del aprendizaje"</i>, observando la agitación de las personas por conocer más sobre el proyecto.</p> <p>comentarios que resultan importantes destacar en esta actividad son:</p> <p>Abraham: <i>Las personas como yo que somos mas grandes, tenemos a nuestros hijos, nuestros nietos y me gustaria verlos llegar lejos, yo propongo y voy a hacer una reunión en mi sala con mis hijos mis nietos, los voy a convocar para contarles como ha sido vivir con diabetes</i></p>
--	----------	------------	---	---	--

				<p>Se retoma la idea de resolver dudas y se consensa trabajar en el proyecto resolviendo dudas acerca de una enfermedad.</p>	<p>y que gracias a mi esposa y a que tomo mis medicamentos en tiempo yo he llevado una vida buena porque ella siempre me ha cuidado y ellos que son jóvenes tienen que aprender a cuidarse.</p> <p>Eduardo: <i>¿cómo vamos a hacerle para convencer a los demás que se cuiden cuando eso es muy difícil con nosotros?</i></p> <p>Margarita: <i>Lo que nosotros queremos es que las personas que amamos tengan que sufrir por no poder comer lo que les gusta.</i></p>	
12:00-12:15	Primer	Establecer los	Comentamos con las	Se nota demasiado interés	No	Las personas

	aproximación al proyecto	objetivos del proyecto	personas que buscamos la implementación de la autogestión y promover La salud	en conocer el porqué de la enfermedad		tienen demasiadas dudas que brincan de una idea a otra
12:15-12:50	Primer inventario de dudas	Conocer inquietudes de Las personas	Entregamos a cada uno de los participantes un Pedazo de papel donde se les pidió escribieran 1 duda Se comenzaron A anotar los temas sobre los que venían las dudas	Se repite en su Mayoría Diabetes, motivo de enfermedad, características de, que hago para que no me de.....	Si	

RELATORÍA DEL PROYECTO RESOLVIENDO DUDAS REALIZADO EL 03 DE JULIO DEL 2024

I. Bienvenida y encuadre

11:00 am

Se da la bienvenida a todos los integrantes, se sugiere hacer una identificación de cada uno de ellos, además de hacerse un recordatorio sobre la importancia del consejo asesor. La disposición de las personas se realiza en dos filas.

Se realiza una recapitulación sobre la sesión pasada:

Alguien podría recordarnos que hicimos la sesión anterior, es importante tener en cuenta de lo que se habló la vez pasada, esto con la finalidad de ver como vamos avanzando.

Sr Eduardo: De lo que recuerdo, corrijanme si estoy mal, recuerdo que habíamos hablado sobre la posibilidad de hacer un grupo que realice tareas que puedan ayudar a otros a prevenir la enfermedad, a saber comer, saber vivir mas que nada, y que podíamos elegir entre prevención y dudas, y todos dijimos dudas que podríamos resolver y anotar en un libro o video

Rafaela: Lo que no acabo de entender Doctor, es cuál es la diferencia con el GAM.

Raúl: Excelente pregunta Rafaela, a diferencia del GAM donde se les exponen temas expuestos desde lo que nosotros como personal de salud creemos que ustedes necesitan saber, sean USTEDES los que aporten las ideas, el formato, como vamos a trabajar, a qué ritmo, esto ¿porque? La explicación es muy sencilla, quienes han vivido con la enfermedad son ustedes, son ustedes a los que se les

atraviesan las dudas, quienes las resuelvan, y bueno lo principal es crear un consejo asesor que sea quien lleve la batuta y nos guíe hacia donde decidan qué es lo mejor.

Rafaela asiente

Margarita: La sesión pasada se comentó que somos la jurisdicción que comenzara con este proyecto al que llamaron consejo asesor, tuvimos una lluvia de ideas acerca de las diferentes dudas que hemos tenido hasta el momento de nuestra enfermedad, también nos dijeron que si deseábamos se podría trabajar un cuadernillo con temas selectos que además contarán nuestra experiencia.

Eduardo: Pero también si hacemos un cuadernillo, como lo haremos para en verdad captar la atención de los demás porque hoy en día es mucho más fácil convencer a nuestros nietos y familiares a través de las redes sociales.

Carlos: Muy bien, ahora tomando en cuenta lo que mencionó Eduardo vamos a partir de los temas que ustedes mencionaron la vez pasada y haremos de cuenta que son el tronco de un árbol y que las ramas son las dudas que salen de esa pregunta base.

II. SEGUNDO ENCUADRE: INSTALANDO EL GRUPO

Se procede a recordar los objetivos anteriormente propuestos para futuras sesiones, con la finalidad que todos los participantes tengan en mente sobre lo que se va a ir trabajando; las personas continúan con el interés para seguir participando en el proyecto, así como en el consenso sobre la opción A o B de “Resolviendo dudas”.

Oscar: Antes de comenzar a indagar más en las dudas que se mencionaron en la reunión anterior, me gustaría escucharlos y saber si alguien tiene alguna propuesta acerca de qué les gustaría trabajar como producto del proyecto. La reunión pasada pusimos ejemplos sencillos de ideas para cómo vamos a juntar y compartir la información de las dudas que nos expusieron y de las vivencias que ustedes quieren compartir. ¿Alguien tiene alguna idea?

Juana: Yo no tengo ninguna idea como tal, pero me gustaria que si decidimos hacer algo que lleve información escrita la podamos revisar a detalle la información y asegurarnos de que sea lo más clara posible, ya que en el recetario que no dieron

en el encuentro yo encontré cosas que se pueden mejorar o incluir, y me gustaría hacer esas aportaciones a este proyecto, por ejemplo hay recetas que incluyen el uso del brócoli y yo le digo a las personas no tiren el tallo del brócoli pues con eso podemos hacer un caldito y será nutritivo por las vitaminas, pero en el recetario no nos colocaron lo que realmente podemos hacer con las cosas que les dicen que sobra, cuando no es así, no sobra es para su uso.

Oscar: Si, me parece perfecto, recuerden que los autores de este proyecto son ustedes. Son ustedes quienes decidirán qué información incluir, cómo organizarla y sobre todo el medio en el que lo vamos a compartir con las demás personas. Realizar un libro o tríptico o cartel es solo una idea de ejemplo, aquí lo que cuenta demasiado es su creatividad, no necesariamente debemos realizar algo escrito. Podemos hacer uso de videos, grabar audios o lo que se les ocurra.

11:58 am

Entran al auditorio, la Dra Paulina y la Dra Clara, escuchando brevemente la sesión, encabezando la misma, y haciendo hincapié en retomar desde el inicio, realizando nuevamente la presentación de las personas asistentes, así cómo su padecimiento crónico y el tiempo de evolución, para que los nuevos integrantes puedan estar al corriente sobre lo que se ha visto en el programa.

Paulina: Muy bien hasta ahora que ya todos se presentaron nos damos cuenta que únicamente una persona de las que estamos aquí tiene diabetes de reciente diagnóstico, eso es muy importante ya que las preguntas y dudas que nos hacemos cuando recién nos diagnostican es diferente en comparación con la señora Alba que nos cuenta que tiene 30 años con diabetes, entonces yo les pido que recuerden cómo se sentían en aquel tiempo de recién diagnóstico para que podamos hacernos las preguntas de manera más clara.

Paulina: Es importante que les recuerden las reglas de convivencia además de la definición e importancia de la formación del consejo asesor.

Se comienzan las interrogantes que nos ayuden a ahondar en dudas precisas: ¿Cómo me di cuenta que me dio diabetes?, las personas comienzan a exponer las condiciones en las que se les dio el diagnóstico.

Juana: Yo estaba asintomática, pero en unos exámenes de rutina lo descubrieron y me mandaron más estudios para confirmar la diabetes, lo único que yo recuerdo es que tenía sueño todo el tiempo, desde los 14 años yo tengo muchísimo sueño, me hicieron mi estudio con tomas de azúcar y muestras de sangre y no me decían que lo que yo tenía era diabetes, nunca me dijeron usted tiene diabetes, simplemente me mandaban unas vitaminas que no recuerdo el nombre, hasta que me tocó con otro médico y me dijo aquí en su expediente mencionan el diagnóstico de diabetes y yo me quedé muy sorprendida ya que nunca me lo habían dicho y entonces ahora tengo diabetes y manejo glucosas muy altas, me inyecto insulina yo creo que debieron haberme explicado cuando tenía diabetes, ahora todo es diferente porque tengo otros médicos que me han apoyado de muchas maneras.

Eduardo: A mi me paso algo curioso, cuando tuve influenza hace 6 años, los medicamentos no me hacían efecto, entonces me empezaron a hacer estudios y descubrieron que era diabetico, comenzaron a darme medicina para la azucar y fue así como entonces si me hicieron efecto las medicinas para mi influenza, desde entonces tomo mis medicamentos para la diabetes; también fui hipertenso digo que fui porque aunque dicen que no se cura, yo cuando me dijeron que tenía hipertensión tome el medicamento que me mandaron pero me puse a hacer ejercicio de muy alto tiempo, no era cualquier ejercicio, baje mucho de peso y en una ocasión me desmaye me dijeron que era por el medicamento de la presión y lo dejé, desde entonces las presiones que yo manejo no son altas y me siento bien.

Alma Rosa: Mientras cuidaba a mi nieto, tropecé en unas escaleras y nos caímos, solo que yo caí sobre mi nieto y eso me asustó mucho, nos llevaron al hospital y ahí me detectaron la diabetes, yo digo que la diabetes no da síntomas pero hay personas que dicen que segun si, yo no se que es lo que pasa, pero creo que si tenemos información clara acerca de las enfermedades, va a ser mucho más fácil ayudar a las personas que tenemos cerca y decirles que acudan a consulta.

Paulina: Ok, es muy importante saber en que nos encontramos, para eso me gustaría saber, ya les explicaron que es un consejo asesor y cual es el objetivo de esta reunión, por lo que pregunto a los médicos pasantes que objetivo tienen para el día de hoy.

Laura: Si, el objetivo de la reunión número 2 la cual está ocurriendo en este momento, es consolidar las dudas que tenemos acerca de la enfermedad, solicitamos a las personas en la reunión previa pensar en que dudas tienen y que querían ellos resolver.

Paulina: Ok, no eso no es lo que debemos hacer, primero que nada permito comentarles que un consejo asesor está formado por personas para llegar a un común acuerdo, logrando que llegamos a un objetivo el cual será el proyecto que hasta este momento me comentan es el resolver dudas, quiero comenzar preguntar para usted ¿cual es la importancia de hacer esto?

Ernesto: Es importante porque como mencioné la sesión pasada, la duda es el principio del aprendizaje, si nosotros dudamos entonces buscamos y así es como aprendemos a ser mejor en todo, no solo en una enfermedad, sino más bien en la vida.

Juana: Es importante porque así podremos decirle a los demás que deben acudir a valoración médica para que no pasen por las cosas que nosotros ya hemos pasado.

Rafaela: Considero importante que hagamos algo para compartir nuestras experiencias así nuestros hijos podrán ver como nos ha ido con la enfermedad y como hemos luchado contra ella.

Gustavo: Pues sí es importante, pero no podemos cambiar la visión de las demás personas, a mi antes me decían come bien, come adecuadamente, pero no hacia caso pues la comida corrida y la comida barata es muy rica, sobre todo las cosas que son fritas o empanizadas, creo lo más importante va a ser que nosotros con este ejercicio haremos reflexión propia y entonces nuestras conductas hacia las diferentes circunstancias de la vida podrán si no cambiar mejorar hacia lo saludable, como nuestros médicos nos han enseñado no se trata de prohibir sino de darnos las herramientas para elegir cosas buenas, mi doctora siempre me recuerda, que debo escoger agua por sobre cualquier otra bebida y su manera de contarme como es todo, me ayuda a mi a decir es cierto, por mi bien, por mi vista, por mis riñones, porque todos vamos a morir, pero no quisiera morir en un hospital dializado.

Alma: A mi me gustaría saber porque dicen los doctores que tengo enfermedades si yo me siento bien, yo no quiero ir al médico porque me siento bien y si me siento

bien no estoy enfermo, yo se que no soy diabética a mi lo que me pasó fue que me asaltaron de una manera muy fea y yo desde entonces vivo con miedo, yo quisiera saber es el miedo lo que me a ocasionado.

CIERRE DE LA REUNIÓN

Paulina: Teniendo en cuenta todo lo que hemos conversado el día de hoy, es un buen momento para dar cierre a la reunión de hoy. Podemos ver que ya tenemos una buena cantidad de preguntas con las cuales podemos iniciar a trabajar la siguiente sesión.

Estas dudas se irán comentando con apoyo de los doctores pasantes pero una buena manera de trabajar podría ser que tambien ustedes, si es que tienen la accesibilidad, buscar información confiable acerca de sus dudas y entre todos poder comentar la información que encontremos a cerca de un tema en específico

Dra. Clara: Si. Si a ustedes les parece una buena idea, podemos crear un grupo de Whatsapp en el que se integren todas las personas del consejo asesor para poder compartir páginas de internet que sean fuentes confiables para buscar información

Juana: Estaría bien, pero yo no tengo acceso a internet, mi telefono solo hace llamadas.

Dra. Clara: Para quienes se encuentren en esta situación podemos buscar información que les interesa y traerla de forma impresa para la siguiente sesión.

Entonces, con la información que encontremos para la próxima sesión y con ayuda de los pasantes podemos ir aportando información que ayude a resolver las dudas que surgieron desde el inicio y de igual manera podemos ir seleccionando qué información rescatar para incluir en la guía o el material que decidamos hacer; para que vaya tomando forma. Y de igual manera traer propuestas acerca de qué tipo de material les gustaría trabajar. Si alguien tiene alguna duda o pregunta los escuchamos, si no, podemos retirarnos. Que tengan un buen día.

NOMBRE	EDAD	TELÉFONO	CENTRO DE SALUD
Idela Nava Miranda	72	5535608234	Angel de la Garza
Sofia Magdalena Soto	75	5554257291	Oasis
Rafaela Villeda	61	5531022600	Oasis
Gustavo Ildefonso	63		Oasis
Alma Rosa Morales Reyes	62	5535608234	Angel de la Garza
Eduardo Díaz Orozco	65	5554013250	Angel de la Garza
Margarita Resendiz Quevedo	55	5516995205	Oasis
Juana Duran Alba	61	5561005298	Oasis
Eduardo Sanchez	40	5519211910	Oasis

Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona para Control de Enfermedades Crónico Degenerativas de Primer Contacto de la Ciudad de México. Un Enfoque de Capacidades.

Relatoría reunión “Consejo Asesor” #3

Jurisdiccion Sanitaria: Magdalena Contreras

Día: 17/Julio/2024

Horario:11:02

No de participantes: 7

Relator: Laura Esperanza Zavaleta Garcia

Coordinador: Oscar San Juan Segura

Moderadores: Raúl Alexander González Esquinca

Ivanna Castellanos Garcia

Juan Carlos Montiel Sanchez

Se llega al auditorio a las 10:50, se acomodan las sillas del auditorio en forma circular, al momento de las 11:03 han llegado 3 personas a la reunión, 11:09 han llegado 7 personas Solicitamos a las personas que están reunidas se anoten a la lista, 11:10 se comienza la reunión.

Oscar: Buenos días, el día de hoy damos por comenzado nuestra tercera reunión, es importante recordemos lo que hemos llevado a cabo hasta este momento, primeramente, hemos formado recuerden que tenemos reglas a seguir para la dinámica, deberán levantar su mano para poder hablar, no debemos interrumpir a las personas y evitaremos utilizar palabras que puedan ocasionar malentendidos, comencemos con una recapitulación de lo que a sucedió en nuestras reuniones previas. Hemos tenido hasta ahora dos reuniones, esta es la tercera como comentaba, la dinámica que llevamos a cabo es una presentación de las personas que se agregan el día de hoy al grupo, por favor mencionen, su nombre, qué enfermedades padecen, desde hace cuanto tiempo y alguna experiencia que quieran compartir con nosotros.

Violeta: Mi nombre es Violeta y soy diabética desde hace 14 años.

Oscar: hay algo que le gustaría compartir sobre su experiencia hasta ahora

Violeta: Me gustaría comentar que cuando conocí a la doctora yo vivía con mi diabetes creyendo que era normal, yo despertaba con glucosas de 500 y yo decía que era normal ya estaba acostumbrada, pase por una feria de la salud y me tomaron la azúcar, pensé que no me dirían nada, pero fue muy raro que al tomarla me dijo que me esperaba el día de mañana en el oasis para verla sin cita porque era importante que me vieran, para mí fue muy sorprendente como alguien pudo preocuparse por mí, a mí nunca me habían dicho nada ni me habían preguntado cómo estaba si quiera, ahora que ya estoy con ustedes manejo glucosas de 180, (comenzó a llorar) yo era una persona que todo el tiempo decía no tengo tiempo para atenderme, siempre tenía cosas del trabajo, siempre me decían que el trabajo era importante el día de hoy perdí mi trabajo desde que comencé a ver por mi salud comencé a tener problemas en mi trabajo, pero yo sé que si no tengo salud aunque tenga el mejor trabajo no lo podré atender, así que aquí estamos.

Margarita: Mi nombre es margarita y tengo diabetes desde hace 20 años, yo la verdad di prioridad a otras enfermedades ya que hace unos años me dio cáncer de ovario y deje de lado la diabetes y ahora que me citan cada año en el hospital, ahora he decidido darle importancia a la diabetes, yo le comenté a la doctora, que mis glucosas eran de 300 y para mi era normal, ahora con ayuda del seguimiento ya mantengo glucosas y trato de cuidarme actualmente por las mañanas sin desayunar tengo una azúcar de 160 o 150 para mi es un avance en poder ver que mi azúcar está en esos niveles porque a pesar de que ahora estoy mas tranquila, yo siempre he sido muy enojona y eso como que me alteraba mucho, estoy tratando de equilibrar como dicen mis emociones y todo porque es importante, el día de hoy comenté despierto con 150 y para mi es un gran triunfo, debido que desde hace 20 años yo no me quería cuidar porque estaba muy enojada, yo estaba enojada con mi abuela, porque ella era diabética y mucho tiempo nunca quise saber de la enfermedad y ahora veo que son los resultados al día de hoy, di prioridad a otras personas y hoy me enfoco más en mí, me preocupo por mí y me siento mucho mejor.

Rafaela: Yo soy Rafaela y me siento muy a gusto con ustedes.

Eduardo: Yo soy Eduardo tengo diabetes desde hace 20 años, pero yo estoy muy bien controlado debido a que yo a través de la alimentación y el ejercicio no he permitido que avance.

Gustavo: Yo me llamo Gustavo y estoy muy a gusto de estar aquí con ustedes debido que gracias a todo esto he podido empezar mi cuidado, he visto muchos logros, yo estaba muy mal y de apenas hace 5 meses que conocí a la doctora me he sentido mejor, estar con ustedes es un equipo que estamos logrando tanto aquí en el consejo asesor como en oasis y es un beneficio personal, mientras me siga Me sentiré bien aquí estaré.

Eduardo Sánchez: Hola yo soy Eduardo y tengo poco acudiendo al oasis yo estaba en negación, enojado con el mundo, con la vida, con todo lo que pasaba, no aceptaba que la enfermedad estaba en mí, ahora el doctor me a comentado tantas cosas y ahora se que no quiero que me fallen mis riñones, si podemos evitarlo es importante, debemos abrir los ojos y la verdad nosotros aprendemos de ustedes como sobrellevarla y aprender de nuestra enfermedad.

Oscar: Bueno ya que nos hemos presentado el día de hoy, vale la pena rescatar que hemos hecho las reuniones anteriores, es importante decirles que estamos realizando un consejo asesor, formado por estas personas que están acudiendo el día de hoy y aquellas que decidan acudir, nosotros estamos para apoyarles, guiarlos y ayudarlos, este consejo es con la intención de poner sobre la mesa diferentes temas, decisiones, acciones, proyectos, que al final del día tengan un propósito que pueda funcionar con el resto de las personas, que no solo funcione para las personas que estamos aquí, si no que pueda salir al mayor número de personas y pueda tener un gran beneficio para todos aquellos que también formen parte de esta sesión, será importante recordar que hemos trabajado en estas dos reuniones que ya tuvimos y cuál es el propósito de la reunión del día de hoy, si alguien ustedes quisiera compartir para que podamos estar en sintonía con violeta y margarita que se integra el día de hoy.

Eduardo S: Hemos estado trabajando en como varios asistentes queremos un folleto, para decirnos cómo cuidarnos, para prevenir la enfermedad, todos tenemos casi la misma preocupación dentro de todo esto, que es conocer las enfermedades y saber cómo debemos cuidarnos así lograremos prevenir en nuestras familias.

Eduardo S. Díaz: Otro de los puntos que se trató fue conocer las enfermedades, hablamos de la diabetes, también hablamos de la hipertensión, si duele o no duele, cuáles son las maneras en que se presenta y como son la manera de tratarla y cuidarla y también ¿porque no? El cómo no cuidarla, el enojo, la insolencia, los detonantes que nos van causando los baches de las enfermedades crónicas no nada más una, sino varias, hablábamos de que más hacer además de tomar el medicamento y dijeron de los alimentos son importantes, pero muchas personas no sabemos cómo alimentarnos además no tiene que ver con saber también es para lo que nos alcanza. También hablamos de cómo nos afecta los problemas familiares, por ejemplo somos cabeza de familia algunos y si no aprendemos a controlar nuestras emociones vamos a continuar subiendo y bajando la enfermedad porque en mi experiencia yo considero que las emociones son lo que hacen las enfermedades, si estamos contentos en exceso es malo y si estamos tristes podemos estar en depresión debemos aprender a vivir, vivir me refiero con salud y sano con la misma enfermedad en donde podamos controlarla pero no sabemos cómo muchas veces hacemos por instinto pero no sabemos si está bien o mal, hasta que pasa el tiempo y entonces podemos pensar estoy mal, que es lo que hacen las emociones, me ha pasado que vemos una película en familia y estamos con el sentimiento terrible porque mataron al protagonista algo que debemos aprender es a controlar ese tipo de emociones pero debemos conocernos, por ser así yo procuro no verlo porque sé que mueve mis emociones, procuro no verlo porque eso me va a mover también mi enfermedad y me trae emociones negativas, debemos aprender a evitar lo que me produzca cosas negativas.

Oscar: Justamente parte inicial posterior a formar el consejo asesor, presentamos dos diferentes proyectos, uno que busca resolver dudas ya comentábamos que cada uno de nosotros tiene diferentes dudas, unas van dirigidas hacia la propia enfermedad otras van con mucha experiencia.

Buscamos sacar a flote estas dudas con tal de poner las sobre la mesa, discutir las, obviamente recopilar lo importante de las dudas que se vayan poniendo en cuenta y al final un resultado tangible del consejo asesor que nos servirá para compartir aquí con nosotros y con otras personas que formen parte del proyecto en esta alcaldía y otras, en las primera reuniones se decidió trabajar el tema de la diabetes, de ahí comenzaríamos a sacar dudas, la intención de la reunión del día de hoy es conocer sus dudas, no es una dinámica de sesión informativa, la parte interesante es que todos tenemos vivencias e información diferente y podemos buscar cosas diferentes, buscar por externo, reunir y recopilar toda esa informar y al final entonces plasmar en un producto tangible, también teníamos la idea de realizar un panfleto o un libro que podemos trabajar, yo les comentaba que esto está limitado únicamente por su creatividad, se comentó previamente por ustedes que lo escrito puede llegar a ser confuso o no llegar como queremos a los demás, quedamos pendiente de ver que ideas tenían ustedes para realizar esta actividad y eso es lo que iremos trabajando el día de hoy. Alguien tiene alguna idea sobre que tipo de material podemos trabajar, recuerden que no es votar si no compartir diferentes opiniones y entonces llegar a un acuerdo.

Eduardo Díaz: Estuve pensando que hay más personas auditivas y otras más visuales y yo creo que solo conjuntar eso es con un video es buena idea, hacer algo audiovisual con algo sencillo. Podemos entender de diferentes maneras, pero si lo estamos actuando podría ser más fácil compartir la idea adecuada. Yo había pensado que como está de moda el tik tok, podríamos poner ejemplos visuales de cuáles son los resultados de hacer diferentes cosas por ejemplo qué pasa si como mal y después poner una persona obesa, sin ofender a nadie ni de manera agresiva y si no hay forma de poner personas o hacerlo actuado, tal vez con carteles o dibujos, también poner el problema y cual es la solución, por ejemplo, qué hacer cuando estoy enojado.

Oscar: *asiente* Videos cortitos de 3 minutos, alguien más con ideas o complemento de esta idea.

Eduardo Sánchez: Yo creo es una buena idea, está bien ahorita es lo que más se ve el tik tok cápsulas pequeñas informativas, si no actuado puede ser carteles, en donde pongamos ideas principales como si tú haces esto, pasara esto.

Gustavo: a todo esto que hemos venido platicando y la idea que se tiene yo he pensado en ejemplos, por ejemplo yo las personas que conozco que tienen estos problemas yo les hablo de la experiencia que yo tengo, que muchas veces es difícil, es muy difícil que la gente concientice esa información porque a pesar de estar enfermos hay algo que no te deja soltarte para comenzar a atenderte, siento que es una labor buena porque es la comunicación que pueda funcionar en muchos aspectos un ejemplo los testigos de jehová que hacen están duro y dale tratando de convencer, yo lo que haría es seguir compartiendo la información y lograr concientizar porque somos el habito que siempre hemos tenido arraigado de no atenderse hasta que te sientes de plano ya muy mal y ya andas buscando la solución, pues yo creo es difícil somos renuentes a muchas cosas, nos dicen no pasa no es así sin saber que hay que empezar a descubrir, como el señor dice yo lo tenía y no sabía y como yo que sabia que tenia y busque hasta que me sentí mal, siento que es algo bueno compartir con las personas, por ejemplo con mi trabajo que tengo actualmente convivo con muchas personas y se da la oportunidad de hablar puedes decirles y comentarles situaciones que uno ya ha vivido aconsejan que se cuiden, ahorita con mi hija, ella tiene diabetes apenas diagnosticada y es muy renuente y es que el trabajo siempre es uno de los problemas, ella ve por su trabajo, pero como dice la compañera si estoy mal ni aunque tenga trabajo podré hacerlo hay que poder concientizar y hacerlo.

Oscar: Perfecto buenas ideas, una parte importante es rescatar que todos vivimos de manera diferente, podemos transmitir a las personas la vivencia y entonces adicionar a las personas que podemos hacer, que nos puede afectar en la vida real, no sé si sea algo que ustedes quisieran compartir.

Eduardo Díaz: Yo, me ha tocado constatar, vivo en una familia donde todos somos diabéticos y es impresionante que no todos pensamos ni actuamos de la misma manera, me día a la tarea de invitar a mi familia a las reuniones de nuestro consejo asesor y es increíble la negación que existe.

A lo largo del tiempo me he dado cuenta que todos tenemos algo que hacer no se dan cuenta que lo importante y el que hacer es la salud, es triste porque solo son excusas, y a la hora de alimentación, de la comida y ya hay quien se sirve sus vasos de coca con niveles de glucosa de 300 hay quienes están totalmente en el hueso por la diabetes y ellos no creen que están mal, si para ellos recuperar es de 200, es increíble como cambiarles ese chip, porque hasta que ellos no tengan un evento que estén hospitalizados, no es hasta que ven la situación tan grave y eso algunos otros nada más mencionan de algo me voy a morir, yo lo he intentado de diferentes De todas maneras, he tenido fracasos en mis intentos de ayudarles a sacarlos de esa negación que existe.

Oscar: Así es, debe ser importante, conocer qué información colocaremos, debe ser concisa, ¿con qué nueva información podemos hacer que llegue de la mejor manera a los demás?

Eduardo D: No sé, qué tan conveniente podría llegar a ser usar el sarcasmo como alguna idea, porque si no hay risas la gente da por hecho que se trata de un video aburrido y no lo verán, considero que el humor negro seria una idea que podemos pensar, o tal vez no humor grosero, pero si podrías utilizar el sarcasmo yo creo que eso podría ser chistoso y agradar a otras personas.

Oscar: Bueno no directamente, pero podría ser una estrategia que podríamos utilizar la que menciona de ser sarcásticos ocasionando un video que también genere risas y así llegar a las personas de manera concisa, que les pueda llegar el mensaje de la manera más clara y con impacto.

Violeta: Creo que llegar a una gran conciencia porque lo que yo veo con mis amistades y círculos cercanos, en verdad todos somos inconscientes de la enfermedad que tenemos, ya lo estamos diciendo aquí, al principio no te sientes mal, estás bien, no hay consciencia así digamos que nosotros sepamos algo como que podríamos morir mañana, yo propongo el antes y el después con nuestras propias fotos para compartir nuestra experiencia.

Oscar: Rescatar la parte que ha vivido cada uno de ustedes para poder compartir con aquellos que no han vivido mucho de su enfermedad o que nunca la han padecido eviten hacer cosas que pudieran llevarlos a la enfermedad y en aquellas que ya existe de recién inició lograr el autocuidado antes de cualquier complicación posible que pudiera ocurrir.

Elsa: Lo que más debemos entender es que: la enfermedad es progresiva y no se terminara, el médico dice no hagas esto no hagas esto, mejor alguien nos dice tómate el té de esto y no tendrás diabetes, hoy en día mi familia y yo estamos atravesando una situación, mi tío está hospitalizado porque durante aproximadamente dos años o un poco más estuvo tomando unas hierbas que le dijeron que le iban a curar la diabetes y el doctor dice que está completamente contaminado por las cosas y no le dan esperanza de sobrevivida, yo creo que esa parte debemos entender que no es magia para nadie un día empieza y esto no se va terminar y todo lo que nos dicen el nopal, la piña, a mí me decían debe hacer las cosas con cuidado, yo creo que más bien debemos entender todos que lo que hay que hacer es tomarse los medicamentos y seguir una rutina que va ser difícil pero poco a poco podrá ir mejorando.

Eduardo S: Estar mejor informados, porque yo se que charlatanes hay en todos lados he escuchado de pastillas mágicas que te quitan la diabetes y no sabes ni lo que te tomas y la señora Elsa entró en un punto esencial, no es magia no es culpa de nadie es culpa tuya por ser sedentario, por comer mal, por mal pasarte y desgraciadamente la diabetes no se siente, es importante este punto... no sabes hasta que la tienes hasta que ya te sientes mal y te sientes mal hasta que una parte de tu cuerpo ya está mal y la verdad hay mucho charlatán en todos lados.

Violeta: Es hasta donde dejamos que influya esa gente, te pueden decir muchas cosas, pero si no estas informado de lo que es la diabetes, harás las cosas que te dicen todos aquellos que solo te quieren vender un producto.

Eduardo Díaz: *asiente* Sí no estás informado te llevan por un mal camino.

Violeta: Yo digo que es importante la comida, si dejar en claro que la realidad es que comes lo que te alcanza y a veces solo son nopales y entonces llega la duda ¿cómo los combino?, ¿cómo no debo combinarlos?, muchos dicen me dan dieta, pero miren uno ni le entiendo, dos ni me alcanza, cómo explicarles cómo decirles que pueden hacer, luego termina uno comiendo pura verdura, no es que lleves una dieta, pero que le bajes poco a poco a la cantidad, la comida es lo que más importa, que la panza esté bien llena es lo que nos interesa no estamos acostumbrados a ser conscientes de ¿Qué comemos?

Eduardo Díaz: No es el nutrir es el llenar.

todos ríen y asienten

Charly: Recordemos que esto es un mundo, me gustaría ir aterrizando un poco la idea, veo que les interesa bastante la evolución de la enfermedad y sus complicaciones.

Gustavo: Es que hay avances, no solo hay una cosa si no que todo te va ayudando a sobrellevar el diagnóstico hasta que ya vives con la enfermedad y la abrazas ¿Por qué no? También es válido no estar peleado con tu diabetes o tu hipertensión o cualquier enfermedad que uno pueda tener.

Eduardo Díaz: Esas mismas cápsulas son la línea de lo que podemos hacer y cómo entender la información idónea porque lo que mencionan los señores es cierto. Hacer unas cápsulas donde se plasmen los riesgos que nos vamos a encontrar, además es lo que queremos escuchar. Y no entendemos lo que es crónico, que eso es de por vida y lo primero que haces es dejarlo pero cuando retomamos el diagnóstico tenemos un problema grande porque ya se incrementó, ya no le tenemos como antes, es bien importante hacer conciencia que es una enfermedad que dura toda la vida y va estar siempre con nosotros nos guste o no nos gustó la tendremos que soportar y buscar la manera de la dar la información de que siempre estará con nosotros es como casarse pero aquí no te puedes divorciar cuando ya no soportes más, no aquí es seguir.

Gustavo: Aprender a vivir con ella

Eduardo Sánchez: ¿Cómo convivir con ella sin odiarla?

Violeta: Podemos hacer una historia donde alguien llega con un charlatán le dan la pastillita y después le pasamos que ya murió.

todos ríen y asienten

Oscar: Veo que todos estamos muy interesados será bueno entonces empezar a concluir, vamos a organizar en casa que dudas y temas que tenemos que rescatar el día de hoy han surgido: los charlatanes, que cosas no me van a beneficiar a la enfermedad, entender que tengo una enfermedad crónica.

Eduardo Díaz: Es que de verdad hay mucho, he visto cantidad de gente que no saben ni que toman me ofrecen la cura y a lo mejor te ofrecen te dicen que se sienten bien no saben y digo cómo es posible que gente estudiada, licenciados, abogados crean en ese tipo de cosas... *movimiento de negación con su cabeza*

Elsa: Ven un camino corto...

Eduardo Sánchez: Cada quien siente un miedo diferente cuando te diagnostican, yo sentí mucho miedo dije me voy a morir pero vas al hospital y ves personas que están muy mal y dices dios gracias que no estoy así pero tampoco sabemos todo lo que esas personas han vivido para llegar hasta ahí, es bien difícil entrar en la mente de las personas, tampoco es satanizar pero si conocer la cantidad y como hablando de la alimentación, no quedarte con ganas porque ahí es donde te atascas, mi suegra es diabética y eso hace, va a la fiesta y pastel se come dos tres rebanadas conchas, ella es muy de ese tipo de creencias, cree que con una pastilla se va curar, ella ya se coloca insulina y no la necesitaba pero con el tiempo ahora ya es insulino dependiente.

Eduardo Díaz: Que sucederá con las reuniones religiosas, la fe no nos va a curar, nos puede ayudar a las emociones, pero debemos hacer caso a lo comprobado a lo científico, si no hacemos caso y vamos por una misa de sanación será un placebo no un efecto, debemos seguir un tratamiento que científicamente es comprobado, ahí es otro punto donde tener cuidado la religión de la fé.

Gustavo: Mucha gente dice “primero Dios y me compongo” y yo creo. Él te brinda todas las cosas y servicios para que te cures.

Violeta: Estaría bien en mi caso, tomar mucho eso de la insulina por que para mi, yo ya no quería llegar al médico porque decían cuando llegues a la insulina te vas a morir y no la aceptaba y ahora a mi alrededor saben que ya utilizó insulina y me dicen pobre de ti, cuídate y debemos decir a las personas que no es la insulina lo que me matará mejor me va ayudar, yo hoy agradezco la enfermedad porque siempre fui gordita y ahora pude bajar de peso y para mi eso aumentó mi autoestima, también es válido ver que cosas buenas nos a enseñado la diabetes, si no fuera por el diagnóstico no estaríamos todos aquí intentando hacer algo para ayudar a las demás personas.

Oscar: La parte de las insulinas son dudas que debemos informar de manera adecuada, los tipos, como, qué son, cómo actúan.

Eduardo Sánchez: Al final de cuentas es introducir al cuerpo lo que ya no produce y necesita.

Eduardo Díaz: La verdadera antesala de la muerte es el no cuidarse, hay que tratar que nos pegue lo menos posible, tu con tu misma experiencia compartir, sabes que no la insulina no me mata, al contrario me da más esperanza de vida porque lo necesito.

Violeta: muchos no lo saben y para mi asi era y llegue con la doctora muy dramática, pero lo entendí, finalmente vemos la emoción, yo pienso es el amor, estaba pasando por la desilusión y llego mi enfermedad y después me fui a otro

extremo pensando que era culpa de mí herencia, que mi mamá la tuvo, mi abuela la tuvo, culpa a otras personas, pero no me alimentaba, comí una vez al día y mi comida era un atracón.

Eduardo Sánchez: Todos nos vamos a morir de algo, pero si yo la pude haber tenido a los 60 ahora la tengo a los 40 y 20 años de diferencia son muy importantes.

Eduardo Díaz: Todos tenemos mucho valor de decir eso, pero cuando ya lo vemos cerca...

Oscar: Se nos va terminando el tiempo vamos a recapitular lo que hablamos el día de hoy, es importante saber y ver que dudas queremos trabajar, las más resonadas hoy: insulina, que va a me pasar, como voy a sentir mi cuerpo, como se da cuenta la otra persona que hay diabetes, como mis emociones me pueden causar o predisponer la diabetes. La intención es traer información y comenzar nuestros videos. Para nuestra siguiente reunión, poder compartir la información que hayamos encontrado y entonces dar un mejor enfoque a nuestras dudas. Las personas que se integraron el día de hoy, más tarde las agregaremos al grupo de whats.

Violeta: Es bien importante, en cualquier cosa que hagas, no es tanta promoción, pero más bien es atracción, hoy me llevo un buen sabor de boca, hoy digo quiere saber más para ayudar a los que no tienen, te entiendan o no te entiendan, yo compartiré la información.

Oscar: Quisiéramos proponer el cambio de día de reuniones y lugar por temas de espacio de este lugar, proponemos la jurisdicción magdalena contreras en el aula.

Dra Clara: Tentativamente igual podría ser aquí en el Ángel de la Garza, pero en otro día que no sea mismo día de reunión de grupo de ayuda mutua. Recuerden que ustedes son los actores principales de este consejo asesor, veremos el día y en el chat nos gustaría ponernos de acuerdo, habíamos quedado que las reuniones se harían de manera quincenal, pero por esta ocasión nos podríamos ajustar a una reunión igual y en 8 días para que la promoción de agosto de médicos pasantes nos

pueda acompañar una vez más, entonces estaremos poniéndonos de acuerdo para lograrlo, en caso de dudas pueden enviar mensaje al chat.

Oscar: Siendo las 12:10 pm del miércoles 17/07/24 damos por concluida la reunión #3 del consejo asesor magdalena contreras.

ANEXOS

Anexo 1: Lista de participantes de la reunión 17/07/24

NOMBRE	CENTRO DE SALUD	TELEFONO
Eduardo Díaz Orozco	AGB	5554013250
Ildefonso Gustavo García	OASIS	5512223001
Eduardo Sánchez Díaz	OASIS	5519211910
Violeta Camacho Sánchez	OASIS	5520561008
Margarita Reséndiz Quevedo	OASIS	5516995205
Rafaela Villeda González	OASIS	5531073600
Elsa Rocío Benítez García	AGB	5616088644

Pendientes:

- Delimitar temas a tratar durante los cápsulas audiovisuales
- Definir con cuantos videos se trabajarán (de acuerdo al número de temas)
- Pedir prestado equipo a la UAM para una grabación más profesional

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

Tutoría de casos.

El Módulo 4 del diplomado sobre el Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (MAICP) se enfocó en la presentación de casos clínicos reales de personas que llevaban seguimiento por el modelo antes mencionado, cada caso clínico fue presentado en detalle, incluyendo la historia clínica de la persona,, su contexto social y familiar, sus necesidades y expectativas, así como los desafíos específicos que enfrentan en su tratamiento y cuidado diario. Se destacó la importancia de cómo las determinantes sociales pueden influir significativamente en la salud y el bienestar de las personas,, se consideraron factores como la falta de red de apoyo, problemas de alcoholismo, condiciones laborales, situación económica, acceso a oportunidades, el nivel educativo, el conocimiento de cómo manejar ciertos medicamentos y tratamientos como la insulina. También se abordaron temas de violencia familiar y cómo estos factores influyen negativamente en la salud de la persona.

Tras la presentación de los casos, los participantes preguntaban dudas sobre la información mencionada, en el orden en el que habían sido presentados: ficha de identificación, la persona, padecimiento, enfermedad, salud, red de apoyo, signos vitales, laboratorios y tratamiento actual. Este formato de trabajo en grupo permitió un intercambio de ideas y experiencias muy enriquecedor, tanto de parte de los médicos con más experiencia que entraban y participaban en la sesión, como de parte de los compañeros pasantes que expresaban que herramientas ellos manejaban para un mejor abordaje. Los participantes reflexionamos críticamente sobre cada caso, considerando no sólo los aspectos médicos, sino también los psicosociales y las preferencias personales del usuario. Se discutieron estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento, la importancia del apoyo familiar y social, y cómo las determinantes sociales podían ser abordadas en el plan de cuidado.

Cada sesión se proponen planes de intervención centrados en la persona, que incluyen recomendaciones médicas y estrategias para abordar las determinantes sociales que afectan la salud del individuo. Se hacía muy evidente la necesidad de un enfoque interdisciplinario, integrando la colaboración de médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud.

En resumen, el Módulo 4 no sólo proporcionó conocimientos clínicos, sino también una profunda comprensión de la importancia de las determinantes sociales y cómo abordarlas efectivamente en la práctica clínica, a continuación se presenta un caso clínico realizado por mi persona:



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA
DE SALUD



Caso Clínico

Paciente: Rosario E. A.

19 de noviembre del 2023

Elabora: Raúl Alexander González Esquinca

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Rosario E. A.

Sexo: Femenino

Edad: 29 años

Lugar de Origen: Puebla

Lugar de residencia: C MX

Escolaridad: Primaria Completa

Ocupación: Ama de casa

Actualmente vive con su esposo.



LA PERSONA



Acude por primera vez el 31 de octubre del 2023 acompañada de acompañante (Enfra Yazmin), se observa paciente caquética con edad aparente mayor a la cronológica, refiere antecedente materno de diabetes tipo 2; Diabética de diagnóstico reciente 6 meses aprox en IMSS, sin embargo inicio de síntomas hace 1 año con pérdida de peso, polidipsia, polifagia y poliuria, recientemente inicia con visión borrosa, aumento del apetito, flujo vaginal blanquecino, ardor en miembros inferiores.

Durante la charla para realización de historia clínica refiere pérdida de producto a los 6 meses de manera violenta y se suelta en llanto, no da más detalles.



LA PERSONA



Durante la exploración física se observa conciente, alerta, normocefalica, fondo de ojos con **presencia de microhemorragias**, cavidad oral con **periodontitis y gingivitis**, campos pulmonares claros, precordio rítmico, tono adecuado, sin presencia de soplos, peristalsis presente, sin datos de alarma abdominal, miembros inferiores con **disminución de reflejo osteotendinoso rotuliano bilateral**, pulsos popliteo, tibial y pedio presentes, sin onicomicosis ni onicocriptosis, **sensibilidad táctil disminuida, sensibilidad vibratoria disminuida**.

31/OCT/2023	54.000Kg	1.48m	15.23	90/60 mmHg	HIGH 600mg/dl	???	Total	???	???
-------------	----------	-------	-------	------------	---------------	-----	-------	-----	-----



LA PERSONA



Personalidad: Rosario es una mujer de 29 años, tímida aunque muy amable, de llanto fácil, temblorosa, sin embargo conserva una lucidez intacta.

Actitud: Presenta una actitud comprometida con tratar de mejorar su situación actual, sin embargo a la vez con miedo y rechazo a medidas más invasivas y adecuadas para su avanzada enfermedad.

Miedos y temores: Le preocupa seguir adelgazando, tiene miedo a morir, a las inyecciones, a todo lo que tenga que ver con establecimientos de salud.

Expectativas y aspiraciones: Le gustaría volver a usar vestidos, a usar tacones, ponerse guapa, subir de peso, volver a como era antes.





Sobre la red de apoyo...

FORTALEZAS		DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Esposo mantiene rol de cuidador primario excepcional - Vecina y amiga enfermera cuidadora secundaria. 		<ul style="list-style-type: none"> - Familia alejada y con mala relación. - Pérdida de producto/ mala experiencia con sistema de salud. - Inadecuada relación médico paciente - Escasos recursos. - Falta indagar sobre red de apoyo vecinal



Relación de colaboración

- Retinopatía no proliferativa leve.
- Caquexia.
- Depresión severa
- Neuropatía periférica.
- Nefropatía?
- Deficiencia de insulina.
- Recuperar la salud
- Mejorar la vista
- Recuperar peso
- Evitar complicaciones
- Embarazo
- Ser feliz
- "Recuperar mi vida"
- Insulinoterapia + control estrecho
- Manejo por segundo nivel.
- Hb1ac <7
- Ganancia ponderal a IMC normal en 4 meses



Relación de colaboración

- Valorar terapia con antidepresivos
- Ajuste de insulinoterapia + hipoglucemiantes + protectores renales/cardiovasculares
- Referencia a oftalmología
- Manejo conjunto con nutrición
- Envío a odontología
- Manejo conjunto con psicología
- Citología Cervical



Relación de colaboración

- Se explica el porqué necesita la insulina y como funciona con dibujos.
- Se entrega hoja con instrucciones para uso de insulina y datos de hipoglucemia y qué hacer en caso de.
- Se da tiempo para que la paciente lllore, exprese sus miedos, platique con su pareja, con su amiga enfermera.
- Se aclaran riesgos y beneficios y se le recuerda que ella tiene el derecho de decidir.
- Se da un espacio para hacer preguntas y resolver dudas.
- Feedback.
- Tutorial sobre manejo de insulina, se proporciona número telefónico para dudas.

Mes	Peso (Kg)	Talla (cms)	IMC	T/A (mmHg)	Laboratorios				Tratamiento
					Glucosa	HbA1c	Colesterol Total	Triglicéridos	
31/OCT/2023	34.000Kg	1.48m	15.23	90/60 mmHg	HIGH 600mg/dl	???	???	???	Metformina 850 mg c8h Nistatina ovulos 100,000u 1 cada 24 hrs por 14 noches
14/03/2023 G	34.100Kg	1.48m	15.57	90/60 mmHg	HIGH 599	17.28	Col 182, Trig 132	creat 1.01/1.55	Metformina 500 mg c12h Glargina-100 13uic/24h
23/11/2023	34.600kg	1.48m	15.79	90/60mmHg	400mg/dl				i Glargina-100 aplicar 16ui cada 24h i Rapida aplicar 4ui 15 min antes de la cena Metformina 500mg c12h Linagliptina 5mg 1c24h

127 ml/min/1.73 m²

Estimated GFR by 2021 CKD-EPI Creatinine

Stage I

CKD stage by CKD-EPI Creatinine

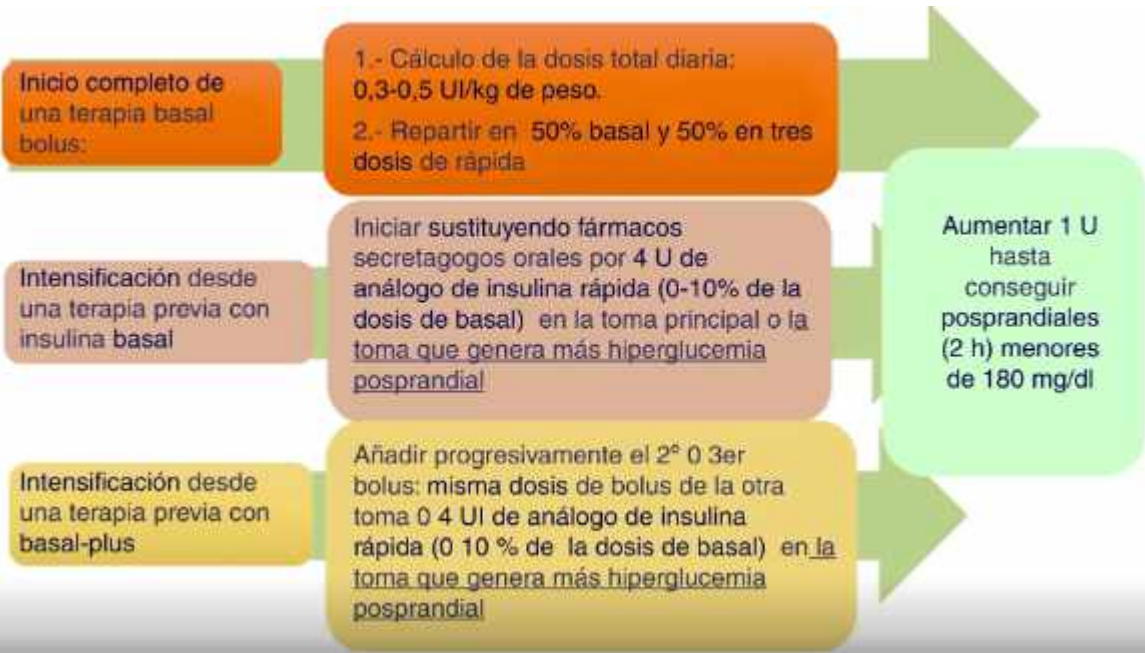
Copy Results

Next Steps

Tratamiento farmacológico

Insulinas		Orales
<p>I basal: Glargina-100</p> <p>-1er manejo (14.11.23): 0.4 x kg=13ui al día</p> <p>-2do manejo (23.11.23):0.5 x kg=16ui al día por la mañana</p> <p>+ Insulina rápida 4ui 15 min antes de la cena (comida fuerte)</p>		<p>-1er manejo(14.11.23): metformina 500 c/12</p> <p>-2do manejo (23.11.23): Metformina 500mg c 12 hrs Linagliptina 5 mg c 24 hrs</p>





Thursday/jueves	Friday/ viernes	Saturday/ sábado
16-NOVIEMBRE 23	17-NOVIEMBRE 23	18-NOVIEMBRE 2023
10:00 599 mg/dl ↳ Ayuno	07:00 309 mg/dl ↳ Ayuno	07:30 381 mg/dl ↳ Ayuno
18:00 ↳ NO Reconoce	20:00 1hm de insulina Act ↳ NO Reconoce	20:00 533 mg/dl ↳ Posprandial alimentos 20mn.
	02:00 Am. ↳ 487 mg/dl	02:00 ↳ NO se toma
		Sunday/domingo
		19-NOVIEMBRE 2023
		08:00 367 mg/dl ↳ Ayuno
		17:00 —
		2:00 —

Monday/lunes	Tuesday/martes	Wednesday/miércoles	Thursday/jueves
20 - Noviembre - 23	21 - Noviembre - 2023	22 - NOV - 2023	23 - NOV - 2023
09:40 343 mg/dl ↳ Ayuno. 03:43 pm 443 mg/dl Comida despues 1:03 am ↳ No marcos.	7:10 351 mg/dl ↳ Ayuno 06:44 No marcos Sin Alimento 01:30: No marcos	7:10 392 mg/dl ↳ Ayuno. 5:57 563 mg/dl ↳ Antes de comer. 8:00 589 mg/dl ↳ 2 hrs Post Comida. 1:00 am. 559 mg/dl	↳ Ayuno. 12:00 am 559 mg/dl

METAS

Ajuste insulina basal

Escalonar la agregación de insulinas prandiales en desayuno y comida

Tabla 2. Objetivos de control en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. Tomada de la Asociación Americana de Diabetes-2015

Parámetro	Objetivo
Hemoglobina glucosilada	<7% Sanos y jóvenes: 6-6,5% Mayores, comórbidos y propensos a hipoglucemias: 7,5-8%
Glucosa preprandial	70-130 mg/dL (3,9-7,2 mmol/L)
Glucosa posprandial	<180 mg/dL

EQUIVALENTES Y SUGERENCIAS DE MENÚ		
HORA/TIEMPO DE ALIMENTACIÓN	EQUIVALENTES	SUGERENCIA DE MENÚ
8:00 am DESAYUNO	1 equivalente de LECHE 1 equivalente de CEREALES 1 equivalente de FRUTA	240 ml de leche descremada 1/3 taza de avena cruda 1 pieza de manzana Té de manzanilla sin azúcar
11:30 am COLACION 1	2 equivalente de VERDURA 1 equivalente de CEREALES 2 equivalente de CARNES 2 equivalente de GRASAS	ENSALADA DE QUESO 3 tazas de Lechuga 1/3 taza de pepinos 4 piezas de galletas Integrales 80 g de queso panela 1/3 pieza de aguacate 5 cucharadas de ajonjolí tostado Agua de limón sin azúcar
15:00 pm COMIDA	1 equivalente de VERDURAS 2 equivalente de CARNES 2 equivalente de VERDURAS 2 equivalente de GRASAS 1 equivalente de LEGUMINOSAS 2 equivalente de CEREALES	1 taza de sopa de verduras POLLO EN SALSA VERDE C/ NOPALES 1 pieza chica de pierna de pollo 1 taza de nopal 1/2 taza de salsa verde 2 cucharadas de aceite para guisar 1/3 taza de frijol 2 piezas de tortilla de maíz Agua de Jamaica sin azúcar
19:00 pm CENA	1 equivalentes de CARNES 1 equivalente de CEREALES 1 equivalente de VERDURAS 1 equivalente de GRASAS 1 equivalente de FRUTAS	QUESADILLA 40g de queso panela 1 pieza de tortilla de maíz 1/2 taza de chayotes saltados con 1 cucharada de aceite de olivo 1 pieza de toronja
22:00 pm COLACION 2	2equivalente de CEREALES 1 equivalente de CARNES 2equivalente de VERDURAS 1 equivalente de GRASAS	SANDWICH DE JAMÓN 2 piezas de pan integral de caja 2 rebanadas de jamón bajo en grasa 1 taza de lechuga con 1/2 pieza de jitomate 1/2 taza de brócoli cocido 1 cucharadita de mayonesa

DIETA PARA DIABÉTICO
KILOCALORÍAS _____
DISTRIBUCIÓN DE NUTRIENTOS:
 HCO _____ % PROT _____ % LIP _____ %
 PESO ACTUAL _____ PESO HABITUAL _____

GRUPO DE ALIMENTO	CEJA MUN O.	CO AMB A	CE NA	CO LA	COLA DÓN
LECHE					
CARNE					
FRUTA					
VERDURA					
CEREALES Y TUBERC.					
LEGUM					
GRASAS					

LECHE Y SUSTITUTOS

Leche descremada 240 ml 1 vaso
 Leche entera 240 ml 1 vaso
 Leche en polvo 24g 1 onza
 Jocoque 180g 1/2 vaso
 Yogurt natural 240 ml 1 vaso

CARNE

Atún natural 88 g
 Claras de huevo 82 g 3 piezas
 Huevo entero 60 g 1 1/2 pieza
 Carne de puerco 80 g
 Pollo 25 g
 Pescado 35 g
 Queso cottage 45 g
 Queso panela 30 g
 Resacaón 23 g
 Carne de res 30 g

FRUTAS DE BAJO ÍNDICE GLUCÉMICO

Capulín 91 g 3/4 taza
 Ciruela 129 g 2 1/2 piezas
 Durazno 153 g 3 piezas
 Frutas 188 g 1.5 piezas
 Guanábana chica 188 g 1/2 pieza
 Guayaba 118 g 2 piezas
 Kiwi 99 g 1 1/2 pieza
 Mandarina 112 g 2 piezas
 Manzana 92 g 1 pieza
 Mango 140 g 1/2 pieza
 Naranja chica 128 g 2 piezas
 Pera 103 g 1/2 pieza
 Plátano 67 g 1/2 pieza
 Toronja 180 g 1 pieza
 Uvas 80 g 1.2 piezas
 Tuna 70 g 2 piezas
 Zapote 45 g 1/2 pieza
 Zarcamora 118 g 1/2 taza

FRUTAS DE MODERADO ÍNDICE GLUCÉMICO

Melón 184 g 1 taza
 Papaya 152 g 1 taza
 Piña 130 g 1/2 taza

FRUTAS DE ALTO ÍNDICE GLUCÉMICO

Sandía 200 g 1 1/2 taza
 Tamarindo 25 g

VERDURAS GRUPO A

Consumir 1/2 taza:
 Alcachofa Betabel Queilín
 Berenjena Calabaza de castilla
 Cebolla Chicharos Espárragos
 Chile poblano Zanahoria Rama
 Habas verdes Nutilacoché

VERDURAS GRUPO B

Consumir 1 taza:
 Flor de calabaza Hongos
 Nopales Lechuga Pepino
 Brócoli Acelga Chifacayote
 Col Coliflor Rabano
 Ejote Remolón Espinaca
 Berros Chayote Apio
 Tomate Pera Romerito
 Verdolaga Quintróles

CEREALES Y TUBERCULOS DE BAJO ÍNDICE GLUCÉMICO

Elote 50g 1/2 taza
 Avena 30g 1 onza
 Pasta 50g 1/2 taza
 Tortilla de maíz 30g 1 pieza
 Amarantho 18g 1/2 taza

CEREALES Y TUBERCULOS DE MODERADO ÍNDICE GLUCÉMICO

Arroz 57g 1/3 taza
 Bolillo 24g 1/3 pieza
 Corneta 70g 1/2 taza
 Cereal de caja 4/ 100g 1/2 taza
 Galletas marías 20g 5 piezas
 Galletas de animalitos 40g 4 piezas
 Galletas habaneras 20g 3 piezas
 Maicena 18g 1 1/3 onzas
 Yuca 50g 2 piezas

Tabla 2. Índice glucémico y carga glucémica de alimentos consumidos en México

GRUPOS DE ALIMENTOS			
CEREALES Y SUS DERIVADOS	Porción	Índice Glucémico (IG)	Carga Glucémica (CG)
Arroz cocido	1/4 taza	64	29.8
Avena cocida	1/4 taza	50	82.1
Avena cruda	1/3 taza	59	18.3
Elote amarillo cocido	1 1/2 pieza	53	35
Espagueti cocido	1/3 taza	44	20.3
Hojuelas de maíz	1/3 taza	81	10.7
Hot cake	1/4 pieza	67	25.1
Palomitas	2 1/2 taza	55	9.6
Pan 7 granos	1 pieza	55	14.3
Pan de caja blanco	1 rebanada	70	18.9
Pan de caja integral	1 rebanada	54	13.5
Pan de hamburguesa	30 g	61	9
Papa cocida	1/2 pieza	54	45.9
Pasta cocida	1/2 taza	44	26.4
Tapioca	2 cucharadas	70	13.6
Tortilla de maíz	1 pieza	52	15.6
Tortilla de harina	1/2 pieza	30	4.2
LEGUMINOSAS			
ALIMENTO	Porción	IG	CG
Alubias cocidas	1/2 taza	28	6.3
Frijoles cocidos	1/2 taza	43	8.8
Garbanzo cocido	1/2 taza	31	7.0
Lenteja cocida	1/2 taza	26	5.2
Soya cocida	1/3 taza	18	1.0

BENEFICIOS DE 2DO NIVEL

Oftalmología

Medicina Interna

Podología

Estudios de laboratorio

Medicamentos (GLP-1, SGLT-2)



Cochrane

<https://www.cochrane.org> » ENDOC_metformina-agr. ⋮

Metformina agregada al tratamiento con insulina para la ...

21 ene 2009 — Ambos estudios indicaron que la **metformina** más el tratamiento con **insulina** disminuyeron la HbA1c algo más que el placebo más la **insulina**. Las

Inhibidores de DPP-4 en enfermedad renal diabética

Todos los iDPP-4 se pueden administrar en **pacientes** con insuficiencia renal moderada a avanzada. La linagliptina tiene metabolismo fundamentalmente hepático (>90 %), por lo que no requiere ajuste de dosis. Para el resto de iDPP-4 se deben ajustar las dosis en **pacientes** con reducción del filtrado glomerular (Tabla 4).

The FDA revised its guidance for the use of metformin in CKD in 2016 (98), recommending use of eGFR instead of serum creatinine to guide treatment and expanding the pool of people with kidney disease for whom metformin treatment should be considered. The revised FDA guidance states that 1) metformin is contraindicated in patients with an eGFR <30 mL/min/1.73 m², 2) eGFR should

Eleazar...

Comienza a tener problemas en el trabajo

Se explica que los cambios nutricionales también le benefician a él

Se da información respecto al ejercicio como terapia contra el estrés

Se le recomienda tramitar gratuidad para poder recibir apoyo psicológico.



4. Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud T III Dr Ángel de la Garza Brito a cargo del médico pasante del servicio social Raúl Alexander Gonzalez Esquinca.

Tabla no. 1

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el período agosto 2023-julio 2024

Centro de Salud T-III Dr. Angel de la Garza Brito
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a Agosto 2023	8	61.5%
Nuevo Ingreso a partir de Agosto 2023	5	38.46%
Recuperados a partir de Agosto del 2023	0	0%
Total	13	100%

Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023 - Julio 2024.

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

Recuperados se refiere a pacientes que ya habían sido atendidos en el proyecto pero que por cualquier razón y durante algún tiempo dejaron de recibir esta atención

Del total de pacientes el 61.5% de las personas atendidas fueron ingresadas antes de agosto de 2023, 38.46% fueron de nuevo ingreso.

Tabla no. 2

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo a su condición actual de participación, durante el período agosto 2023 - julio 2024

**Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras**

Condición Participativa	No	%
Activas	9	69.23%
No Activas	4	30.7%
Total	13	100%

Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

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

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

Del total de pacientes el 69.23% continúan activas,, mientras que 30.7% aparecen como no activas.

Tabla no. 3

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

Centro de Salud T-III Angel de la Garza Brito

Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras

Motivos de inclusión como no activas	No	%
Cambio de médico dentro del centro de salud	0	0%
Cambio de institución que le atiende	0	0%
Cambio de domicilio	0	0%
Finado	1	25%
Otro motivo	1	25%
Se ignora	2	50%
Total	4	100%

Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

El motivo por el cual las personas dejaron de acudir fue por cuestiones laborales, se llevó a cabo comunicación vía telefónica con dos de ellas en más de una ocasión para recuperar la atención, sin embargo no fue posible, la tercera fue citada en múltiples ocasiones, sin embargo nunca acude. En diciembre de 2023, uno de los 8 individuos falleció, lo que afectó al total de participantes a mitad del periodo. La población activa se mantuvo en 9, sin embargo fueron 12 los pacientes que acudieron por lo menos a una consulta en el periodo agosto 2023-julio 2024, por lo cual en adelante se toma en cuenta este número como el total, es decir, doce personas.

2. Información demográfica:

Tabla no. 4

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el período agosto

2023-julio 2024 de acuerdo a sexo

Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito

Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras

Sexo	No	%
Masculino	4	33.3%
Femenino	8	66.6%
Total	12	100

Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

Del total de pacientes, la mayor parte es femenino, cubriendo el 66.6%, a comparación del 33.3% del género masculino.

A lo largo del periodo agosto 2023 a julio 2024, el sexo masculino se mantuvo constante en número (4)(Tomando en cuenta que falleció un individuo y se agregó otro del mismo sexo), el porcentaje disminuyó de 50% a 33.3% debido al aumento en el total de pacientes.

Mientras tanto la representación femenina aumentó en número de 4 a 8 modificando el porcentaje de 50% a 66.6%.

Tabla no. 5

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto en el período agosto

2023-julio 2024 de acuerdo a edad

Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito

Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras

Edad	No	%
20-29 años	1	8.3%
30-39 años	0	0%
40-49 años	1	8.3%
50-59 años	4	33.33%
60-69 años	2	16.6%
70-79 años	4	33.33%
Total	12	100%

Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

Del total de pacientes, la ausencia de personas en el grupo de 30-39 años y la baja representación en los grupos de 20-29 y 40-49 años puede observarse, mientras que en los grupos de 50-59 años y 70-79 años se encuentra la mayor representación, con un 33.33% en cada uno.

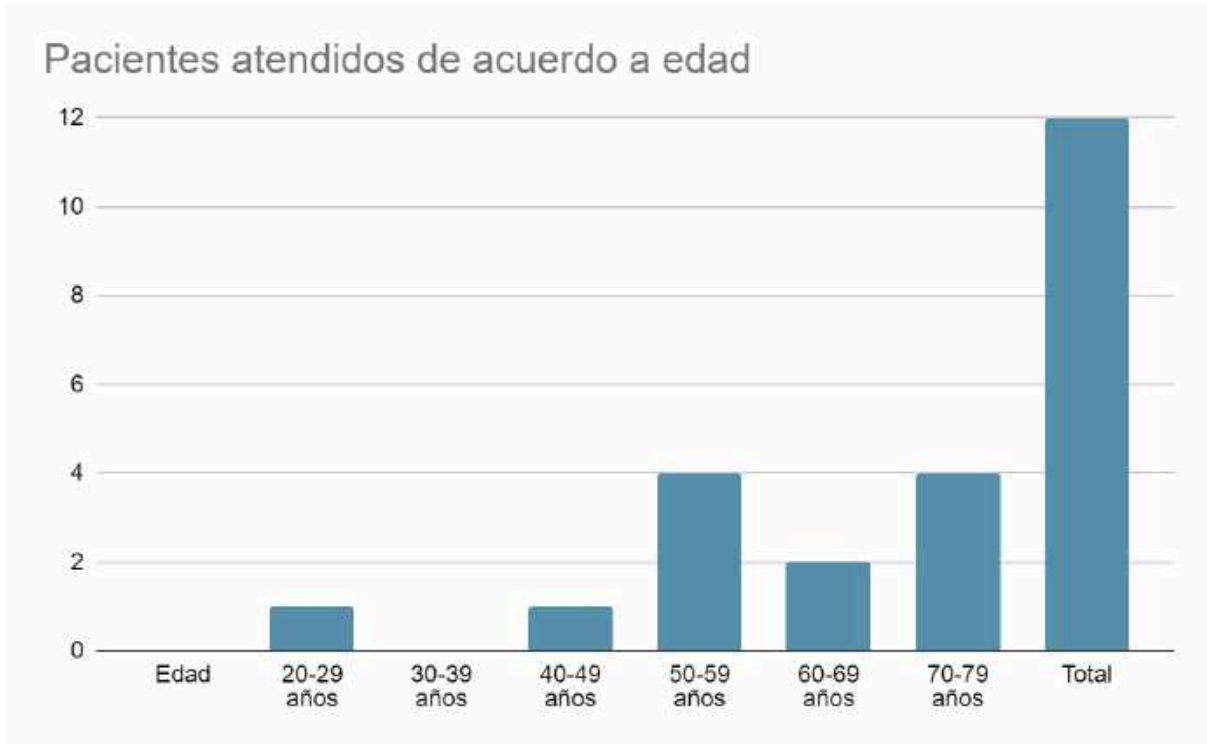
A lo largo del periodo agosto 2023 a julio 2024, se agregaron nuevos pacientes en los rangos de edad de 20-29 años(1 persona), 60-69 años (2 personas) y en el rango de 70-79 años se agregó una persona, modificando los porcentajes.

La prevalencia de diabetes e hipertensión en México varía significativamente según el grupo etario. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018 es de 22.8% en mayores de 70 años y de hipertensión es de 51.8% en mayores de 70 años, lo cual coincide con los datos encontrados en el centro de salud, embargo también se observa un pico en el grupo etario de 50-59 años de edad.

Gráfica no. 1

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto en el período agosto 2023-julio 2024 de acuerdo a edad

**Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras**



Fuente: Registro RedCap, periodo Agosto 2023-Julio 2024.

Tabla no. 6

**Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el período agosto 2023-julio 2024 de acuerdo a edad y sexo
Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras**

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20-29 años	1	8.3%	0	0%	1	8.3%
30-39 años	0	0%	0	0%	0	0%
40-49 años	0	0%	1	8.3%	1	8.3%
50-59 años	3	24.9%	0	0%	4	33.3%
60-69 años	3	24.9%	0	0%	2	16.6%
70-79 años	1	8.3%	3	24.9%	4	33.3%
Total	8	69.2%	4	30.7%	12	100%

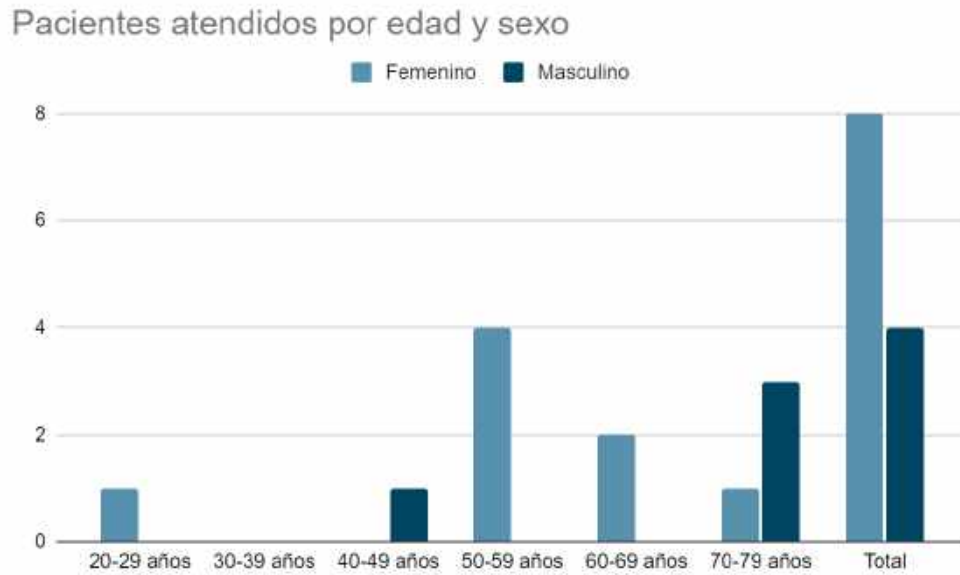
Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

Del total de pacientes, la mayor cobertura de mujeres atendidas es en grupo etario de 50-59 años, 60-69 años y el grupo etario de 70-79 años en el género masculino con, cada uno con un porcentaje 24.9%.

A lo largo del periodo agosto 2023 a julio 2024, se sumó un paciente femenino en el rango de 20-29 años (8.3%); En el rubro de 50-59 años disminuyó de 4 a 3 individuos femeninos (24.9%), debido al fallecimiento de un paciente masculino de esta edad; En el rango de edad de 60-69 años en sexo femenino se agregaron 3 pacientes (24.9) en comparacion de 0 a inicios del periodo; En el rango de 70-79 años el número de pacientes aumentó de 3 a 4, a inicios del periodo 1 era femenino (12.5%) y 2 masculinos (25%), a finales de periodo 1 es femenino (8.3%) y 3 son masculinos (24.9%).

Gráfica no. 2

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el período agosto 2023-julio 2024 de acuerdo a edad y sexo
Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras



Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

Tabla no. 7

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto respecto a número de consultas recibidas durante el período agosto 2023-julio 2024

**Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras**

No de consultas	No de pacientes	%
1	2	16.66%
2	1	8.33%
3	3	25%
4	1	8.33%
5	3	25%
6	1	8.33%
7	2	16.66%
8	0	0%
9	0	0%
10 o más	0	0%
Total	13	100%

Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

Del total de pacientes el número de consultas se distribuye equitativamente entre 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 consultas, cada uno representando el 8.33% del total.

No hay pacientes con 8, 9, 10 o más consultas.

Tabla no. 8

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

Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito

Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras

Diagnósticos	No de pacientes	%
Sobrepeso y obesidad	0	0
Hipertensión arterial	1	8.3%
Diabetes tipo 2	1	8.3%
Dislipidemias	0	0
Obesidad e hipertensión	0	0%
Obesidad y Diabetes tipo 2	1	8.3%
Obesidad y dislipidemia	0	0%
Hipertensión y dislipidemia	0	0%
Diabetes e hipertensión	1	8.3%
Diabetes y dislipidemia	0	0%
Obesidad, hipertensión y diabetes	4	33.3.%
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	1	8.3%
Obesidad, diabetes y dislipidemia	0	0%
Obesidad, hipertensión y dislipidemia	0	0%
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	3	24.9%
Total	12	100%

Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

Dentro del total de pacientes, la combinación más común de diagnósticos fue la de obesidad, hipertensión y diabetes, con 4 pacientes (33.3%), además del diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia con 3 pacientes (24.9%). Otros diagnósticos con una sola comorbilidad como hipertensión arterial o diabetes tipo 2 presentaron una menor proporción (8.3%).

A lo largo del periodo agosto 2023 a julio 2024, con diagnóstico hipertensión arterial se agregó 1 paciente (8.3%); Con el diagnóstico de diabetes tipo 2 se mantuvo el total de 1 paciente (8.3%), sin embargo no es el mismo paciente, debido a que se diagnosticó además con obesidad, hipertensión y dislipidemia; Con el diagnóstico de obesidad, y diabetes tipo 2, se agregó 1 paciente (8.3%), la cual se encontraba anteriormente en el rubro de obesidad, diabetes tipo 2 y dislipidemia; Con el diagnóstico de obesidad, hipertensión y diabetes el total aumentó de 3 a 4 pacientes (33.3%), con el diagnóstico de obesidad, diabetes y dislipidemia se pasó de 1 a 0 pacientes, debido a que el paciente se diagnosticó además hipertensión, con el diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia el total aumentó de 1 a 3 pacientes (24.9%).

La distribución de otros diagnósticos se mantuvo relativamente constante o sin cambios significativos.

Tabla no. 9

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el período agosto 2023-julio 2024 de acuerdo a diagnostico de enfermedad y sexo.

**Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras**

Diagnósticos	Femenino		Masculino		Total
Sexo	No	%	No	%	%
Sobrepeso y obesidad	0	0%	0	0%	0%
Hipertensión arterial	0	0%	1	8.3%	8.3%
Diabetes tipo 2	1	8.3%	0	0%	8.3%
Dislipidemias	0	0%	0	0%	0%
Obesidad e hipertensión	0	0%	0	0%	%
Obesidad y Diabetes tipo 2	1	8.3%	0	0%	8.3%
Obesidad y dislipidemia	0	0%	0	0%	0%
Hipertensión y dislipidemia	0	0%	0	0%	0%
Diabetes e hipertensión	1	8.3%	0	0%	8.3%

Diagnósticos	Femenino		Masculino		Total
Sexo	No	%	No	%	%
Sobrepeso y obesidad	0	0%	0	0%	0%
Diabetes y dislipidemia	0	0%	0	0%	0%
Obesidad, hipertensión y diabetes	2	16.6%	2	16.6%	33.3%
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	0	0%	1	8.3%	8.3%
Obesidad, diabetes y dislipidemia	0	0%	0	0%	0%
Obesidad, hipertensión y dislipidemia	0	0%	0	0%	0%
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	3	24.9%	0	0%	24.9%
Total	8	66.6%	4	33.3%	100%

Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

Dentro del total de pacientes se observa una mayor prevalencia de diabetes tipo 2 en mujeres, mientras que los hombres tienen casos de hipertensión y combinaciones más complejas de múltiples condiciones.

A lo largo del periodo agosto 2023 a julio 2024, con diagnóstico de hipertensión arterial se agregó 1 paciente del sexo masculino (8.3%); Con el diagnóstico de diabetes tipo 2 se mantuvo el total de 1 paciente femenino (8.3%), sin embargo no es la misma; Con el diagnóstico de obesidad y diabetes tipo 2, se agregó un 1 paciente femenino (8.3%); Con el diagnóstico de obesidad, hipertensión y diabetes el total aumentó de 3 a 4 pacientes, siendo el paciente agregado del sexo masculino (33.3%), siendo mitad masculinos (2) y mitad femeninos (2) los pacientes con este diagnóstico, con el diagnóstico de obesidad, diabetes y dislipidemia se pasó de 1 a 0 pacientes, debido a que el paciente desarrolló además hipertensión, con el diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia el total aumentó de 1 a 3 pacientes, siendo todos del género femenino (24.9%).

Se observó una mayor representación de pacientes femeninos en la mayoría de los diagnósticos.

Tabla no. 10

**Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el período agosto 2023 - julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión
Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras**

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

Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

A lo largo del periodo agosto 2023 a julio 2024 el diagnóstico de hipertensión se encuentra exclusivamente en el grupo de edad de 70-79 años, representando el 100% del total de pacientes con hipertensión. No hubo cambios comparando los resultados iniciales de agosto de 2023.

Tabla no. 11

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el período agosto 2023-julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes tipo 2

Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito

Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes tipo 2	%
20-29 años	1	100%
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	0	0%
Total	1	100%

Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

Del total de pacientes, a finales de julio de 2024 el diagnóstico de diabetes tipo 2 se encuentra exclusivamente en el grupo de edad de 20-29 años, con 1 paciente diagnosticado en este rango, representando el 100% del total de pacientes con diabetes tipo 2, a comparación de agosto de 2023, en donde el único paciente diagnosticado estaba en el rango de 70-79 años.

**Tabla no. 12 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el período agosto 2023 - julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y diabetes tipo 2. Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras**

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

Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

Del total de pacientes a finales de julio de 2024 el diagnóstico combinado de obesidad y diabetes tipo 2 se encuentra exclusivamente en el grupo de edad de 50-59 años, con 1 paciente diagnosticado en este rango, representando el 100% del total de pacientes con esta combinación de diagnósticos, en comparación de agosto de 2023, donde la paciente contaba con el diagnóstico de diabetes tipo 2, dislipidemia y obesidad y este rubro se encontraba vacío.

Tabla no. 13 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el período agosto 2023 - julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial.

**Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras**

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	0	0%
40-49 años	0	0%
50-59 años	1	100%
60-69 años	0	0%
70-79 años	0	0%
80 y más	0	0%
Total	1	100%

Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

Dentro del total de población atendida, el diagnóstico combinado de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial se encuentra exclusivamente en el grupo de edad de 50-59 años, con 1 paciente diagnosticado en este rango, representando el 100% del total de pacientes con esta combinación de diagnósticos. No se reportan pacientes en otros rangos de edad. No se observan cambios de julio de 2023 en comparación a agosto de 2024

Tabla no. 14 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el período agosto 2023 - julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, diabetes tipo 2 e hipertensión arterial.

**Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras**

Edad	Personas con diagnóstico de diabetes tipo 2, obesidad e hipertensión	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	0	0%
40-49 años	0	0%
50-59 años	1	25%
60-69 años	2	50%
70-79 años	1	25%
80 y más	0	0%
Total	4	100%

Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

Dentro del total de pacientes, el diagnóstico combinado de diabetes tipo 2, obesidad e hipertensión se presenta en el rango de edad de 50-59 años con 1 paciente (25%), en el rango de 70-79 años con 1 paciente (25%) y en el rango de 60-69 años, con 2 pacientes (50%), siendo esta última la que tuvo mayor proporción de pacientes.

A finales de julio del 2024 la distribución de pacientes con diabetes tipo 2, obesidad e hipertensión se diversifica en los tres grupos de edad antes mencionados en comparación con el período de inicio de agosto 2023, donde todos los pacientes diagnosticados con esta combinación se encontraban únicamente en el grupo de edad de 50-59 años, con un total de 3 pacientes.

**Tabla no. 15 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el período agosto 2023-julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y dislipidemia
Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras**

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

Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

Dentro de los pacientes, el diagnóstico combinado de hipertensión, diabetes tipo 2 y dislipidemia el total es de 1, lo que representa el 100% del total de pacientes con esta combinación de diagnósticos en el período, no hubieron cambios a lo largo del período de agosto 2023 a julio 2024.

Tabla no. 16 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el período agosto 2023-julio 2024 de acuerdo a edad y diagnóstico de obesidad, dislipidemia, diabetes tipo 2 e hipertensión arterial.

**Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras**

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad, dislipidemia, diabetes tipo 2 e hipertensión	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	0	0%
40-49 años	0	0%
50-59 años	1	33.33%
60-69 años	1	33.33%
70-79 años	1	33.33%
80 y más	0	0%
Total	3	100%

Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

Dentro del total de pacientes con el diagnóstico combinado de obesidad, dislipidemia, diabetes tipo 2 e hipertensión se distribuyó de manera equitativa entre los rangos de edad de 50-59, 60-69 y 70-79 años (1 persona, 33.33%), con un paciente en cada uno de estos grupos etarios. No se registran pacientes en los rangos de 20-29, 30-39, 40-49, y 80 años o más. El total de pacientes con esta combinación de diagnósticos es de 3, representando el 100% en el período analizado.

En contraste, a inicios del periodo en agosto 2023, el diagnóstico combinado se reporta únicamente en el rango de 70-79 años, con un total de un paciente. En general, el número total de pacientes diagnosticados con esta combinación de enfermedades es mayor en el período más reciente, esto debido a la integración de nuevos pacientes al modelo.

Tabla no. 17 Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glucemia capilar o venosa período Agosto 2023-Julio 2024

**Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras**

Parámetro de	No	%
Control	5	45.45%
Fuera de control	6	54.54%
Total	11	100%

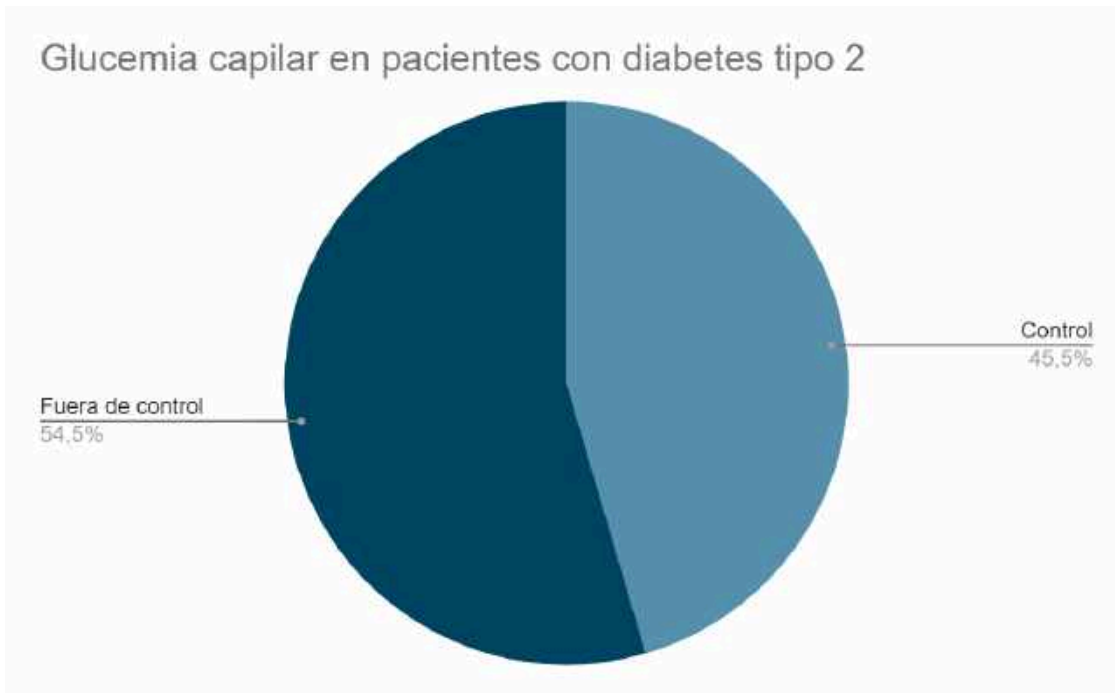
Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

Del total de pacientes, la diferencia en porcentaje entre las personas bajo control de acuerdo a glucemia capilar es de 45.45% y las que están fuera de control de 54.54%.

En contraste a inicios del periodo en agosto del 2023 se observa un incremento en el número total de pacientes con una tendencia hacia un mayor porcentaje de pacientes fuera de control (de 50% a 54.54%). Esto debido a la integración de nuevos pacientes al programa

Gráfica no. 3 Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glucemia capilar o venosa período Agosto 2023-Julio 2024

**Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras**



Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

Tabla no. 18 Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada período Agosto 2023 - Julio 2024

**Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras**

Parámetro de	No	%
Control	5	45.45%
Fuera de control	6	54.54%
Total	11	100%

Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

Del total de pacientes, la diferencia en porcentaje entre las personas bajo control de acuerdo a glucemia capilar es de 45.45% y las que están fuera de control de 54.54%, lo cual concuerda con la tabla anterior.

En contraste a inicios del periodo en agosto del 2023, en julio de 2024 se observa un incremento en el número total de pacientes con una tendencia hacia un mayor porcentaje de pacientes fuera de control (de 50% a 54.54%).

Tabla no. 19 Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión y cifras de control período Agosto 2023 - Julio 2024
Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras

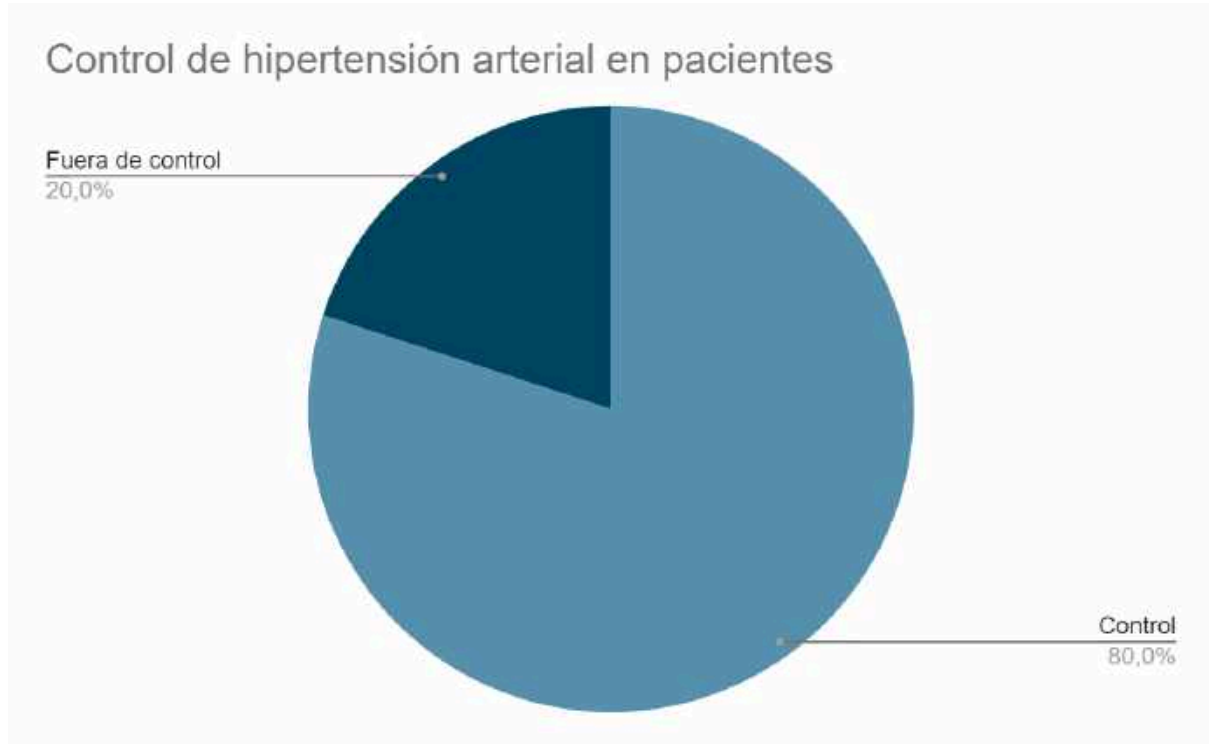
Parámetro de	No	%
Control	8	80%
Fuera de control	2	20%
Total	10	100%

Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

Del total de pacientes, el 80% de las personas están bajo control, con un 20% de personas fuera de control.

En contraste a inicios del periodo en agosto del 2023, en julio de 2024 se observa un incremento en el número total de pacientes y una mejora en el control, con un mayor porcentaje de pacientes en control (de 70% a 80%), lo que sugiere una tendencia positiva en el control de los parámetros en el período más reciente.

Gráfica no. 4 Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión y cifras de control período Agosto 2023 - Julio 2024
Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras



Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

Tabla no. 20 Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control período Agosto 2023 - Julio 2024
Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras

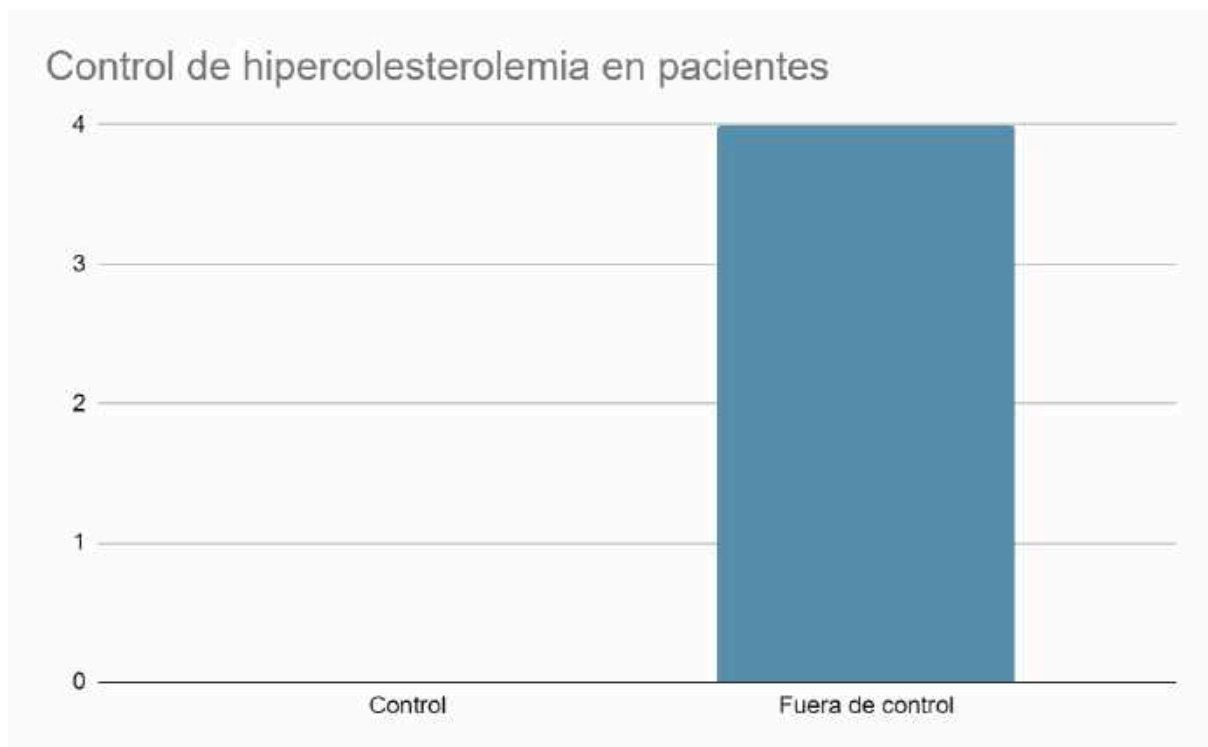
Parámetro de	No	%
Control	0	0%
Fuera de control	4	100%
Total	4	100%

Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

Del total de pacientes, la ausencia total de casos bajo control es nula (0%).

A lo largo del periodo agosto 2023 a finales de julio 2024, se observa una caída significativa en el porcentaje de pacientes en control, con el 100% de los pacientes fuera de control, en contraste con la cifra anterior donde el 75% de los pacientes estaban en control. Sin embargo, el número total de pacientes con hipercolesterolemia disminuye de 5 a 4.

Gráfica no. 5 Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control período Agosto 2023 - Julio 2024
Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras



Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

Tabla no. 21 Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia y cifras de control período Agosto 2023 - Julio 2024
Centro de Salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras

Parámetro de	No	%
Control	0	0%
Fuera de control	3	100%
Total	3	100%

Fuente: Registro RedCap, período Agosto 2023-Julio 2024.

Dentro del total de población atendida la ausencia total de casos bajo control es nula (0%).

A lo largo del periodo agosto 2023 a finales de julio 2024, se observa un cambio en el estado de control del parámetro, con el 100% de los pacientes fuera de control y ninguno en control. Esto contrasta con inicios del periodo, donde el 37.5% de los pacientes estaban en control y un 62.5% no.

5. Conclusiones.

Durante el período de un año, lleve a cabo mi servicio social en el centro de salud T-III Dr. Ángel de la Garza Brito, perteneciente a secretaría de salud, respecto a este rubro puedo decir que me sorprendió gratamente descubrir las excelentes condiciones en las que labora la institución, que, a pesar de las expectativas de desabasto, siempre hubo opciones disponibles para los tratamientos, aunque no siempre fueran de primera línea.

En cuanto a la atención de las personas con enfermedades crónicas, llegué a la conclusión de que el modelo MAICP es la respuesta a un diagnóstico atinado, siendo muy necesario y contando con respaldo por evidencia científica de calidad. Aunque la implementación de este modelo puede ser complicada debido a los tiempos de atención y la alta demanda del servicio, la satisfacción tanto del paciente como del personal de salud familiarizado, y los resultados lo demuestran. Este modelo ofrece muchas herramientas útiles y a la mano para el trabajo diario que no requieren grandes cambios estructurales, sino más bien la realización de una capacitación específica.

Respecto a las ventajas y desventajas de la SEDESA en la implementación de este modelo, encontré que las ventajas incluyen la disposición y los espacios proporcionados, junto con una decente gama de medicamentos. Sin embargo, entre las desventajas, están los tiempos de atención y la posible interferencia del personal no familiarizado con el modelo, lo cual puede ser un obstáculo.

Observé que los pacientes con enfermedades crónicas experimentaban una gran satisfacción al volverse más proactivos en su cuidado. Es gratificante ver cómo las personas pasan del rol pasivo a activo, comprendiendo mejor sus tratamientos, procesos, obstáculos y habilidades, se ponen metas lo cual hacía más objetivo evaluar su progreso.

En cuanto a mi formación profesional de pregrado, terminó con un buen sabor de boca. La implementación adecuada del modelo integral ayuda a mitigar la falta de resultados en la atención a pacientes. He internalizado la idea de que la persona es un agente activo en su propio cuidado de salud, promoviendo la activación de la persona y la responsabilidad compartida en la toma de decisiones.

La capacitación sobre basar mis prácticas en la evidencia y la mejora continua, aseguran que mis intervenciones estén alineadas con las últimas investigaciones y estándares de atención. En resumen, mi participación en este proyecto ha sido transformadora para mi desarrollo profesional impactando directamente en la calidad de la atención que brindó a las personas.

6. Referencias bibliográficas

- Barr V, Salivaras S, et al. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model, ResearchGate, 2003; Vol 7(1)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2018). *Prevalencia de Obesidad, Hipertensión y Diabetes para los Municipios de México 2018*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/investigacion/pohd/2018/>
- Shared Decision Making, NICE Guideline[NG197] , 2021
- Sullivan M. Advancing from activated patient to autonomous patient, *The Patient as Agent of Health and Health Care*, Oxford University Press, 2017.

