



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO



ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD CENTRADA EN LA  
PERSONA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES  
CRÓNICAS EN UNIDADES DE PRIMER CONTACTO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO.

UN ENFOQUE DE DESARROLLO DE CAPACIDADES.

LICENCIATURA: MEDICINA

“IMPORTANCIA EN EL CUIDADO Y SEGUIMIENTO DE  
PACIENTES QUE VIVEN CON ENFERMEDADES  
CRONICO DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES EN  
EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MEDICA, ENFOCADA  
EN EL MODELO DE ATENCION INTEGRAL CENTRADA  
EN LA PERSONA”

HEIDI CARRERA RIOS

MATRICULA: 2152025951

PROMOCIÓN: FEBRERO 2022- ENERO 2023

ASESOR: VÍCTOR RÍOS CORTÁZAR

# 1.- Introducción

El presente documento tiene el fin de incorporar todo lo que durante el año del servicio social se estuvo realizando dentro del diplomado y el centro de salud, los resultados que se obtuvieron en cuanto a lo que se implementó durante este periodo.

Dentro de cada apartado se desglosan temas que se vieron y se implementaron con los pacientes, las estadísticas que se tenía en cuanto a la morbilidad de cada una de las enfermedades crónico degenerativas, la incidencia y prevalencia de cada una de ellas, en cuestión a grupo etario, sexo, el control en niveles de glicemia y tensiones arteriales que se iban logrando si con el tratamiento farmacológico y medidas higiénico dietéticas se iban logrando.

El proyecto se siguió llevando a cabo en el centro de Salud T III José Castro Villagrana en la Jurisdicción de Tlalpan en donde desde hace 2 años como en otros centros de salud se empezó proyecto de Implementación del modelo de atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto. El tiempo comprendido abarca febrero 2022-enero 2023.

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

Dada la creciente incidencia de enfermedades crónicas en todo el mundo, la búsqueda de estrategias más efectivas para prevenirlas y manejarlas es esencial. El uso del Modelo de atención crónica ha ayudado a los equipos de atención médica a demostrar soluciones efectivas y relevantes para este desafío creciente.

La enfermedad crónica es una carga para las personas y para los sistemas de salud. Encontrar estrategias eficaces y basadas en la evidencia para promover la salud y prevenir y controlar las enfermedades crónicas es fundamental.

En lo que engloba el modelo expandido y sus subsistemas, juega un gran papel en el cuidado de los pacientes crónicos, a continuación de describe cada uno de ellos enfocándolos dentro de los objetivos que tiene a llevar a cabo el diplomado:

Comunidad: el grupo de pacientes que de incluían dentro del programa y en el cual se tenían las necesidades mismas de llevar el control de sus enfermedades crónico degenerativas, Alentar a los pacientes a participar en programas comunitarios efectivos.

- Recursos y políticas: Desarrollar estrategias dentro de la comunidad para tener un apoyo en cuanto a los pacientes, dentro del modelo se les dio la atención médica mes con mes como lo iban requiriendo, se iba fomentando la participación en cada consulta.

- Encuentro de pacientes: Durante este año de servicio se realizaron dos centros de pacientes en los cuales se implementaron actividades enfocadas en la alimentación, que pensaban ellos que era una alimentación saludable y otra enfocada en la generación de una buena alimentación, esto con el fin de tener un recetario final los cuales los mismos pacientes han ido aportando sus ideas y se verá reflejado el trabajo de todos lo que contribuimos al mismo.

Sistema de salud: Enfocado a Crear una cultura, organización y mecanismos que promuevan una atención segura y de calidad.

- Autogestión Apoyo: Planificar la atención dentro de los objetivos que se tienen en el modelo, generar con autocuidado y autogestión en cada uno de los pacientes, promoverlo dentro de las consultas para q ellos lo implementen. Enfatizar el papel central del paciente en el manejo de su salud.
- Diseño del sistema de entrega: Fue primordial garantizar la prestación de atención clínica eficaz y eficiente y el apoyo a la autogestión a los pacientes, en cada consulta se mencionaba la importancia de mejorar la salud de ellos mismos, la importancia de acudir a sus consultas de manera subsecuente.
- Apoyo a las decisiones: Promover la atención clínica que sea coherente con la evidencia científica y las preferencias de los pacientes, dentro de los tratamientos dados a los pacientes todo se realiza con lo que mencionan las guías, pero cuando algo no se tenía dentro de lo que se marcaba como de primera línea, se buscaban estrategias las cuales fueran adecuadas y aptas para los pacientes, las cuales se explicaban a los mismos para que pudieran comprender los principios detrás de su atención.
- Sistemas de información clínica: se organizaron los datos de pacientes y población para facilitar una atención eficiente y eficaz, en este caso dentro de la plataforma RedCap se estuvieron subiendo los datos de cada una de las consultas de los pacientes como laboratorios, tratamiento, somatometría para llevar un control de los mismos. Esta plataforma es de gran apoyo para llevar un registro más específico.

Resultados de la salud de la población: en cada uno de los pacientes los cuales se fueron valorando en cada consulta se iban teniendo mejoría en cuanto a su cuidado, sin embargo, con los pacientes que no acudían de manera mensual se tenía un desajuste en los mismos ya que no lograban llevar un buen apego al tratamiento farmacológico establecido.

- Pacientes y familiares informados: En lo que englobaba al programa se informaba a los pacientes las estrategias que se tenían a implementar en ellos, llevar sus consultas de manera mensual, control de sus laboratorios

y los tratamientos que se le iban a ir ofreciendo, así como otras alternativas en servicios como dental, nutrición y psicología y en su caso si lo llegaban a requerir tener valoración por médico especialista.

- Equipo preparado, práctico y proactivo: como médicos pasantes que llevamos a cabo este programa, se les ofreció en las consultas información necesaria para llevar su control de enfermedades, junto con el apoyo de otros servicios de salud se buscó el bienestar de los pacientes y lograr una buena calidad de vida. Se tenía asesoramiento y seguimiento de los mismos pacientes.

### **3. El diplomado**

El Modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México. Un enfoque de capacidades. Es un modelo de atención integral que tiene como propósito final contribuir al logro de la autonomía de las personas que viven con enfermedades crónicas, para que alcancen un buen control de sus enfermedades crónicas y que consigan, dentro de sus condiciones y de su situación, una vida saludable.

Aquí se desarrollaron las capacidades de atender a los pacientes desde una perspectiva centrada en la persona, las decisiones diagnósticas, terapéuticas y pronósticas fundamentadas en la mejor evidencia científica disponible y basadas en la disposición de información vigente y oportuna. Esto lleva a buscar que las y los pacientes se organicen y participen ampliamente en todo el proceso, por eso es esencial el componente de comunidad del modelo.

En lo que enfoca en la atención centrada en la persona tiene como propósito favorecer la autonomía de la persona que vive con enfermedades crónicas, de favorecer el desarrollo de las capacidades de la persona para que logre un buen autocuidado, más allá de sólo atender recomendaciones y seguir un tratamiento.

Se realizaron actividades como encuentro de pacientes de manera semestral en donde se reunía a los pacientes por jurisdicciones, esto con el fin de conocer información respecto a los avances del proyecto en el periodo correspondiente; reflexionar, en grupos de discusión y con base en esa información, respecto a las fortalezas y las debilidades que están favoreciendo o dificultando el logro de resultados favorables; tanto en el nivel personal, en la relación profesional de la salud-paciente; en la relación con el Centro de Salud, como en relación con su entorno familiar y vecinal.

Dentro de la plataforma digital que se utilizó para la captura de datos, fue RedCap, el cual consistió en llevar el control de cada paciente capturar sus laboratorios, el día de sus próximas citas, tratamiento establecido, la somatometría de cada una de las consultas que acudían.

En el siguiente cuadro se sintetiza cada una de las actividades realizadas en el servicio, los horarios destinados para cada actividad y los viernes los objetivos

de cada sesión que fuera de manera virtual o presencial teniendo a fin cumplir con cada módulo que conforma el diplomado.

De servicio	De capacitación	Comunitarias
De lunes a jueves 8:00 a 11:30 horas: Atención programada a personas con enfermedad crónica	Los días viernes: 9:00 a 14:00 horas: Sesión del Diplomado del proyecto	De acuerdo al comportamiento de la pandemia y la situación del semáforo epidemiológico:
Recordatorio de citas para el día siguiente a personas citadas	Asesoría clínica en servicio A cargo de tu asesor o asesora clínica	Organización, participación y balance de Encuentro semestral de personas con enfermedad crónica participantes en el proyecto; así como:
Monitoreo no presencial (vía telefónica) de personas con enfermedad crónica a su cargo		Organización y coordinación del Consejo Asesor de Personas con Enfermedad Crónica
Registro de información de la consulta atendida		
11:30 a 14:00 horas: Incorporación a otras actividades del centro de salud como: Atención de consulta general Participación en los Grupos de Ayuda Mutua Otras		

### 3.1 Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica

Enfoque de capacidades.

#### ENSAYO

#### IMPORTANCIA DEL AUTOCUIDADO Y AUTOCONTROL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES ENFOCADO EN LA PRIMERA LÍNEA DE ATENCIÓN MÉDICA

##### Introducción

Las enfermedades crónicas imponen una carga enorme y creciente sobre las personas, las familias y la sociedad, así como sobre los sistemas de atención médica en todo el mundo. Representan la mayoría de las muertes y son los

principales contribuyentes a la discapacidad y el costo de la atención médica. La atención eficaz de enfermedades crónicas se caracteriza por interacciones productivas entre pacientes activados (familiares y cuidadores) y un equipo de práctica preparado.

La promoción de la salud es un concepto que involucra muchos aspectos, pero el que más llama la atención es el autocuidado en la salud, por tal razón este ensayo se centra en el mismo. centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer nivel de atención, destacando los conceptos más importantes de autocuidado y autocontrol dentro de este grupo de pacientes que día a día buscan sobrellevar sus enfermedades crónico no transmisibles, la importancia que genera para poder llevar un buen control, cuales son los criterios para integran una atención médica y los cuales implican el autocontrol y autogestión de los mismos

El autocuidado lo aprendemos desde niños cuando nuestros padres y maestros (seno familiar y escuelas), nos enseñan hábitos básicos como: cuidados en el aseo personal, pero no lo vemos en el concepto como tal de autocuidado, se le conoce como hábitos y costumbres que son buenos que se realicen.

Los programas comunitarios pueden apoyar o expandir la atención de un sistema de salud para pacientes con enfermedades crónica, brindar ejercicios como una poción para pacientes de edad avanzad. Animar a los pacientes a participar en los programas de la comunidad, formar alianzas con organizaciones comunitarias para apoyar y desarrollar intervenciones que llenen los vacíos en servicios necesarios y mejorar la salud de la comunidad

## 1. **Objetivo General**

- ✚ El objetivo de este ensayo es valorar el nivel de importancia que tiene y que se le ofrece al paciente respecto al autocuidado y autocontrol de sus enfermedades crónico no transmisibles

### 1.1 **Objetivos específicos**

- ✚ Impacto del autocuidado en enfermedades crónico no transmisibles

- ✚ Establecer los criterios de una atención médica integrada, autogestión y autocuidado.
- ✚ Relación médico paciente enfocado en el autocuidado de enfermedades crónico no transmisibles

## **2. Justificación**

A lo largo de las sesiones del diplomado, hemos analizado nuevas formas de relacionarnos con los pacientes, generando una confianza mutua llegando a comprender y entender del cómo viven con sus respectivas enfermedades desde su diagnóstico hasta su día a día y del cómo a partir de entonces han ido generando sus propias medidas de autocuidado, así mismo transmitiéndoles y hacerlos partícipes en los cambios que deben de realizar diariamente desde su entorno para lograr un control dentro de sus enfermedades.

Actualmente se tiene un gran aumento de pacientes que cursan con alguna enfermedades crónico no transmisibles, dentro de nuestra población Mexicana, desde a edad temprana como la población Joven, ya se puede padecer alguna de las patologías que a largo plazo llegan a generar complicaciones a órganos blancos, los cuales tienen gran importancia para un buen funcionamiento para la vida y función del ser humano, por tal razón es importante analizar y poner en práctica los conceptos de autocontrol y autogestión para centrarlo en estos pacientes y así mismo valorar las medidas que se pueden llegar a qué medidas se han estado estableciendo o se pueden llegar a implementar para lograr la participación del paciente en el primer nivel de atención médica.

Dentro del módulo I se analizaron estos conceptos ayudándonos a nosotros como médicos de primer nivel a fomentar e indagar con medidas que podemos llevar a cabo con los pacientes. Por tal razón es importante involucrar al paciente en su bienestar

## **3. Importancia en el cuidado de personas con enfermedades crónico no transmisibles**

El cuidado de una persona con Enfermedades Crónicas no Transmisibles, constituye un gran desafío para el sistema de salud, el que debe satisfacer las necesidades de los afectados otorgándoles una atención más eficiente y

coordinada, para mejorar el control de su enfermedad, disminuir las descompensaciones y mejorar su calidad de vida (19). En esta labor la atención primaria tiene un papel fundamental que cumplir.

A pesar de que las causas biológicas son diversas, los problemas que llegan a causar a los afectados son similares (12). La mayoría de las personas con enfermedades crónicas cualquiera que sea el órgano involucrado, trae como consecuencia dolor, fatiga, insomnio, limitación funcional y estrés emocional.

Debido a las similitudes de los efectos que producen las enfermedades crónicas, las tareas y habilidades que deben aprender los que conviven con ellas, también son similares. Además de superar los problemas físicos y emocionales, la persona con una condición crónica tiene que realizar cambios en su vida diaria (6):

- ✚ Deberá tomar medicamentos
- ✚ Adaptar o cambiar hábitos de alimentación y ejercicio
- ✚ Desarrollar habilidades para resolver problemas que surgen en el transcurso de su enfermedad
- ✚ Manejar síntomas
- ✚ Tomar decisiones acerca de cómo y cuándo utilizar los servicios de salud

A la vez, necesita realizar un esfuerzo sistemático y focalizado para mantener o ajustar sus roles sociales de cónyuge, padre o madre, trabajador u otros y requiere aprender a manejar emociones como la ira, el miedo, la soledad y síntomas depresivos (8).

Considerando que las enfermedades crónicas afectan la salud física, social y emocional, la tarea más importante de todas, es que las personas aprendan a identificar y responder a los efectos de la enfermedad en forma continua y a resolver, día a día, los problemas que se presenten en cualquiera de estas áreas (4). Para lograrlo, requieren el apoyo y estímulo efectivo de equipos de atención primaria bien capacitados.

#### **4. Principios y estrategias en la atención clínica**

El desarrollo de una atención clínica centrada en la persona está inscrito dentro del movimiento programático internacional el cual va dirigido a colocar a la



persona total y su contexto, en el centro de la salud y como meta de los servicios de salud. Dentro de los puntos de las estrategias a valorar se tienen (14):

#### ✚ 4.1 Bases de una medicina y salud centradas en la persona

Como tenemos de conocimiento, el desarrollo de la medicina moderna ha logrado facilitar importantes avances científicos en el sentido de las enfermedades y sus implicaciones para el diagnóstico y tratamiento, así como la continuación de las expectativas de vida (9). Este desarrollo, así mismo, ha favorecido un reduccionismo conceptual, atención amplificada al órgano y a la enfermedad, subespecialidad profesional, fragmentación de la atención clínica, conversión de los actos de servicio en productos vendibles, minimizar la relación médico-paciente y distanciándola de la solidaridad y respeto por la dignidad humana, e interfiriendo con una vocación de servicio a las personas que necesitan ayuda (12). En respuesta a estas limitaciones y desviaciones, ha surgido movimientos los cuales el principal objetivo es que buscan repriorizar a la persona total como centro de la medicina y la salud en consonancia con las raíces más tempranas de la medicina.

#### ✚ 4.2 Compromiso ético, Sensibilidad y respuesta cultural

Se basa en el respeto en la dignidad de la persona, reconocer la autonomía y responsabilidad de la persona en el cuidado de su salud y la Promoción de su proyecto de vida (17). Respetar la Conciencia sobre la diversidad cultural con la que el paciente se identifica, mantener la atención y respeto por las explicaciones culturales del paciente sobre su salud y enfermedad.

#### ✚ 4.3 Atención Individualizada, Educación médica e investigación de salud centradas en la persona

Consideración desde el punto de vista del particular perfil biológico, psicológico y social de la persona con patologías, Consideración de sus factores de riesgo y factores protectores de salud (3), Consideración de su experiencia, valores y preferencias, las alternativas en la atención al desarrollo personal, y no solo de su enfermedad, llegando a Identificar las problemáticas y necesidades de salud de la comunidad.

Estos Principios y estrategias mencionadas son conceptos clave de la medicina centrada en la persona, como para desarrollar estrategias útiles en aplicaciones clínicas prácticas (9), generando una atención clínica informada por la evidencia, la experiencia y los valores, y dirigida a la restauración y promoción de la salud y el bienestar de la persona.

## **5. Autocontrol y automanejo**

El autocontrol de la enfermedad se ha definido de diversas formas y en distinto de los conceptos relacionados, como el autocuidado, la activación del paciente y la atención centrada en el paciente. Grady & Gough (1) han definido el autocontrol “como el control diario de las condiciones crónicas por parte de los individuos durante el curso de una enfermedad”. Según Lorig y Holman (7), para el paciente, el autocontrol implica tres conjuntos de tareas separadas pero relacionadas: el control médico o conductual de la enfermedad, el control del rol y el control emocional.

Bandura (2) ha propuesto que “la autogestión opera a través de un conjunto de sus funciones psicológicas. Las personas tienen que aprender a monitorear su comportamiento de salud y las circunstancias en las que ocurre, y cómo usar metas próximas para motivarse y guiar su comportamiento”.

Además, debido a que el manejo de una condición crónica constituye un esfuerzo basado en problemas, se han descrito seis habilidades de autocontrol: resolución de problemas, toma de decisiones, utilización de recursos, la formación y mantenimiento a largo plazo de una asociación paciente-proveedor, planificación de acción y autogestión (1), los cuales son fundamentales para el autocontrol exitoso de las condiciones crónicas. recomienda que las personas con enfermedades crónicas participen en el autocontrol de la enfermedad como un medio para hacer frente a los problemas y desafíos.

Automanejo se refiere al rol central de la persona en el manejo de su propia salud. De alguna manera el término automanejo indica la participación del paciente en el tratamiento o la educación sobre su condición o enfermedad incluyendo los ámbitos biológico, emocional, psicológico y social (11). El apoyo al automanejo es el proceso de hacer cambios en diferentes niveles del sistema de atención de salud y de la comunidad para facilitar el automanejo del paciente.

Los programas eficaces de automanejo emplean un procedimiento de colaboración entre los pacientes y el equipo de salud para definir los problemas, establecer las prioridades, fijar las metas, crear planes de tratamiento y resolver los problemas sobre la marcha (3). El apoyo al auto manejo puede brindarse de varias formas: Individualmente, en el contexto de una consulta clínica común; mediante un formato grupal en el marco de la atención de la salud; en el formato grupal de acciones comunitarias, o a distancia mediante un teléfono, redes sociales.

Por supuesto, que para todo esto se logre, el paciente debe ser preparado y entrenado por personal de la salud e incluso por especialistas de otras ramas.

## **6. Apoyo al automanejo**

El apoyo al automanejo es la provisión sistemática de intervenciones educativas y de ayuda por parte del equipo de salud, para aumentar las habilidades y la autoconfianza que el paciente requiere para manejar su condición de salud crónica (10). Cada miembro del equipo de salud contribuye a que la persona con una enfermedad crónica realice los cambios necesarios en su vida diaria para prevenir o retardar síntomas, discapacidad y complicaciones. La familia juega un rol fundamental en facilitar este proceso de cambio (5). El apoyo al automanejo se basa en un proceso colaborativo entre pacientes y proveedores de salud para definir problemas, establecer metas y prioridades y crear planes de cuidado (16).

Para que el paciente automaneje su enfermedad se impone educarle, pero no solo con la simple transmisión de información, sino con una instrucción sobre automanejo, al respeto, compromiso, el incremento de la autoeficacia para mejorar los resultados clínicos (14). Así es como el apoyo y la Educación de automanejo han resultado ser efectivas desde el punto de vista económico, pues han demostrado la disminución de hospitalizaciones y reducción de costos por recursos sanitarios.

## **7. Teorías y Mecanismos de Autogestión**

Se explican dos perspectivas teóricas que han dominado la intervención de automanejo de enfermedades crónicas (19):

## ✚ 7.1 Teoría de la autorregulación

Una persona que está motivada para autorregularse por una meta deseada o un resultado conductual. La fuerza de la meta está ligada a un valor que la meta representa para el individuo. Cuanto más importante es el objetivo, más se involucra la persona en la autorregulación (4). El modelo también sugiere que la participación en cualquier acción de manejo de la enfermedad (por ejemplo, cambios de comportamiento como medicamentos, dieta o actividad física) estará influenciada por factores externos, internos y externos. El comportamiento relacionado con la salud de los individuos es esencial para lograr los resultados deseados del tratamiento.

## ✚ 7.2 Teoría cognitiva social.

Es la base de las intervenciones eficaces de autocuidado, esta teoría postula una estructura causal multifacética en la que las creencias de autoeficacia funcionan junto con las metas, las expectativas de resultados (2), las barreras ambientales percibidas y aquellos que ayudan en la regulación de la motivación, el comportamiento y el bienestar humanos.

El concepto de autoeficacia describe la confianza o las acciones de una persona para tomar el control y se considera una vía común por la cual los factores psicosociales influyen en el desempeño de la salud. Por lo tanto, la autoeficacia es una creencia central que subyace a todo proceso fundamental de cambio de comportamiento individual (3): la medida en que las personas imaginan cambiar sus hábitos de salud, si una vez que movilizamos la motivación y la perseverancia necesarias para tener éxito, ¿será capaz de lograrlo? temporalmente. problemas, fracasos y recaídas, y la medida en que una persona es capaz de mantener un nuevo comportamiento.

## **8. Métodos de Intervención**

Existen tres métodos principales que apoyan a los programas de autocontrol de las enfermedades crónicas:

### ✚ 8.1 Reuniones en pequeños grupos

Es un método de intervención para el autocontrol de enfermedades crónico no transmisibles, le cual permite la participación cara a cara entre este grupo de pacientes (11), así como la atención individual, facilitando el apoyo social.

### ✚ 8.2 Nuevas Tecnologías de la salud

Con el avance de las tecnologías y comunicación se puede llevar a promover y promocionar más el autocuidado y autocontrol de las enfermedades crónico no transmisibles, logrando permitir un ambiente dinámico y entendible hacia el paciente (18).

### ✚ 8.3 Material Didáctico

Como tenemos de conociendo parte de los no tienen el acceso a redes sociales, internet que esto lo vemos reflejado más urbanas, por esta razón se buscan estrategias, en su caso como materiales impresos, carteles, folletos, trípticos, formatos que emitan la información precisa y concisa en cuanto al autocuidado que ellos mismos deben de ir generando ante sus enfermedades crónico no transmisibles.

Como se ha mencionado, en el autocontrol (1), los modelos de intervención para su implementación requieren de un fuerte liderazgo de las autoridades y compromiso de los equipos de salud para producir los cambios organizacionales y de rediseño de programas que se requieren para su implementación.

## **9. Autocuidado y su papel en la promoción de la salud**

Cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo. Al cuidar se contribuye a promover a desarrollar aquello que hace vivir a las personas y a los grupos (15). Es así como cuidar representa un conjunto de actos de la vida que tiene por objetivo hacer que esta se mantenga, continúe y se desarrolle.

A través de la historia, la forma de cuidado, de entender su significado, de practicarlo y de asumir, la responsabilidad frente a este, ha sido una construcción cultural materializada en un patrimonio de pláticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos que una cultura tiene alrededor del cuidado (6), en la que la historia, la ciencia y la misma cultura han cumplido un papel muy

importante en su evolución pues han contribuido a la construcción de este patrimonio y han dado dirección al cuidado de la salud y la vida.

Entrando en el campo de la medicina, entre las razones que influyeron en el concepto y prácticas de cuidado y autocuidado se pueden mencionar las siguientes (7): 1) la medicina diseño de un sistema de salud para curar la enfermedad y no para promover la salud, 2) con parcelación que hace el modelo biomédico del cuerpo y sus funciones y la separación entre cuerpo y espíritu, se comenzó a confundir lo que pertenecía a la categoría de los tratamientos, hasta el punto de vista de utilizar los términos cuidar y tratar como sinónimos (5).

### **10. Relación Médico-Paciente en pacientes con Enfermedades Crónicas no transmisibles**

El paciente con una enfermedad crónica debe aprender a conocer su enfermedad y manejar su tratamiento. Para ello, debe adquirir nuevas competencias, no sólo teóricas, sino prácticas, es decir, aplicables a su vida diaria. También es necesario que el paciente haya aceptado su enfermedad, es decir, haya realizado el duelo del yo no enfermo anterior y haya aceptado su diferencia con los demás (8). El tratamiento de los pacientes con una enfermedad crónica requiere por lo tanto una triple competencia: biomédica y terapéutica, pedagógica y psicológica.

La relación cuidador-cuidado en este tratamiento depende de una colaboración entre adultos, aunque la relación no deje de ser asimétrica (19). Esta colaboración representa una ruptura en relación con los dos modelos antiguos: por un lado, el modelo paternalista que infantiliza al paciente y, por otro lado, el modelo objetivante-científico que reduce al paciente a su enfermedad. Sin embargo, este nuevo modelo de colaboración no se puede reducir a un modelo «informativo-explicativo» que transforma al personal sanitario en un técnico que ofrece cuidados y al paciente en un simple consumidor (13). Por el contrario, no debe caer en el relativismo, eliminando la asimetría relacional y admitiendo todas las conductas de riesgo del paciente en nombre del respeto a su autonomía.

## **11. CONCLUSIONES**

El autocuidado va encaminado a modificar las conductas no saludables en saludables, que incluye incrementar el conocimiento, adquirido, habilidades y sobre todo tener motivación para el autocuidado, esto incluye también mejorar el ambiente en el que se desenvuelve la persona.

La enfermedad crónica u el autocuidado no pueden separarse, puesto que el autocuidado representa un elemento fundamental para sobrellevarla. Si bien los cuidados que proporcionan los terceros (personal de salud) son parte esencial, cuando no existe la capacidad de autocuidado adecuada difícilmente se puede mantener un estado óptimo de salud. El autocuidado debe concebirse como una red de acciones que toma el individuo para el mantenimiento de la salud, que pueden ser básicos o complejas.

Para lograr una buena adaptación se debe diseñar estrategias de afrontamiento positivas de acuerdo al contexto en que se encuentre la persona con diagnóstico de enfermedad crónica, siendo estas cambiantes y dependiendo de cada individuo. Es fundamental identificar las estrategias de afrontamiento que se presentan en las personas que tienen algún padecimiento crónico y potenciar las que propician un manejo adecuado para hacer frente a la enfermedad y lo que conlleva para mantener o elevar el nivel de calidad de vida de las personas.

Por otro lado, considero que la participación del equipo de salud también juega un papel fundamental en dicho proceso, es decir la función de instruir, capacitar, orientar hace emerger los talentos y las facultades que estamos seguro que los miembros de la población tienen para desarrollar sus potencialidades.

Los médicos de primera línea deben buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente de las diferentes situaciones de la vida y la salud con lo cual identificar prácticas de autocuidado favorables, desfavorables y promover mediante un proceso educativo de reflexión-acción, un regreso a la práctica para que en conjunto de todos los actores surja la transformación dirigida hacia una atención integral. Lograr que cada uno nos lleguemos a sentir valiosos es una condición indispensable para estimarse y cuidarse, el buen uso de nuestros recursos y capacidades determinan la forma

como enfrentaremos los retos que la vida nos presenta a diario, no cabe la menor duda que tenemos una cuota de poder realizar cambios trascendentes

Los cuidados centrados en la persona son un modelo de cuidados de la salud que se caracteriza por comprender el proceso salud enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial, y promover las decisiones compartidas entre médicos y pacientes (1); Integrar en la atención los aspectos biológicos, emocionales, y contextuales, junto a las expectativas de los pacientes.

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

#### **INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 (SGLT-2) EN COMPARACIÓN CON LOS INHIBIDORES DE LA ENZIMA DIPEPTIDILPEPTIDASA 4 (DPP-4) Y GLT-2 COMO TERAPIA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 REFRACTARIOS A METFORMINA**

##### **Introducción**

La diabetes tipo 2 se encuentra entre las primeras cinco causas de mortalidad en Latinoamérica. En 2021, 13 % de las defunciones en México fue por diabetes (140 729), de acuerdo con las Estadísticas de Defunciones Registradas. De las personas que fallecieron por diabetes, 74.9 % no era insulino dependiente (105 395) y 2.2 % lo era (3 109). En 2021, del total de defunciones por diabetes, 51 % correspondió a hombres (71 330) y 49 % a mujeres (69 396). A nivel nacional, la tasa de mortalidad por diabetes tipo 2 fue de 11.0 por cada 10 mil habitantes. La Organización Mundial de la Salud, en el 2019, calcula que la diabetes en personas mayores de 65 años es de 111 millones y que alcanzará 276 millones para 2045.<sup>1</sup>

El tratamiento inicial consiste en medidas higiénico-dietéticas, actividad física , y posteriormente, en el agregado de un tratamiento farmacológico , dependiendo de los niveles de HbA1c. Desde un punto de vista fisiopatológico, los tratamientos farmacológicos actuales se han centrado en aumentar la disponibilidad de insulina (ya sea a través de la administración directa de insulina oa través de agentes que promueven la secreción de insulina )<sup>2</sup>, mejorar la sensibilidad a la insulina , retrasar la administración y absorción de carbohidratos del tracto gastrointestinal , o bien, aumentar la excreción urinaria de glucosa .

En este informe se destaca la eficacia y seguridad que se tiene con los antihipoglucemiantes específicamente SGLT-2 y DPP-4 en pacientes refractarios a metformina como tratamiento para Diabetes tipo 2.



## **1. Objetivos de la revisión sistemática**

### **1.1 Objetivo General**

El objetivo de la esta revisión sistemática es evaluar la mejor evidencia científica disponible sobre la eficacia y seguridad del uso de SGLT-2, DPP4 Y GLT-2 en pacientes diabéticos tipo 2 refractarios a metformina

### **1.2 Objetivos específicos**

- Evaluar la eficacia de los SGLT-2 (Canagliflozina, empagliflozina y dapagliflozina) ante el tratamiento de Diabetes tipo 2
- GLT-2 en combinación con metformina y/u otros antidiabéticos en pacientes refractarios a metformina.
- Mortalidad y reducción de complicaciones micro y macrovasculares con base al tratamiento inicial.

## **2 Protocolo de la revisión**

### **2.1 Justificación de la revisión**

La diabetes tipo 2 es una enfermedad metabólica que origina complicaciones microvasculares y macrovasculares a nivel de múltiples órganos, se encuentra entre las primeras cinco causas de mortalidad en Latinoamérica.<sup>3</sup> En 2021, 13 % de las defunciones en México fue por diabetes (140 729), de acuerdo con las Estadísticas de Defunciones Registradas. De las personas que fallecieron por diabetes, 74.9 % no era insulín dependiente (105 395) y 2.2 % lo era (3 109). En 2021, del total de defunciones por diabetes, 51 % correspondió a hombres (71 330) y 49 % a mujeres (69 396).<sup>1</sup> A nivel nacional, la tasa de mortalidad por diabetes tipo 2 fue de 11.0 por cada 10 mil habitantes. La Organización Mundial de la Salud, en el 2019, calcula que la diabetes en personas mayores de 65 años es de 111 millones y que alcanzará 276 millones para 2045.<sup>2</sup>

Actualmente se caracteriza clínicamente por la hiperglucemia; así mismo, es una enfermedad endocrina clínica común y una enfermedad crónica avanzada por lo que, representa un compromiso importante de los recursos en el sector salud.<sup>3</sup>

El diagnóstico se establece cuando un paciente presenta síntomas clásicos de hiperglucemia (sed, poliuria, pérdida de peso, visión borrosa) y presenta un valor glucosa en sangre en cualquier momento del día mayor o igual a 200 mg/dL ( $\geq 11.1$  mmol/L).<sup>8</sup> Para el paciente asintomático, el diagnóstico de DM se puede establecer con cualquiera de los siguientes criterios: glucosa plasmática en ayuno  $\geq 126$  mg/dL (7.0 mmol/L), glucosa plasmática a dos horas de la administración de 75 g de glucosa oral  $\geq 200$  mg/dL (11.1 mmol/L), o por un valor de HbA1C  $\geq 6.5$  % (48 mmol/mol).<sup>2</sup>

El tratamiento inicial consiste en medidas higiénico-dietéticas, actividad física, y posteriormente, en el agregado de un tratamiento farmacológico, dependiendo

de los niveles de HbA1c.<sup>1</sup> Desde un punto de vista fisiopatológico, los tratamientos farmacológicos actuales se han centrado en aumentar la disponibilidad de insulina (ya sea a través de la administración directa de insulina o a través de agentes que promueven la secreción de insulina), mejorar la sensibilidad a la insulina, retrasar la administración y absorción de carbohidratos del tracto gastrointestinal, o bien, aumentar la excreción urinaria de glucosa.<sup>7</sup>

La metformina es el agente farmacológico inicial para el tratamiento de la diabetes tipo 2. Otros antidiabéticos alternativos no insulínicos son utilizados cuando no se logran alcanzar los objetivos de tratamiento de hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c) <7% (en terapia doble o triple oral, o en combinación con insulina) o cuando existe contraindicación o intolerancia a la misma (5-15%).<sup>5</sup> En el primer escenario el antidiabético alternativo se indica como adicional a la metformina y en el segundo escenario se indica como monoterapia. Los medicamentos alternativos son las sulfonilureas y las tiazolidinedionas, y actualmente se han incorporado otros antidiabéticos, como los inhibidores de la enzima dipeptidil-peptidasa 4 (DPP4), los análogos del péptido-1 simil glucagón (GLP-1) y los inhibidores del cotransportador-2 de sodio-glucosa (SGLT-2)<sup>6</sup>

## 2.2 Formulación de la pregunta de investigación.

<b>P:</b> Pacientes o problema de interés	Pacientes adultos con Diabetes tipo 2
<b>I:</b> Tipo de intervención principal	Canagliflozina, empagliflozina o dapagliflozina (SGLT-2)
<b>C:</b> La comparación de la intervención con otras similares	Inhibidores de la dipeptidilpeptidasa-4 (DPP-4) y Análogos de GLP-1
<b>O:</b> El tipo de resultado clínico de interés.	Eficacia: mortalidad, reducción de la tasa de complicaciones macro y microvasculares, reducción del nivel de HbA1c, glucemia en ayunas.

SGLT-2: Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 \*DPP-4: Inhibidores de la dipeptidilpeptidasa-4 \*\*GLP-1: Péptido similar al glucagón tipo 1 \*\*\*HbA1C: hemoglobina glucosilada

## 2.3 Extracción y síntesis de datos

Se revisaron los artículos de forma independiente, siendo evaluados a través de listas de cotejo de publicaciones específicas, dependiendo de la naturaleza de cada artículo.

## 2.4 Criterios de inclusión

- Investigación en pacientes adultos con Diabetes Tipo 2
- Título que incluya las palabras metformina, inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 o diabetes mellitus tipo 2
- Artículos de investigación actualizados

## 2.5 Criterios de exclusión

- No mayores de cinco años de antigüedad
- Artículos que no sean de revisión
- Artículos que no reporten una comparación de los inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4
- Pacientes en tratamiento con insulina
- Pacientes con más comorbilidades agregadas

## 3. Ejecución

Se realizó una revisión sistemática de artículos publicados en revistas científicas, y un metaanálisis acumulativo de estudios observacionales que midieron de manera cuantitativa la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con diabetes tipo 2.

La estrategia de la revisión sistemática fue la búsqueda específica para la base de datos MEDLINE/ PubMed, considerando los criterios con el fin de poderse reproducir. La muestra seleccionada fueron 10 artículos, que cumplen los criterios de inclusión.

El proceso de síntesis de la literatura se basó en el modelo de cinco pasos: definición de la pregunta clínica de interés y los criterios de inclusión y exclusión de los estudios, localización y selección de los estudios relevantes, extracción de datos de los estudios primarios, análisis e interpretación de los resultados.

La fecha de búsqueda de información fue hasta el 20 de enero de 2022. Para la búsqueda en Pubmed se utilizó la siguiente estrategia de búsqueda: (Sodium-Glucose Transporter 2[Mesh] OR SGLT2[tiab] OR GlucoseTransporter 2[tiab] OR Canagliflozin[Mesh] OR Canagliflozin\*[tiab] OR Empagliflozin[Supplementary Concept] OR Empagliflozin\*[tiab] OR Synjardy[tiab] OR Dapagliflozin\*[tiab] AND (Diabetes Mellitus[Mesh] OR Diabetes[tiab] OR Diabetic\*[tiab]) Y el siguiente filtro metodológico: (Systematic Review[sb] OR Systematic Review[tiab] OR Meta-Analysis[pt] OR Meta-Analys\*[tiab] OR "Cochrane Database Syst Rev"[ta] OR Metaanalysis[tiab] OR Metanalysis[tiab] OR Sysrev\_Methods[sb] OR Practice Guideline[pt] OR Guideline\*[ti] OR Guide Line\*[tiab] OR Consensus[tiab] OR Recommendation\*[ti] OR Randomized Controlled Trial[pt] OR Technology Assessment, Biomedical[Mesh]

#### 4. Síntesis de datos (resultados)

De la búsqueda de la base de datos se encontraron 60 artículos, de los cuales ninguno se repitió. Posteriormente, se descartaron 25 por tener más de cinco años de antigüedad, restando 35 artículos. Al observar otros criterios de exclusión, se logró eliminar 25 artículos más. Finalmente, se realiza la revisión sistemática con los diez artículos restantes

**Tabla 1 Artículos revisados**

Título	Autores y año	Objetivos y resultados	Conclusiones
Efficacy and safety of sitagliptin treatment in older adults with moderately controlled type 2 diabetes: the STREAM study. <sup>9</sup>	<a href="#">Nagao, Mototsugu</a> ; <a href="#">Sasaki, Junio</a> ; <a href="#">Sugihara, Hitoshi</a> ; Tanimura-Inagaki, 04 de enero de 2022	El tratamiento con sitagliptina mejoró eficazmente el perfil glucémico sin efectos adversos graves en pacientes mayores con DT2 .	El tratamiento con sitagliptina mejoró efectivamente el perfil glucémico sin efectos adversos graves, incluida la hipoglucemia autoinformada, en pacientes mayores con DT2. Por lo tanto, consideramos que la sitagliptina es un candidato ideal para lograr un mejor control glucémico en adultos mayores con DT2 que tienen hiperglucemia persistente bajo las intervenciones actuales en el estilo de vida y los regímenes de medicamentos antidiabéticos sin medicamentos basados en GLP-1.
Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor sitagliptin as monotherapy in patients with type 2 diabetes mellitus <sup>10</sup>	<a href="#">I.Raz</a> , <a href="#">M.Hanefeld</a> , <a href="#">L.Xu</a> , <a href="#">C. Caria</a> , <a href="#">D. Williams-Herman</a> , <a href="#">H. Khatami</a>	El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia y seguridad de sitagliptina (MK-0431) como monoterapia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y control glucémico inadecuado (HbA <sub>1c</sub> ≥7% y ≤10%) con ejercicio y dieta.	El tratamiento con sitagliptina fue bien tolerado y se asoció con una baja tasa de hipoglucemia, que no fue significativamente diferente del placebo, así como con un efecto neutro sobre el peso corporal.
Association Between Use of Sodium-Glucose Cotransporter 2	Zheng SL, Roddick AJ, Aghar-Jaffar R, et al. 2018	Comparar las eficacias de los inhibidores de SGLT-2, los agonistas de GLP-1 y los inhibidores de DPP-4 sobre	En este metanálisis en red, el uso de inhibidores de SGLT-2 o agonistas de GLP-1 se asoció con

<p>Inhibitors, Glucagon-like Peptide 1 Agonists, and Dipeptidyl Peptidase 4 Inhibitors With All-Cause Mortality in Patients With Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-analysis. <sup>11</sup></p>		<p>la mortalidad y los criterios de valoración cardiovasculares mediante un metanálisis en red.</p>	<p>una mortalidad más baja que los inhibidores de DPP-4 o placebo o ningún tratamiento. El uso de inhibidores de la DPP-4 no se asoció con una mortalidad más baja que el placebo o la ausencia de tratamiento.</p>
<p>Liraglutide Versus SGLT-2 Inhibitors in People with Type 2 Diabetes: A Network Meta-Analysis <sup>12</sup></p>	<p>Lorenzi M, Ploug UJ, Langer J, Skovgaard R, Zoratti M, Jansen J. Diciembre 2019</p>	<p>evaluar la eficacia relativa, utilizando un metanálisis en red (NMA), de la intensificación del tratamiento con liraglutida e inhibidores de SGLT-2 en personas con DM2 que han sido tratadas con metformina (sola o en combinación con SU, DPP-4 y TZD). ).</p>	<p>En comparación con los inhibidores de SGLT-2, la liraglutida ofrece una mejora en HbA1c y FPG. Es probable que las reducciones de peso sean comparables entre liraglutida y SGLT-2. La liraglutida no se diferenció de los SGLT-2 en cuanto al riesgo de hipoglucemia. Dada la falta de pruebas comparativas, este análisis proporciona información valiosa sobre los resultados comparativos de liraglutida frente a los inhibidores de SGLT-2.</p>
<p>Effect of antihyperglycemic agents added to metformin and a sulfonylurea on glycemic control and weight gain in type 2 diabetes: a network meta-analysis. <sup>13</sup></p>	<p>Gross JL, Kramer CK, Leitão CB, Hawkins N, Viana LV, Schaan BD, Pinto LC. Mayo 2017</p>	<p>Comparar la eficacia de fármacos antihiperoglucémicos complementarios en pacientes con diabetes tipo 2 que no se controla con metformina y una sulfonilurea.</p>	<p>o existe una diferencia clara en el beneficio entre las clases de fármacos cuando se agrega un tercer agente al tratamiento de pacientes con diabetes tipo 2 que ya reciben metformina y una sulfonilurea. La opción más adecuada debe depender de las características clínicas de cada paciente.</p>
<p>Efficacy and safety of canagliflozin in</p>	<p>Wilding JP, Charpentier G, Hollander P, González-</p>	<p>La canagliflozina es un inhibidor del cotransportador de sodio y glucosa 2</p>	<p>La canagliflozina mejoró el control glucémico, redujo el peso corporal y,</p>

patients with type 2 diabetes mellitus inadequately controlled with metformin and sulphonylurea: a randomised trial <sup>14</sup>	Gálvez G, Mathieu C, Vercruysse F, Usiskin K, Law G, Black S, Canovatchel W, Meininger G. Octubre 2018	desarrollado para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Este estudio de fase 3, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, evaluó la eficacia y seguridad de canagliflozina como complemento de metformina más sulfonilurea en pacientes con DM2.	en general, fue bien tolerada en pacientes con DM2 tratados con metformina más sulfonilurea durante 52 semanas.
Empagliflozin as add-on to pioglitazone with or without metformin improves glycemic control in patients with type 2 diabetes (T2DM) <sup>15</sup>	Kovacs, C., Seshiah, V., Swallow, R., Jones, R., Rattunde, H., Woerle, HJ y Broedl, UC julio de 2019	Este estudio investigó la eficacia y la tolerabilidad de la empagliflozina como complemento de pioglitazona ± metformina en pacientes con diabetes tipo 2	Empagliflozina 10 mg y 25 mg una vez al día durante 24 semanas como complemento de pioglitazona ± metformina redujeron la HbA1c, la GPA y el peso y fueron bien tolerados en pacientes con DM2.
Canagliflozin compared with sitagliptin for patients with type 2 diabetes who do not have adequate glycemic control with metformin plus sulfonilurea: a 52-week randomized trial. <sup>16</sup>	Scherthaner G, Gross JL, Rosenstock J, Guarisco M, Fu M, Yee J, Kawaguchi M, Canovatchel W, Meininger G. Septiembre 2019	Evaluar la eficacia y seguridad de canagliflozina, un inhibidor del cotransportador de sodio y glucosa 2, en comparación con sitagliptina en sujetos con diabetes tipo 2 inadecuadamente controlada con metformina más sulfonilurea.	los hallazgos sugieren que la canagliflozina puede ser una nueva herramienta terapéutica que proporciona una mejoría en el control glucémico y la reducción del peso corporal que la sitagliptina, pero con un aumento de las infecciones genitales en sujetos con diabetes tipo 2 que usan metformina más sulfonilurea.
Cost-Effectiveness of Canagliflozin versus Sitagliptin as Add-on to Metformin in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Mexico <sup>17</sup>	Neslusan C, Teschemaker A, Johansen P, Willis M, Valencia-Mendoza A Junio 2020	Evaluar el costo-efectividad de canagliflozina versus sitagliptina para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) como complemento de metformina en México.	n México, es probable que ambas dosis de canagliflozina sean rentables frente a sitagliptina en pacientes con DM2 que tienen un control inadecuado de la glucosa con metformina, principalmente debido a un mejor control de biomarcadores
Benefits of dipeptidyl peptidase-4	Hernández González K, Navarro Aparicio L, Agosto 2022	analizar objetivamente la evidencia disponible acerca de la efectividad de los	Hay que resaltar que la eficacia como monoterapia es

<p>inhibitors against other oral hypoglycemic agents <sup>18</sup></p>		<p>inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 en comparación con otros hipoglucemiantes orales usados con mayor frecuencia para mejorar y estandarizar el manejo de la población con T2DM</p>	<p>significativamente menor que la terapia dual con metformina e iDPP-4, habitualmente sitagliptina. Por ello, la recomendación es que se tome como tratamiento de base por su alta tolerancia, seguridad y prevención en otros cambios sistémicos, como ECV, fibrilación auricular, infecciones micóticas, hipercolesterolemia, entre otras.</p>
--	--	---	---

## 5 Recomendaciones

Dentro del uso de inhibidores de SGLT-2.13 Se deben de evaluar los efectos adversos renales en pacientes diabéticos tipo 2.

En meta-análisis en red en el que evaluaron GLT-2 en combinación con metformina y/u otros antidiabéticos en pacientes refractarios a metformina, el objetivo fue comparar la eficacia y seguridad de los inhibidores SGLT-2 versus liraglutide,<sup>10</sup> Se compararon distintas dosis de liraglutide, canagliflozina y empagliflozina Ambas dosis de liraglutide fueron superiores a los inhibidores SGLT-2 en cuanto al cambio en HbA1c.<sup>13</sup>

En cuanto a los SGLT-1 en intolerancia a la metformina no se han reportado mayor numero de insidencias en cuanto a mortalidad en el uso de las primeras, sino ayudan en monoterapia de manera inicial cuando se tiene intolerancia a la metformina, mejorando el nivel glicémico <sup>14</sup>,la disminución de peso y evitando daños micro vasculares de manera inmediata en comparación si se suspende directamente algún otro hipoglucemiante. <sup>10</sup> Se recomienda dentro de la literatura seguir realizando estudios de los principales efectos adversos que produce la metformina y durante qué tiempo se presentan y medidas farmacológicas se pueden emplear e higiénico dietéticas, haciendo conciencia en los mismos pacientes de no suspender completamente el tratamiento hipoglucémico establecido sino acudir con el personal de salud para mantener sus metas de control en cuanto a niveles glucémicos.<sup>16</sup>

## 6. Conclusiones

Evidencia de alta calidad muestra que el uso de canagliflozina, empagliflozina o dapagliflozina (SGLT-2) en combinación con otros antidiabéticos, en pacientes con alto riesgo cardiovascular y refractarios a metformina disminuye la mortalidad global y cardiovascular en comparación con placebo o con inhibidores de la enzima dipeptidil-peptidasa 4 (DPP-4), y sin diferencias en comparación con los análogos del péptido-1 simil glucagón (GLP-1). Los SGLT-2 reducen la

hemoglobina glicosilada en forma similar a la mayoría de los antidiabéticos, aunque levemente menor que los GLP-1. Las SGLT-2 se asocian también a un discreto descenso de peso corporal que podría impactar en una mejora en la calidad de vida. En cuanto a la seguridad, los SGLT-2 presentan menos eventos adversos serios que los DPP-4 y GLP-1, con un discreto aumento en infecciones genitales leves y, en el caso de canagliflozina, un probable aumento en eventos adversos renales. Evidencia de moderada calidad sugiere que los SGLT-2 como monoterapia en pacientes con contraindicación o intolerancia a metformina reducirían levemente la hemoglobina glicosilada en comparación con sulfonilureas, tiazolidinedionas y algunas drogas del grupo DPP-4. Las guías de práctica clínica relevadas mencionan las SGLT-2 dentro de las opciones terapéuticas, tanto en diabetes refractaria o como monoterapia cuando existe contraindicación para recibir metformina. Sugieren que la indicación de uno u otro antidiabético debe hacerse en forma individualizada según múltiples factores.

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

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

1. Número total de pacientes registrados (preexistentes y de nuevo ingreso) en Redcap durante el año de servicio social febrero 2022- Enero 2023

Población	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Población Activa	32	86.48%
Población no Activa	15	13.52%
TOTAL	37	100

RedCap Plataforma digital Secretaria de Salud Febrero 2022- Enero 2023

En la tabla 1.1 se muestra la cantidad de pacientes los cuales hasta el momento del servicio se encuentran activos y los cuales se perdió su seguimiento de cada uno de ellos.



**Tabla 1.2 Distribución de población colocada como no activa de acuerdo a motivos de esta condición.**

Población no Activos	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Fallecimiento	2	26.67
Cambio de CS	5	33.33
Cambio de Médico	6	40
TOTAL	15	100%

RedCap Plataforma digital Secretaria de Salud febrero 2022- Enero 2023

En el anterior cuadro se tiene como población no activa más notable a la del cambio de medico con un 40%, esto debido a que cada que se tiene un cambio de pasantes, los pacientes son distribuidos a otros consultorios y se pierde el seguimiento de los mismos.

## 2. Información demográfica

### 2.1 Distribución de pacientes atendidos durante el año de servicio social por sexo

Población	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Masculino		42.40%
Femenino	18	57.60%
TOTAL	32	100%

RedCap Plataforma digital Secretaria de Salud Febrero 2022- Enero 2023

En la Tabla 2.1 se tiene una mayor población de pacientes del sexo femenino con un 57.60%, teniendo que este grupo son las que tienen un mejor cuidado en su salud y control de enfermedades.

### 2.2 Distribución de pacientes atendidos durante el año de servicio social por grupos decenales de edad

Grupo de Edad	Femenino	%	Masculino	%
	0		0	0
41-50	6	19.20%	0	0
51-60	7	22.40%	1	3.02%
61-70	2	6.40%	5	15.14%
71-80	1	3.20%	7	21.20%
81-90	2	6.40%	1	3.02%
TOTAL	18	57.60%	14	42.40%

RedCap Plataforma digital Secretaria de Salud Febrero 2022- Enero 2023

En la tabla 2.2 se muestra por grupo de edad y sexo el número de pacientes que se tuvieron durante el periodo Febrero 2022- enero 2023, teniendo un número significativo de un 22.40% en el sexo femenino de edad entre 51-60 años, teniendo en este rango de edad donde las personas se llegan a preocupar ya por su estado de salud y acuden a su control médico. mientras que en el sexo masculino un 21.20% entre los 71-80 años de edad.

### 3. Motivos de atención

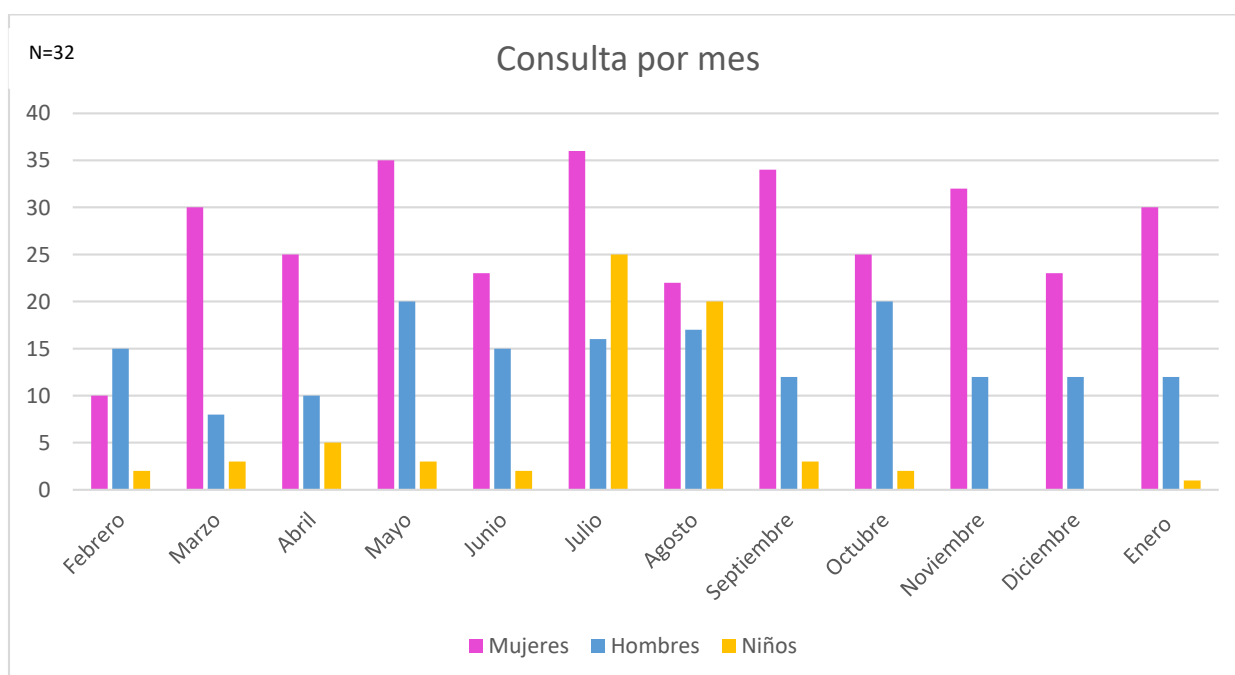
#### Número de consultas totales (en el año):

Tiempo	N° Consultas	%
Febrero 2022		
Enero 2023	900	100%

RedCap Plataforma digital Secretaria de Salud Febrero 2022- Enero 2023

Dentro de las consultas dadas en el servicio social se tuvieron un total de 850, contando aquellos pacientes que fueron de manera subsecuente, de primera vez y las consultas que se dieron de medicina general englobando embarazadas, niños, certificados médicos, entre otras.

#### Por mes



RedCap Plataforma digital Secretaria de Salud Febrero 2022- Enero 2023

En la siguiente grafica que comprende al año de servicio social se tienen los pacientes vistos por cada mes, teniendo durante el mes de febrero pocos pacientes que acudían a la consulta por motivos de que los pacientes del programa los movieron a otros consultorios, posteriormente con el paso de los meses las consultas fueron aumentando y se fueron agregando pacientes, durante el mes de julio y Agosto se tuvo aumento en la consulta en cuanto a

niños debido a la solicitud de certificados médicos, el resto de los meses se logró mantener las consultas subsecuentes.

### Primera vez y subsecuentes (de seguimiento)



RedCap Plataforma digital Secretaria de Salud Febrero 2022- Enero 2023

Para la integración de pacientes del programa del modelo innovador, se tuvieron un total de 10, los cuales fueron de primera vez y se les dio de alta en la plataforma digital de redcap, mientras de los pacientes que ya llevan antigüedad, fueron 32 los que era de manera subsecuente y acudían a sus citas mensuales.

### Por grupos de edad y sexo

Grupo de Edad	Femenino	%	Masculino	%
	0	0	0	0
41-50	6	19.20%	0	0
51-60	7	22.40%	1	3.02%
61-70	2	6.40%	5	15.14%
71-80	1	3.20%	7	21.20%
81-90	2	6.40%	1	3.02%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>57.60%</b>	<b>14</b>	<b>42.40%</b>

RedCap Plataforma digital Secretaria de Salud Febrero 2022- Enero 2023

En esta tabla se describe por edad y sexo el número de pacientes totales que se integraron al programa, los cuales acudían de manera mensual a sus citas programadas, teniendo una mayor población en cuanto al sexo femenino y predominando la edad entre los 51-60 años de edad.

### 3. Morbilidad atendida

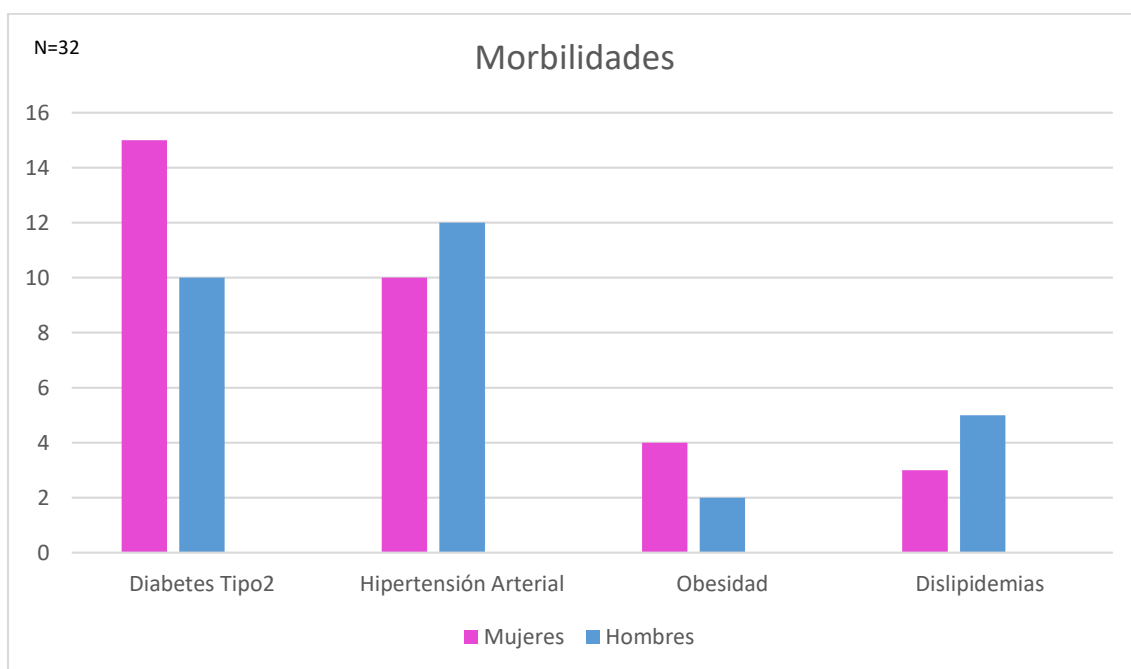
#### Población atendida por diagnóstico

Comorbilidad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Diabetes Tipo 2	15	46.87%
HAS	10	31.25%
Obesidad	5	15.62%
Dislipidemias	2	6.26%
TOTAL	32	100 %

RedCap Plataforma digital Secretaria de Salud Febrero 2022- Enero 2023

En esta tabla se describe la población atendida por diagnóstico teniendo como relevancia en enfermedad crónica en primer lugar a la Diabetes Tipo 2 con un 48.87% en comparación en último predominio a dislipidemias con un 6.26%. Como población latinoamericana es un factor de riesgo llegar a tener Diabetes y lo vemos reflejado en las estadísticas actuales.

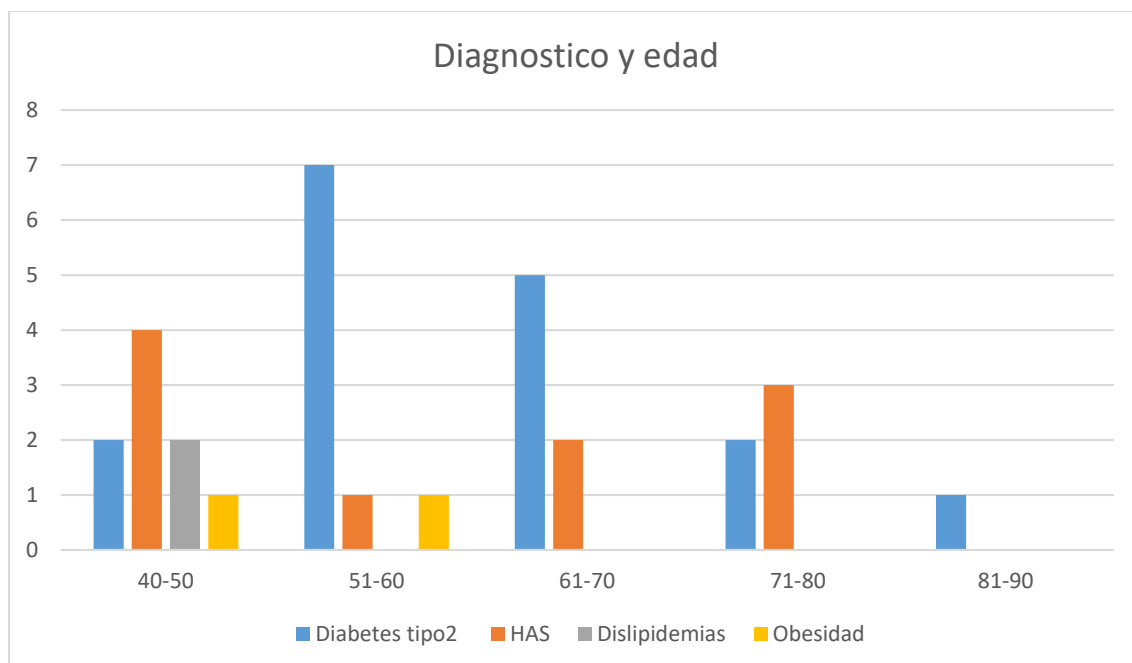
#### Población atendida por diagnóstico y sexo



RedCap Plataforma digital Secretaria de Salud Febrero 2022- Enero 2023

En la siguiente gráfica se tiene a la población atendida por diagnóstico teniendo mayor incidencia en la enfermedad de Diabetes Tipo 2 y predominando en el sexo femenino con un 47% en comparación con el sexo masculino, mientras que la Hipertensión Arterial predomina el sexo masculino con un 43% de la población en general.

## Población atendida por diagnóstico y grupos de edad



RedCap Plataforma digital Secretaria de Salud Febrero 2022- Enero 2023

En la siguiente grafica se tiene a la población de pacientes atendidas por enfermedades crónicas y por grupo de edad, siendo notable Diabetes Tipo 2 en el rango de edad de 51-60 y 61-70 años de edad, mientras que la Hipertensión Arterial es predominante en el rango de edad de 40 a 50 años.

## Población atendida con diagnóstico de obesidad y alguna otra enfermedad crónica cardiometabólica

Obesidad +	Femenino	%	Masculino	%
HAS	2	6.25%	2	6.25%
Diabetes Tipo2	4	14.5%	1	3.25%
Dislipidemias	1	3.25%	0	0
Sx Metabólico	0	0	0	0
TOTAL	7	23.8%	3	9.3%

RedCap Plataforma digital Secretaria de Salud Febrero 2022- Enero 2023

En la siguiente tabla se muestra el número de pacientes que padecen Obesidad junto con otra enfermedad agregada dentro de este padecimiento, teniendo en un 14.5 en cuanto al sexo femenino agregada a la obesidad la Diabetes y en un 6.25% a la Hipertensión Arterial sistémica en el sexo masculino.

### **Población atendida con diagnóstico de diabetes mellitus tipos 2 y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad)**

<b>Diabetes Tipo2 +</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	
HAS		4	14.5%	2	6.25%
Dislipidemias		0	0	0	0
Sx Metabólico		0	0	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>4</b>	<b>14.5%</b>	<b>2</b>	<b>6.25%</b>

RedCap Plataforma digital Secretaria de Salud Febrero 2022- Enero 2023

En la población atendida con Diabetes agregada otra enfermedad tenemos en un 14.5% a la hipertensión arterial sistémica predominando en el sexo femenino siendo la comorbilidad reflejada dentro de las demás.

### **Población atendida con diagnóstico de hipertensión arterial y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad)**

<b>HAS+</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	
Diabetes Tipo2		4	14.5%	2	6.25%
Dislipidemias		2	6.25%	1	3.25%
Sx Metabólico		0	0	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>6</b>	<b>20.75%</b>	<b>3</b>	<b>9.5%</b>

RedCap Plataforma digital Secretaria de Salud Febrero 2022- Enero 2023

En la anterior tabla se muestra a la población atendida con diagnóstico de hipertensión agregada a otra comorbilidad, reflejando en un 20.75% a la Diabetes Tipo 2 en ambos sexos mientras que en comparación con Dislipidemias tenemos un 9.5% siendo menos de la mitad que la Diabetes.

### **Población atendida con diagnóstico de dislipidemia y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad)**

<b>Dislipidemias</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	
Diabetes Tipo2		0	0	0	0
HAS		2	6.25%	1	3.25%
Sx Metabólico		0	0	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>2</b>	<b>6.25%</b>	<b>3</b>	<b>3.25%</b>

RedCap Plataforma digital Secretaria de Salud Febrero 2022- Enero 2023

Dentro de los pacientes atendidos con diagnóstico de Dislipidemias agregada a otra comorbilidad, en un 9.5% predomina la hipertensión arterial sistémica como enfermedad agregada en ambos sexos.

## Población atendida con más de dos diagnósticos

Enfermedad	Femenino	%	Masculino	%
Diabetes Tipo2/ HAS/Dislipidemias	1	3.25%	1	3.25%
HAS/Diabetes Tipo 2/ Neuropatía Diabética	4	12.5%	6	18.75%
Diabetes Tipo 2/ ERC/HAS	2	6.25%	3	9.37%
Obesidad/HAS/ Dislipidemias	1	3.25%	1	3.25%
Diabetes Tipo 2/ HAS/ Hiperplasia Prostática	0	0	5	15.62%
Diabetes Tipo 2/HAS/Insuficiencia venosa periférica	1	3.25%	3	9.37%
TOTAL	9	22.25%	19	59.61%

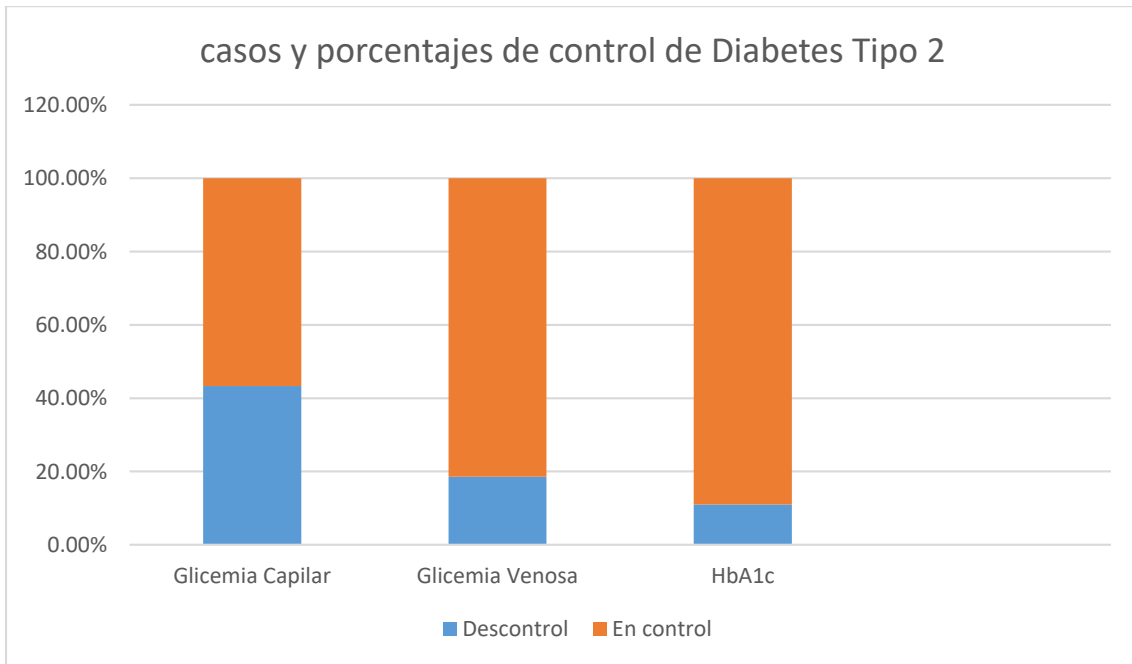
RedCap Plataforma digital Secretaria de Salud Febrero 2022- Enero 2023

En esta tabla se muestra la población atendida con más de 2 comorbilidades durante el periodo de febrero 2022- enero 2023, en las cuales se englobaron las más importantes y que se fueron presentando durante este año, las cuales en un 31.75% la hipertensión arterial sistémica, Diabetes tipo 2 y neuropatía diabética son las 3 enfermedades que en conjunto se presentan en ambos sexos, seguido de un 15.62% en Diabetes tipo2, HAS e Hiperplasia prostática en el sexo femenino y en el mismo porcentaje a la Hipertensión, Diabetes y enfermedad renal crónica, tomando en consideración que con el paso del tiempo, este último puede llegar a aumentarse por las complicaciones de enfermedades de base.

## 5. Resultados de control de enfermedad crónica

### Casos y porcentajes de control de diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo a glicemia y HbA1c.

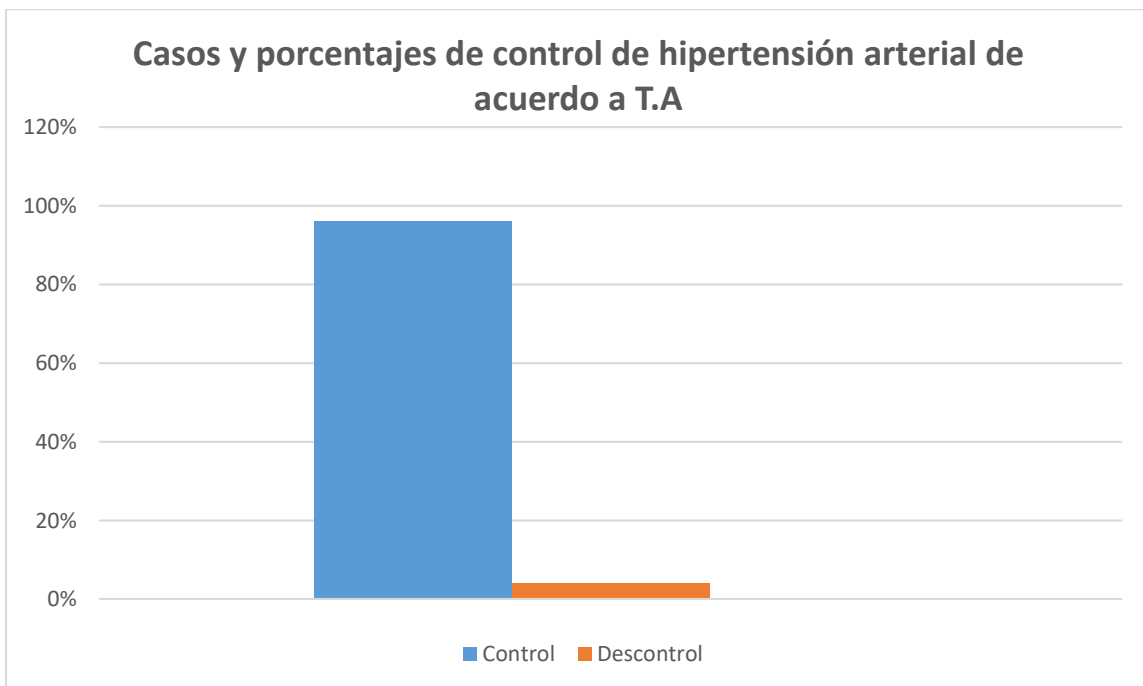
De los 32 pacientes, se tienen 32 registros de glicemia capilar, con resultados menores de 130 mg/dl en 24 de ellos, dando un 56.7% de pacientes en control con este parámetro. Con glicemia venosa no se obtiene registro para cada paciente debido a la dificultad que se presenta de tener estudios de laboratorio para cada uno de ellos y sobre todo que sean recientes, por lo que se contó con 15 registros, de los cuales 11 muestran cifras menores de 130 mg/dl, dando un 81.4% de control con este parámetro. Con la HbA1c se obtienen 32 registros de los cuales 28 se encuentran en cifras menores de 7% obteniendo un porcentaje de 89% en control. Ningún paciente presentó cifras de hipoglucemia en sus últimos registros de glicemia capilar, tampoco en cifras de glicemia venosa.



RedCap Plataforma digital Secretaria de Salud Febrero 2022- Enero 2023

### Casos y porcentajes de control de hipertensión arterial de acuerdo a T.A.

De los 28 pacientes con hipertensión arterial sistémica, 25 cuentan con cifras de 130/80 mg/dl o menores. Se tomó esta cifra teniendo en cuenta sus comorbilidades como diabetes, dislipidemias y obesidad. El 94% de los pacientes se encuentran dentro de las cifras de control. Ninguno de los pacientes presentó cifras de hipotensión arterial durante el último registro de TA.

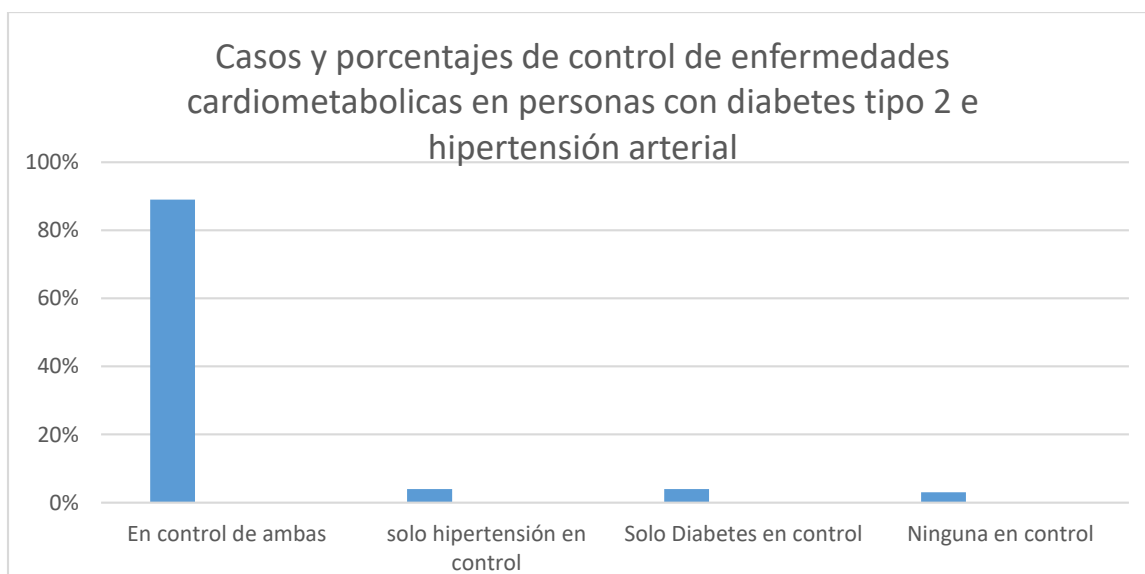


RedCap Plataforma digital Secretaria de Salud Febrero 2022- Enero 2023



### **Casos y porcentajes de control de enfermedades cardiometabólicas en personas con dos diagnósticos (Diabetes tipo 2 e hipertensión Arterial sistémica)**

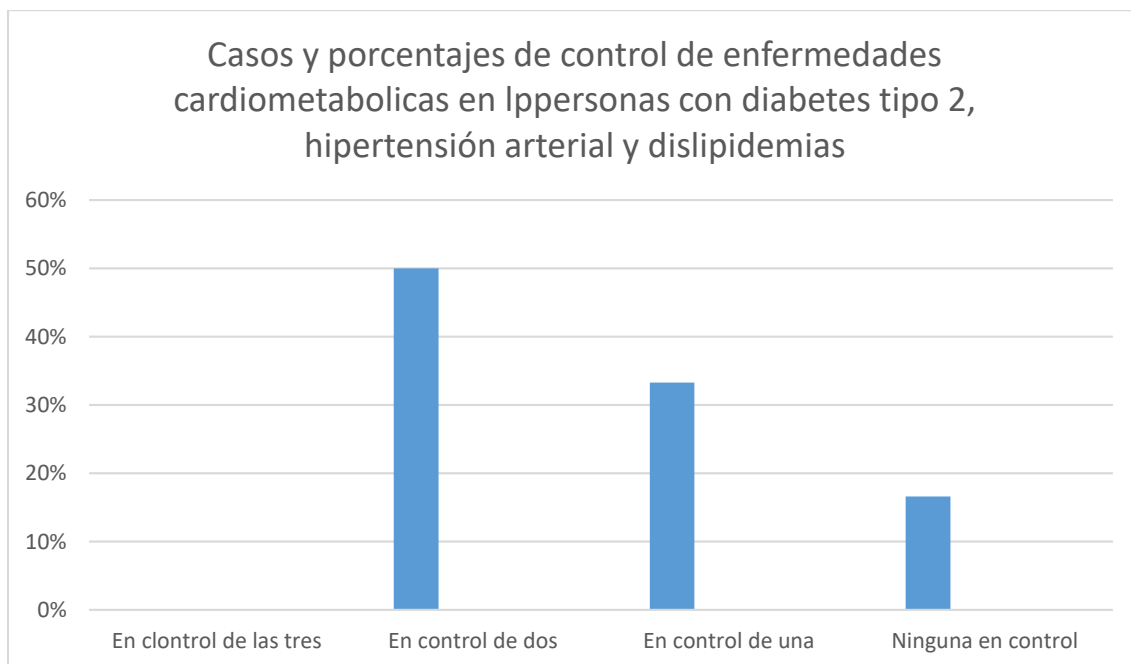
El número de personas con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial son 25, de las que 19 se encuentran en control de ambas enfermedades, representan un 89%. Son 2 las personas que solo tienen su control la hipertensión representando un 4%, se obtienen los mismos resultados para las personas que solo presentan control de la diabetes. Una persona representando un 3% no está en control de ninguna enfermedad.



RedCap Plataforma digital Secretaria de Salud Febrero 2022- Enero 2023

### **Casos y porcentajes de control de enfermedades cardiometabólicas en personas con Diabetes tipo 2 e hipertensión Arterial sistémica y dislipidemias**

Se presentan 12 casos de los cuales ninguno está en control de las 3 enfermedades, en control de 2 enfermedades se encuentran 6 pacientes, representando un 50%. En control de una enfermedad se tienen 4 personas, con el 33.3% y 2 personas no están en control de ninguna de las tres enfermedades, representando un 16.6%, de forma específica, 8 pacientes se encuentran en control de la hipertensión arterial, 5 en control de diabetes y 3 en control de dislipidemia. Para obtener estos resultados se tuvo que considerar la glucosa en ayuno menos a 130 mg/dl, la tensión arterial igual o menor a 130/80 mm/hg y cifras de colesterol menores a 200 mg/dl, así como triglicéridos menores a 150 mg/dl.



RedCap Plataforma digital Secretaria de Salud Febrero 2022- Enero 2023

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

En este módulo, se presentaron casos clínicos de pacientes pertenecientes al proyecto. El objetivo era poner en práctica el enfoque centrado en la persona, no en la enfermedad que esta padece, como suele hacerse en la práctica médica convencional.

Como se mencionó en el apartado del Diplomado de este trabajo final, en estos casos clínicos se tomó en cuenta a la persona vista como un todo. Teniendo en cuenta su entorno, su red de apoyo, las facilidades y dificultades que se presentan, el tratamiento farmacológico que tiene, su examen clínico, las acciones dirigidas que se han realizado específicamente para el tratamiento de esa persona, su evolución a lo largo del tiempo, el sentir de la persona respecto a su salud y a su enfermedad, sus expectativas, ideas, sentimientos, metas, necesidades y capacidades, así como el trabajo en conjunto con el equipo de salud para lograr sus metas y superar sus problemas y finalmente por qué elegimos a ese paciente.

Inicialmente, algún compañero presentaba el caso clínico y no se hacían interrupciones. Al final de la presentación, revisábamos en grupo cada diapositiva y en caso de tener alguna duda o comentarios hacia la intervención. También se evaluaba el tratamiento farmacológico, porque se eligió determinado medicamento, alternativas que se dan en las guías de práctica clínica como primera alternativa o segunda opción, justificando con la bibliografía más reciente, como ha sido la evolución de la persona, si se han necesitado ajustes de dosis o cambio por algún otro, las posibilidades de llevar a cabo el tratamiento y si en algún momento se solicitaba al apoyo de otro servidor de la salud para llevar el control de la enfermedad.

Dentro de estos casos clínicos se fueron derivando temas que eran de suma importancia para el autocontrol, autocuidado de las personas que viven con enfermedades crónico degenerativas y alternativas que podíamos llevar a cabo en la consulta, por esta razón se fueron fomentando los conocimientos durante el diplomado, viendo temas que apoyaran el adecuado cuidado de la persona.

#### **4. Conclusiones.**

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

Dentro del programa que se llevó a cabo realizar en el servicio social, fue una gran experiencia ya que se tenía el contacto con las personas y sus citas tenían el objetivo de llevar el control de sus comorbilidades. En este aspecto, es importante que este grupo de personas lleve un buen control, que sus estudios sean periódicamente, evitando así complicaciones en poco tiempo y enfatizando la importancia de llevar el tratamiento farmacológico y medidas alternativas como una buena alimentación y actividad física, que estos 3 llevan de la mano para un control de las enfermedades de base.

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

Los pacientes vistos en el programa de atención, siempre mostraron interés en acudir a sus citas programadas ya sea de manera mensual o cada 15 días dependiendo el caso. Se comprometían en llevar a cabo el tratamiento y en buscar alternativas higienicodietéticas para su control, tomando conciencia de las complicaciones que podían llevar a tener si no tenían un buen control de sus enfermedades crónico degenerativas.

En cada consulta se valoraba la forma nutricional, el tratamiento empleado, problemas que pudieran llegar a tener tanto en lo personal, familiar para brindarles el apoyo con los demás servicios de salud que el centro de salud nos podía ofrecer de primera línea y en dado caso que se llegara a requerir un nivel más avanzado, se buscaba el apoyo de especialistas derivándolos a hospitales para su control de enfermedades que se iban a gregando.

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

Dentro de las ventajas que se tienen con este modelo, es el seguimiento que se tiene mes con mes de los pacientes, el ver si llevan a cabo su control, si el tratamiento está siendo benéfico, si dentro de los estudios de laboratorio se iban teniendo alteraciones y desde ese punto ofrecerles el tratamiento y cuidados que debían ir teniendo, también otro punto importante es el que los mismos pacientes

se han ido acostumbrando a llevar el monitoreo mismo de sus comorbilidades, en chequeo de glicemias capilares y tensiones arteriales, llevan a cabo su bitácora de las mismas, esto ayudándonos a nosotros mismos ver si dentro de ese periodo se tuvo alguna alteración, cuantas veces se llegó a presentar, motivos por los cuales se tuvieron.

Dentro de la desventaja, considerando que en varias clínicas no se contaban con reactivos para laboratorios, sería importante buscar alternativas que nos apoyen a tener mediciones de glicemia capilar, lípidos, colesterol, herramientas que nos faciliten el control y seguimiento de los pacientes o en caso que se tengan, brindar ese apoyo a los pasantes que llevan a cabo este modelo.

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

Los pacientes que forman parte del programa y aquellos que no quisieron incorporarse por motivos propios, pero que acudían a sus citas programadas, siempre se sintieron en un ambiente de confianza, mes con mes acudían con sus bitácoras de glicemias capilares, tensiones arteriales y con la mejor disposición de seguir con un buen control de sus comorbilidades.

En sus citas externaban siempre sus dudas y cuando se detectaba alguna enfermedad agregada y requerían de ser valorados por un segundo nivel, siempre tuvieron esa iniciativa de seguir con sus cuidados.

Al principio por ser cambio de médico, en lo personal me costó volver a reunir una parte de los pacientes del programa debido a que se habían mandado a los pacientes a otros consultorios y el integrarme con ellos se tuvo que ganar ese ambiente de confianza y respeto, pero conforme ambas partes nos fuimos desarrollando, se tomó esa confianza, la cual ellos mismos solo querían tener sus citas con la pasante del modelo de crónicos ya que su seguimiento y conocimiento de sus padecimientos eran conocidos por ella y el cambiarlos a otro consultorio por parte de archivo no era bien visto por ellos.

Cuando alguna persona de primera vez acudía por alguna enfermedad crónica, era pasada inmediatamente al consultorio y se le daba el seguimiento conforme lo fuera requiriendo, llegando en cada uno de los pacientes su control y que cada uno lograra comprometerse en cuanto a sus enfermedades crónicas degenerativas, teniendo en cuenta las complicaciones que se podían llegar a generar si ellos no tenían un control de las mismas.

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

Debemos de brindarles la mejor atención a los pacientes, claro está que se debe de ser un equipo para lograr los objetivos y lo que tengamos en nuestras manos

siempre se lo brindaremos a los pacientes, pues bien, lo dice el juramento hipocrático; velar con el máximo respeto por la vida humana.

En lo que se vive en el internado es completamente diferente a las experiencias que se tienen en el servicio social, es este último ya tenemos más forjados nuestros conocimientos, ya con la practica adquirida en el internado los ponemos en práctica están en contacto directo y de primer nivel con los pacientes.

Vemos la consulta general desde el control del niño sano, control prenatal, crónicos y otros grupos de pacientes que acuden a consulta médica con el mismo fin de lograr una estabilidad en cuanto a su salud.

Por ellos es importante seguir dia a dia preparándonos para tener las herramientas y conocimientos necesarios como médicos, generar ese ambiente de confianza, respeto y sencillez en la relación médico-paciente.

## 5. Referencias bibliográficas

### 3 Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica

1. Allegrante JP. Advancing the science of behavioral self-management of chronic disease: the arc of a research trajectory. *Health Educ. Behav.* 2018; 45(8):6–13
2. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ. Behav.* 2004; 31(6):143–64.
3. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions. *Patient Educ. Couns.* 2002;48(15):177–87.
4. Clark NM, Gong M, Kaciroti N. A model of self-regulation for control of chronic disease. *Health Educ. Behav.* 2014; 41(12):499–508.
5. Del Mónaco, R. (2013). Autocuidado, adherencia e incertidumbre: tratamientos biomédicos y experiencias de pacientes en el dolor crónico de la migraña. *Salud colectiva.* 9(1), 65-78.
6. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Joint Commission journal on quality and safety.* 2003; 29(11):563–74
7. Gorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann. Behav. Med.* 2003. 26(16):1–7.
8. Grimaldi A. Relación médico-paciente en la enfermedad crónica. Elsevier, 2020; 24(4):1-6.
9. Kennedy A, Bower P, Reeves D, Blakeman T, Bowen R, Chew-Graham C, et al. Implementation of self management support for long term conditions in routine primary care settings: cluster randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal.* 2013; 346:f2882
10. Leroyer C, Universite. Helping patients help themselves: A systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. *PLoS ONE.* 2019;14(8):1-29.
11. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann. Behav. Med.* 2003;26(8):1–7
12. Macri M, Lemus J, Rubinstein A. Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. *OPS.*2017; 25(9):25-145.
13. Marin, G. La relación médica/paciente en el abordaje de padecimientos crónicos. La construcción del paciente y del tratamiento de la enfermedad en el ejercicio de la práctica médica. *UNLP.* 2018;46(8):1-18.
14. Mezzich E, Perales A. Atención clínica centrada en la persona: principios y estrategias. *Redalyc.*2016: 33(4);1-8.
15. McWilliam CL. Patients, persons or partners? Involving those with chronic disease in their care. *Chronic illness.* 2009; 5(4):277–92.
16. Mohler R, Kopke S, Meyer G. Criteria for Reporting the Development and Evaluation of Complex Interventions in healthcare: revised guideline (CReDECI 2). *Trials.* 2015; 16:204
17. O'Connell S, Mc Carthy VJC, Savage E. Frameworks for self-management support for chronic disease: a cross-country comparative document analysis. *BMC Health Services Research.* 2018; 18 (1):583.
18. Oldenburg B, Taylor CB, O'Neil A, Cocker F, Cameron LD. Using new technologies to improve the prevention and management of chronic conditions in populations. *Annu. Rev. Public Health,* 2015: 36(23):483– 505.
19. Tho'rarinsdo'ttir K, Kristja'nsson K. Patients' perspectives on person-centred participation in healthcare: A framework analysis. *Nursing Ethics.* 2014; 21(2):129–47.

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

<sup>1</sup>NEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas, 2021

<sup>2</sup>American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes Care*. 2021. 44(Suppl 1). p.15-33.

<sup>3</sup> Pérez F. Epidemiología y Fisiopatología de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev Med Clin Condes*. 2009; 20(5):565-71.

<sup>4</sup> Rankovic M, Jeremic N, Srejavic I, Radonjic K, Stojanovic A, Glisic M, *et al*. Dipeptidyl peptidase-4 inhibitors as new tools for cardioprotection. *Heart Fail Rev*. 2021; 26(2):437-50.

<sup>5</sup> Bailey CJ. Metformin: historical overview. *Diabetologia*. 2017. Vol. 60; p. 1566-76.

<sup>6</sup> Nauck MA, Quast DR, Wefers J, Meier JJ. GLP-1 receptor agonists in the treatment of type 2 diabetes. State of the art. *Mol Metab*. 2021; 46:101-102.

<sup>7</sup> Brown E, Heerspink HJL, Cuthbertson DJ, Wilding JPH. SGLT2 inhibitors and GLP-1 receptor agonists: established and emerging indications. *Lancet*. 2021; 398(10296):262-76.

<sup>8</sup> Ahrén B, Masmiquel L, Kumar H, Sargin M, Karsbøl JD, Jacobsen SH, *et al*. Efficacy and safety of once-weekly semaglutide versus once-daily sitagliptin as an add-on to metformin, thiazolidinediones, or both, in patients with type 2 diabetes (SUSTAIN 2): a 56-week, double-blind, phase 3a, randomised trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2017; 5(5):341-54.

<sup>9</sup> Nagao, M., Sasaki, J., Sugihara, H. *et al*. Efficacy and safety of sitagliptin treatment in older adults with moderately controlled type 2 diabetes: the STREAM study. *Sci Rep* **13**, 134 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-27301-9>

<sup>10</sup> Raz, I., Hanefeld, M., Xu, L. *et al*. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor sitagliptin as monotherapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetologia* **49**, 2564–2571 (2006). <https://doi.org/10.1007/s00125-006-0416-z>

<sup>11</sup> Zheng SL, Roddick AJ, Aghar-Jaffar R, Shun-Shin MJ, Francis D, Oliver N, Meeran K. Association Between Use of Sodium-Glucose Cotransporter 2 Inhibitors, Glucagon-like Peptide 1 Agonists, and Dipeptidyl Peptidase 4 Inhibitors With All-Cause Mortality in Patients With Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2018 Apr 17;319(15):1580-1591. doi: 10.1001/jama.2018.3024.

<sup>12</sup>Lorenzi M, Ploug UJ, Langer J, Skovgaard R, Zoratti M, Jansen J. Liraglutide Versus SGLT-2 Inhibitors in People with Type 2 Diabetes: A Network Meta-Analysis. *Diabetes Ther*. 2019 Feb;8(1):85-99. doi: 10.1007/s13300-016-0217-4. Epub 2016 Dec 19. PMID: 27995594; PMCID: PMC5306116.

---

- <sup>13</sup> Gross JL, Kramer CK, Leitão CB, Hawkins N, Viana LV, Schaan BD, Pinto LC, Rodrigues TC, Azevedo MJ; Diabetes and Endocrinology Meta-analysis Group (DEMA). Effect of antihyperglycemic agents added to metformin and a sulfonylurea on glycemic control and weight gain in type 2 diabetes: a network meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2018 May 17;154(10):672-9. doi: 10.7326/0003-4819-154-10-201105170-00007
- <sup>14</sup> Wilding JP, Charpentier G, Hollander P, González-Gálvez G, Mathieu C, Vercruyse F, Usiskin K, Law G, Black S, Canovatchel W, Meininger G. Efficacy and safety of canagliflozin in patients with type 2 diabetes mellitus inadequately controlled with metformin and sulphonylurea: a randomised trial. *Int J Clin Pract.* 2019 Dec;67(12):1267-82. doi: 10.1111/ijcp.
- <sup>15</sup> Kovacs CS, Seshiah V, Merker L, Christiansen AV, Roux F, Salsali A, Kim G, Stella P, Woerle HJ, Broedl UC; EMPA-REG EXTEND™ PIO investigators. Empagliflozin as Add-on Therapy to Pioglitazone With or Without Metformin in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *Clin Ther.* 2019 Aug;37(8):1773-88.e1.
- <sup>16</sup> Schernthaner G, Gross JL, Rosenstock J, Guarisco M, Fu M, Yee J, Kawaguchi M, Canovatchel W, Meininger G. Canagliflozin compared with sitagliptin for patients with type 2 diabetes who do not have adequate glycemic control with metformin plus sulfonylurea: a 52-week randomized trial. *Diabetes Care.* 2020 Sep;36(9):2508-15.
- <sup>17</sup> Neslusan C, Teschemaker A, Johansen P, Willis M, Valencia-Mendoza A, Puig A. Cost-Effectiveness of Canagliflozin versus Sitagliptin as Add-on to Metformin in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Mexico. *Value Health Reg Issues.* 2015 Dec;8:8-19. doi: 10.1016.
- <sup>18</sup> Hernández González K, Navarro Aparicio L, Benefits of dipeptidyl peptidase-4 inhibitors against other oral hypoglycemic agents, *luxmedica*, Mayo 2021; 17:102-115.

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

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

RedCap Plataforma digital Secretaria de Salud Febrero 2022- Enero 2023

---



## ANEXOS



4to encuentro de pacientes



Clase impartida a internos



Campaña prevención de Ca de mama



Exposición de temas en CS



Feria de la salud



Toma de Papanicolaou



Feria de la Salud Tlalpan



Consulta en CS Jose Castro Villagrana



Pasantes e internos en CS



4to encuentro de pacientes



Sesiones Generales en CS



Consulta con paciente del programa



Campaña Antirrábica



Pasantes CS José Castro villagrana



Campaña Antirrábica