

Universidad Autónoma Metropolitana

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Licenciatura en Medicina

Proyecto

Implementación del Modelo de atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto

Un enfoque de Capacidades.

Integración del aprendizaje de un modelo optimizado en pacientes con enfermedades crónico- degenerativas

MPSS Rodríguez Ávalos Edna Dánica

Matrícula: 2162027672

Promoción febrero 2022 – enero 2023

Dr. Víctor Ríos Cortázar

Asesor Interno

Dra. Alejandra Gasca García

Asesora Externa

Fecha de entrega

27/enero/2023

Presentación

En el presente trabajo se desarrolla el manejo que se llevó a cabo en el año del servicio social tanto en el diplomado titulado “Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la ciudad de México. Un enfoque de capacidades”, así como en el CST – III San Francisco Tlaltenco, perteneciente a la jurisdicción de Tláhuac, donde realicé la última parte de la carrera de Medicina. Esto con el propósito de plasmar lo trabajado a lo largo del año y de los cuatro módulos que integraron el diplomado, además de dar cumplimiento al proyecto.

El presente escrito se compone de las siguientes partes:

En principio explicaré el desglose de los módulos con forme fueron llevándose a cabo a lo largo de las sesiones que se daban los viernes en línea o presenciales. Cómo se fueron relacionando con las actividades que llevamos en cada sección con su respectivo fin, cuál fue la dinámica de trabajo, el ensayo acerca del enfoque de capacidades; la revisión sistemática para conocer los métodos y recursos con los que disponemos para el acompañamiento clínico.

Además, se presentará una serie de estadísticas con los datos obtenidos por el control de enfermedades de las personas atendidas a lo largo del servicio social y que ejemplifican la incidencia y prevalencia de las personas, las enfermedades y sus controles.

Otra sección con la que trabajamos fueron los casos clínicos en los cuales desarrollamos soluciones con apoyo de profesionales de la salud con más experiencia y que solucionaron muchas dudas acerca del manejo con las dificultades que se vive en un microambiente. Ejemplificando los casos de la vida cotidiana que vivimos como centro de salud, como pasantes y como personas.

Concluyendo así con las percepciones acerca de lo que significó la formación profesional de pregrado, la participación en SEDESA, el diplomado y lo que aspira el porvenir.

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

La estructura y los componentes del modelo expandido del proyecto consistieron en tres subsistemas:

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

Las actividades realizadas dentro del modelo consistieron en la realización de lecturas en las cuales enfatizaban las teorías de comportamiento saludable. Desarrollando las capacidades del paciente, principalmente la autoeficacia.

La participación de los pacientes en salud y cuidado de salud puede ser caracterizado de diferentes modos: comportamiento, acción, activación, autonomía, empoderamiento y competencias.

Con esto hacemos consciencia del enfoque activando las propias acciones a favor de sus propias metas. Reforzar la capacidad de los pacientes a ser libres de la toma de decisiones de su cuidado siempre tomando en cuenta los determinantes internos y externos.

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

Donde se desarrollaron los temas para la realización de una revisión sistemática en ciencias de la salud haciendo una identificación exhaustiva de toda la literatura, evaluando su calidad y sintetizando cualitativamente los resultados. Con esto se realizó una búsqueda bibliográfica amplia con todos los recursos eléctricos disponibles.

Desarrollando una pregunta PICOS que guiaría la investigación, la elaboración de un protocolo de revisión; búsqueda bibliográfica específica; selección de artículos; evaluación de la calidad de los estudios; extracción de la información; por último, el análisis y síntesis de resultados.

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

Donde se lleva una recolección de los datos demográficos que se generaron a lo largo del año con las consultas llevadas a cabo en el centro de salud con los pacientes del módulo de crónicos.

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

En este módulo se presentaron casos clínicos de los cuales surgieron muchas dudas de manejo, además de temas derivados y abordados en las sesiones posteriores.

Durante las sesiones hubo especialistas que apoyaron a la toma de decisiones en el manejo de cada uno de los 4 casos presentados. Cada caso fue presentado dentro de un grupo de participantes, de los cuales fueron hechas el primer grupo de preguntas y que posteriormente se acotaron las preguntas más relevantes.

Cabe resaltar que se realizó el encuentro de pacientes en el centro de salud, donde todos los puntos anteriores se llevaron a cabo permitiendo que los pacientes desarrollaran junto con nosotros sus capacidades individuales.

El diplomado

Incorporado al proyecto, el diplomado formó parte importante durante todo el año. Las sesiones fueron programadas en el transcurso del año, los viernes. Por situación de la pandemia, las sesiones conjuntas (donde compartimos ambas promociones) fueron en línea. Mientras que las sesiones divididas por promociones se llevaban a cabo de manera presencial en distintas sedes para cumplir los requisitos de sanidad.

En cada sesión se abordaron distintos puntos donde preparábamos y ensayábamos para el encuentro de pacientes.

Acudían expertos en otras áreas donde exponían temas afines.

Se nos presentó una película donde se hacía presente la narrativa de una persona y que permitió sensibilizar el papel de cada uno ante una enfermedad.

Debatimos casos clínicos.

Nos autoevaluamos ante temas que nos correspondía dominar ante el manejo de las patologías propias de las enfermedades crónico-degenerativas.

Discutimos lecturas acerca de lo que se trataba la atención centrada en la persona y con eso formamos un criterio, resignificando la atención tradicional que se lleva con las personas con enfermedades.

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

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la carrera se enseña que la relación médico-paciente es el corazón de la medicina, idealmente basada en la empatía entre ambas partes. A lo largo del diplomado se ha enfatizado la importancia de la conversación con nuestro receptor, el paciente. Esta conversación si se basa en el empoderamiento, reflexión, respeto, comprensión del contexto, reforzamiento de atributos, por mencionar algunas, abre a la posibilidad a un tratamiento médico integral. Con lo cual se llegará al aseguramiento del desarrollo de capacidades para el autocuidado y la autonomía del paciente, siendo una prestación de servicios de salud exitosa.

Sin embargo, no se ha llevado así debido a una generación de médicos que continúan dando un seguimiento de enfermedades no con una relación de horizontalidad, si no con prácticas diferentes, olvidando así la autonomía del paciente. Un modelo, el cual no genera equidad de negociación entre el médico y el paciente.

Es importante comprender las variables que han modificado los sistemas de atención de salud, exigiéndoles prioritariamente productividad y rentabilidad, lo que hace que el médico se vuelva más mecánico y menos sensible, cayendo en un modelo racional científicista¹.

En este ensayo recolecto los conceptos que, a lo largo de las sesiones del diplomado, me resonaron más. Esto porque se me amplía el panorama de diversas influencias que afectan el acto médico. Aquellos con los cuales quise adentrarme para reforzarlos, comprenderlos, interiorizarlos y aun mejor, verlos reflejados en mi práctica profesional ya que, en todo momento se me ha permitido acceso a la intimidad de mis pacientes con el propósito de devolverle la salud o informar acerca de su enfermedad.

OBJETIVOS

El objetivo de este ensayo es clarificar conceptos que se asocian con la relación médico paciente y la comprensión de los modelos de atención.

Son los objetivos específicos:

Definir los tipos de relación médico-paciente con fundamento bibliográfico.

Definir los enfoques de atención a la salud.

Identificar las limitantes del enfoque humanista.

Comprender el contexto en el cual se fueron desarrollando las relaciones médico-paciente.

Por último, reflexionar cuales son las limitantes en la práctica diaria que genera el currículum oculto.

“Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre”

Hipócrates

JUSTIFICACIÓN

Es valioso el trabajo que presento debido a que genero una mejor comprensión del surgimiento y contexto que merece el modelo de atención centrada en la persona.

En los enfoques distintos al humanista se puntúa la pérdida de la capacidad axiológica (entendiéndose esta como la naturaleza de los valores o lo que se considera valioso) al estar bombardeados de información científica y tecnología, lo que ha generado en la enseñanza y en la práctica médica se desarrollen en nuevos modelos como el “paternalista”, “oligárquica” y “autónomo”, por lo que se analiza en el contexto no solo desde el ejercicio profesional o la formación desde que se es estudiante pasando por la implementación del acto médico y el establecimiento de la relación médico-paciente, sino que también comprendiendo el porqué de todos ellos en un contexto incluso histórico-social.

En la búsqueda de la mejor atención al paciente se han desarrollado nuevas herramientas que permiten la formación basada en principios holísticos, es decir, ver al paciente como a un todo o de una forma integral y no centrada en la enfermedad.

Para esto se analizan conceptos como la relación médico-paciente, enfoques de atención a la salud, principalmente el humanista, sus implicaciones en la medicina y limitantes. El presente ensayo es producto de la revisión documental sobre el acto médico maleficente como el acto basado en la atención centrada en la persona.

DESARROLLO

Sintetizando se pueden distinguir los siguientes modelos de relación médico-paciente^{2,4}:

- Paternalista

Haciendo referencia a un padre que anula la preferencia del infante de forma intencional justificándose por el fin de hacerle un bien o evitarle el daño. Pero ¿cuál es la consecuencia de esto en la relación médico-paciente? Implica una disminución de la autoconfianza del paciente y a su vez genera un aumento de las expectativas y exigencias, ya que esperará que el médico elija lo mejor para él. El problema se hace visible cuando el profesional de la salud no cumple con éstas y causa una desconfianza, disminuyendo la posibilidad del adecuado seguimiento al tratamiento. El médico ha de decidir en lugar del paciente, a pesar del paciente y por el bien del paciente.

¿Esto en qué papel pone al paciente? Una persona sumisa, confiada y pasiva; sin cuestionar nada, mucho menos generar una conversación.

En un fragmento en el juramento hipocrático³ menciona: “Haré uso del régimen dietético para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender: del daño y la injusticia le preservaré”. Hace alusión a lo que el médico debe hacer por el paciente (no por nada se le llama Modelo Hipocrático al modelo paternalista también), sin embargo, no menciona al paciente, no lo toma en cuenta. Da por

hecho que así lo hará y como menciono arriba se decide por el paciente (me atrevería a escribir incluso “a pesar del paciente”).

Lo más impresionante para mi es que esto se nos enseña desde los primeros días de la carrera y como mencionaré más adelante, pasará a ser parte de un currículum oculto y es desde ahí donde se establece una relación vertical de “ordena -cumple”.

Es válido mencionar que se debe aceptar paternalismo como un beneficio para el paciente solo en ciertas situaciones. El ejemplo es cuando el paciente está en riesgo de un daño prevenible; como en pacientes psiquiátricos. Ya que se presupone que el médico, es quien más sabe sobre la enfermedad del paciente.

En general se entiende que lo mejor es que no intervenga en la toma de decisiones, debido a la ignorancia sobre su caso. Desapareciendo la autonomía del paciente y sobreentendiendo que la opinión del paciente es superflua. Sus opiniones no cuentan y, peor aún, no cuenta lo que está detrás de esas opiniones: sus pensamientos, motivaciones, lo que es importante para él, sus temores y frustraciones.

- Autónoma

También llamada democrática. Es apenas hace casi 50 años cuando en 1973 se registra la “rebelión de los pacientes”. Un registro histórico en el cual la Asociación Americana de Hospitales aprobó la primera Carta de Derechos del Paciente², que supone el reconocimiento oficial del derecho del enfermo a recibir una completa información sobre su situación clínica y a decidir entre las opciones posibles.

Esto fue un gran logro, sin embargo, adentrando un poco más en el contexto histórico fue una época en la que se desarrolló la diálisis renal, unidades de cuidado intensivo, técnicas de soporte vital, trasplantes, entre otras. Estas nuevas áreas destinadas a pacientes muy graves (por mencionar que era finales de siglo veinte, donde a veces en condiciones precarias como las que aún veo en algunos hospitales, incluso en la ciudad de México), muchos médicos compartían la decisión con sus propios pacientes para la realización de estos procedimientos. Puedo imaginar la gran carga de responsabilidad que se llevaban los médicos en esos

momentos para decidir a quién si y a quién no se le realizara. Sumamente era mucha presión. Y viceversa, a los pacientes, por supuesto que les interesaba saber si tenían una oportunidad para vivir. Sumamente trascendental para ambas partes. A partir de este momento, deja de ser pasivo, para convertirse en agente y sume su condición de adulto responsable.

El tema ahora es que la decisión se basa en un sistema de valores o esquema de creencias, lo que implica que hay que conocer la voluntad del agente y, como lo mencionamos en las clases, hay que preguntarle si tiene la misma idea del bien que tenemos nosotros. Logrando así la horizontalización.

Por ejemplo, el paciente con cáncer que no quiere conocer acerca de su enfermedad por aumentar la ansiedad al saber de esta. O la mujer primípara que desea conocer y devorar toda la información que le sea conferida acerca de un embarazo. Son completamente válidos y respetables.

Es una vez que refuerzo lo mencionado y comprendo por qué se insiste en recordar el principio de no maleficencia, el de justicia y el de beneficencia. De ahí la autonomía que no tomar las decisiones que puedan ser tomadas por mis pacientes, sino informarles para que ellos mismos decidan con la mayor herramienta posible y que esté a su entendimiento. Se le ofrece, más no se le impone...de ahí una reflexión más, la responsabilidad propia de un continuo aprendizaje.

Si bien, quise centrarme más en los primeros dos tipos de relación médico-paciente, anexare de manera breve otro tipo de relaciones que encontré en la búsqueda bibliográfica y que merecen ser mencionadas.

- Oligárquica⁵

Proviene de la metáfora política que hace alusión al poder que está en manos de unas pocas personas pertenecientes a una clase social privilegiada, en este caso, personal médico. Al igual que la paternalista es una relación vertical, pues el paciente sigue estando sometido a decisiones que se toman sobre él. La diferencia está en que ahora ya no es un sólo médico quien toma la decisión por él, sino todo un equipo: especialistas, asistentes médicos, enfermería, etc. Sin llegar ni siquiera

a la comprensión del paciente, volviéndolo una vez más, un ente pasivo. La ventaja de este modelo es que las opiniones de especialistas son más variables y contrastan unas con otras.

- Tecnológico

En este modelo se enaltece la biología y medicina. Ni siquiera se ve al paciente, se ve un conjunto de órganos, tejidos, huesos, nervios, etc. y no una persona íntegra, razonable ni autónoma. La clave es la enfermedad o psicopatología. La persona resulta hasta irrelevante. Los datos que pueda generar son los que valen. Se vuelve casi innecesaria e inútil la presencia del sujeto⁵.

- Comercial

Esta es una relación comercio-consumidor. Como en algún momento comento algún doctor “primero pasa la tarjeta antes que el paciente”. No cabe duda de que la autonomía del paciente se impone ante el juicio médico. El médico proporciona todos los detalles posibles y el paciente toma las decisiones mientras sea un buen negocio. Por el conflicto de intereses de por medio, difícilmente se aplica la bioética médica ya que se invierte costo-beneficio a beneficio-costos⁵.

HUMANISMO

Debido a que la atención centrada en la persona se apoya de la corriente de pensamiento del humanismo, reconociendo limitantes, es que haré mención acerca de lo que trata y cómo se relaciona con la medicina actual.

Término utilizado desde el siglo XVI en Italia, pero acuñado por el erudito alemán F. J. Niethammer (1808), para referirse a los que se consagraban a los *studia humanitatis*. Para fines de este ensayo, conviene citar el humanus como persona culta y virtuosa, es decir lo que significa ser esencial y auténticamente humano⁶.

Fue una corriente donde se orientó al utópico pensamiento de la autonomía del hombre y de su pensamiento.

Martin Heidegger⁶ postula que se entiende por humanismo en general el empeño destinado a que el hombre esté en libertad de asumir su humanidad, y en ello encuentre su dignidad y la realización plena de la realidad humana, de lo que han

entendido como verdadera vida humana, enfrentándose con los obstáculos y amenazas que en cada momento impedían una vida buena. La conciencia de estar de formar parte de la unidad del género humano, y la creencia en la perfectibilidad del hombre en virtud de sus propios esfuerzos. Cree en el hombre y lo defiende sobre todas las cosas. De ahí que todo lo demás deba ponerse a su servicio, pues de lo contrario el hombre queda como un simple objeto causando una sensación de menospreciado. El *hombre es fin*, digno de respeto en todas las relaciones que configuran su vida individual, comunitaria y social, en las relaciones familiares, políticas, económicas y educativas. Emanan un reconocimiento recíproco de los hombres en su dignidad. Este es el sentido esencial de todo humanismo: poner al hombre como centro axiológico del cosmos, como raíz y finalidad de todas las relaciones que se establezcan con la naturaleza y con los demás hombres en el progreso de la humanidad⁷.

Limitantes del humanismo

El humanismo y la medicina generan la confusión de dos áreas del conocimiento que deben mantenerse independientes, porque corresponden a dos planos conceptuales distintos. Más aun, en ocasiones se puede confundir con el concepto *humanitarismo*.

La visión del humanismo en el ámbito de la salud consideraba al médico como el profesional que cultivaba las ciencias que enriquecen el espíritu (artes, literatura y pintura)⁸.

El respeto a la autonomía del paciente, guiándolo a que sea él, o ella, quien tome una “decisión informada”, se convierte muchas veces en una tortura. No es igual elegir realizar un viaje a tomar la decisión de autorizar una cirugía de cráneo abierto. Las decisiones conjuntas en el entendimiento puro del humanismo pueden toparse con el temor o la ansiedad de los pacientes.

“...no hay peor forma de mutilación espiritual de un médico que la falta de cultura humanística. Quien carezca de ella podrá ser un gran técnico en su oficio, podrá

ser un sabio en su ciencia; pero en lo demás no pasará de un bárbaro, ayuno de lo que da la comprensión humana y de lo que fija los valores del mundo moral.”

«... la raíz del humanismo actual debe ser el conocimiento de las lenguas vivas. A través de ellas podremos asomarnos al pensamiento de razas y países que no son los nuestros y beber la información de las fuentes mismas... Siendo una aspiración eterna, la cultura no es una cosa universal y estática, sino que cambia y se modela según el tiempo y el lugar. De aquí que el conocimiento de la historia sea un requisito esencial del humanismo contemporáneo, historia amplia, de los pueblos, de la civilización y de los pensamientos del hombre”.

Ignacio Chávez (1958)⁸.

CURRÍCULUM OCULTO

“No todo lo que se enseña durante la formación médica se captura en catálogos de cursos, programas de estudios, conferencias, notas y folletos... De hecho, gran parte de lo que se enseña, y la mayor parte de lo que se aprende, en la escuela de medicina no se lleva a cabo dentro de las ofertas de cursos formales, sino dentro del "currículum oculto" de la medicina.”

Frederic Hafferty, PhD (1998)¹¹

Desde iniciada la carrera no pasa mucho tiempo para darse cuenta de la exigencia académica. La demandante atención que requiere el estudio y esto genera un cambio en el pensamiento, acciones y con esto, el estilo de vida. No olvido la carga de trabajo impresionante en el internado cuando cumplir era una requisito que podía costar el descanso, la comida e incluso la libración del hospital para retirar al hogar. Recuerdo haber atendido hasta 150 personas en la sala de urgencia en una guardia únicamente acompañada de otra compañera. La carga de trabajo era impresionante. Menciono esto porque recientemente se acuñó un tema conocido como el Síndrome De Desgaste Profesional (SDP) (burnout)¹⁰, el cual puede considerarse como un factor para la deshumanización en general, pero más específicamente del médico. Está descrito como una sensación de agotamiento, decepción, pérdida de interés y eficacia por la actividad académica y por ende en

su labor profesional. No es coincidencia que esta profesión sea considerado un factor de riesgo para suicidios o patologías psiquiátricas.

Resulta de consecuencias negativas como agotamiento excesivo, autopercepción de incompetencia y desencadenando a un cinismo donde ya se adopta una actitud descarada, despreocupada, distanciada, incluso de apatía. Algunos autores lo mencionan incluso como un mecanismo de adaptación¹¹. Remontado a la premisa de un modelo de aprendizaje basado en la burla, el maltrato y la deshumanización. Recuerdo también una guardia donde sufrí tanto hostigamiento por parte de unas residentes por no haber podido tomar con éxito una muestra y que no me dejaron salir del hospital hasta después de 36 horas. Sin comer, sin bañarme, sin descansar. Lo peor fue cuando al mencionar a mi coordinador del servicio que fuera mediador de esta injusticia, me respondió: *Más vale que te vayas acostumbrando. Se pone peor con forme aumenta la jerarquía. Además, ese es problema hormonal. De mujeres. Tú mejor que yo lo entiendes.*

Situaciones como esta existieron muchísimas y peores, causando una sensación de angustia frente a una amenaza, la pérdida de la sensación de protección, el estar ante un peligro; en ese momento la persona deja de ser como sí misma y se transforma en la imagen que algún otro tiene de ella, incluso de manera automática.

De esto se desprende el concepto del currículum oculto, que es lo que se aprende explícitamente y lo que se aprende con vivencias; hay disonancias en los ideales con la realidad, sobrecarga emocional derivada del contacto con el sufrimiento de pacientes en situaciones difíciles.

A este respecto se han descrito dos modelos¹¹ para explicar cómo los estudiantes de medicina se vuelven cínicos:

1. Modelo de transmisión intergeneracional

Según el cual el comportamiento es transmitido a los estudiantes y residentes por los docentes quienes son a su vez cínicos y abusivos

2. Modelo de identidad profesional

En el que el cinismo se considera un subproducto temporal de los aspectos más inquietantes y abusivos de la educación médica, que corresponde con la lucha para desarrollar una identidad profesional mientras sobrevive a los demandantes desafíos académicos y clínicos en un ambiente hostil.

Me parece una analogía interesante pensar que el paciente es al médico como la enseñanza de los profesores es al estudiante y se pueden plantear exactamente los mismos atributos que se han venido enseñando a lo largo de las sesiones. Una relación donde se doten de herramientas cognitivas, emocionales, habilidades y actitudes para poder afrontar los retos de la práctica médica.

CONCLUSIONES

Qué importante es la concepción del ser humano con la que trabajemos en la relación médico-paciente. Sólo así se concebirá como una alianza en la que el paciente deposita su confianza en el médico. Sostenerla es una fuerte meta en la práctica médica, ya que es a través de esta relación que se efectúa la curación.

Esta se realiza mucho mejor cuando se unen la ciencia de la medicina junto con las capacidades de un agente. Tomando siempre en cuenta elementos racionales como espirituales, que no son nada ajenos al ser humano y todos tendríamos la capacidad de desarrollarlos.

Además, la importancia de generar no solo con un conocimiento científico de calidad, sino también poder transmitir confianza y de cultivar valores y aptitudes.

Hay que anteponer el interés del paciente sobre el personal, hay que desarrollar habilidades comunicativas.

En el modelo de atención centrada en la persona se respeta integralmente al ser humano. No como un modelo paternalista que deja a un lado la autonomía del paciente ni bajo un modelo consumista, que comercian con el dolor y el sufrimiento humanos o un modelo tecnológico que ignora los factores psicológicos y espirituales.

También concluyo que hay que ofrecer a los pacientes la oportunidad de participar en la toma de decisiones médicas compartiendo la responsabilidad y compromiso activo. No presionar a los pacientes para que decidan cierto tratamiento, ya que

podrían tener consecuencias no tan favorables. No enseñar como en algunas ocasiones se nos enseñó, con maltrato, patanería y poca empatía. Sobre todo, es crucial el asegurarse de que la información deje satisfechas las necesidades. Por lo que concluyo que, PARA EMPODERAR Y REFORZAR EL AUTOCUIDADO Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE, HAY QUE EMPODERARSE Y REFORZAR EL AUTOCUIDADO Y LA AUTONOMÍA PROPIA.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beca P. Bioética clínica. Rev Med Chile. 2012; 140: 1508-1509
2. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales Sis San Navar 2006.;29(3):7-17.
3. CONAMED [Internet]. Juramento Hipocrático. [Citado 18/072022]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/hipocratico.pdf
4. Rodríguez-Osorio CA, Dominguez-Cherit G. Medical decision making: paternalism versus patient-centered. Curr Opin Crit Care. 2008;14(6):708-13.
5. Rodríguez Guerro A. Modelos de la relación médicopaciente: reflejo de la deshumanización de la salud. Ars Med. 2006;12(12):95-106.
6. Rodríguez E. ¿Qué es el humanismo? Problemática de la formación humanística Análisis. Rev Colom Hum, 2008; 78:89-104.
7. Sultan O, Waytz A. Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. Perspect Psychol Sci. 2012;7 (2): 176-86.
8. Pérez Tamayo R. Humanismo y Medicina. Rev Fac Med. 2010;53(6):38-43.
9. Ávila-Morales, J. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional Iatreia. 2007; 30(2):216-229
10. Cañas-Fernández JL. De la deshumanización a la rehumanización (El reto de volver a ser persona). Pensam Cult. 2010 Jun;13(1):67-79.
11. Gaufberg EH, Batalden M, Sands R, Bell SK. The hidden curriculum: what can we learn from third-year medical student narrative reflections? Acad Med. 2010 Nov;85(11):1709-16.

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

ÍNDICE

1. Introducción.
2. Objetivos de la revisión sistemática
3. Protocolo de la revisión
4. Ejecución
5. Síntesis de datos
6. Recomendaciones
7. Conclusiones
8. Referencias bibliográficas
9. Anexos

INTRODUCCIÓN

A lo largo del año del servicio social donde llevé a cabo mi pasantía en el CST-III San Francisco Tlaltenco, en la jurisdicción de Tláhuac. Una situación se hacía muy presente y constante: La ausencia de medicamentos.

Este hecho generaba que no hubiera una constancia en el apego al tratamiento por parte de los pacientes, generando un descontrol de presiones arteriales. El hecho de que se cambiaran los medicamentos mes con mes por cubrir la disponibilidad que había en la farmacia, generaba una desconfianza en los pacientes, quienes se cuestionaban constantemente si el tratamiento que se les daba en ese momento no les generaría un malestar o les causaría algún daño estar cambiando de medicamento a otro.

Por otro lado, entre la variedad de medicamentos que existían en el centro de salud principalmente hubo: Telmisartán, losartán, ibesartán, hidroclorotiazida, furosemida, nifedipino, captopril, amlodipino. Unos meses llegaban combinaciones, otros meses por separado y, unos más, no llegó el medicamento.

Lo comentado anteriormente daba como resultado un tratamiento de segunda línea para el control de las presiones arteriales de difícil control. Excluyendo la monoterapia y recurriendo a la combinación de medicamentos para un mejor manejo.

Debido a esa problemática es que se inspira la siguiente revisión sistemática, la cual desarrollará el tema de la mejor combinación de antihipertensivos en pacientes con difícil control. Este texto cumple con la investigación requerida para mejorar la toma de decisiones terapéuticas y pronósticas relacionadas con la atención del control de pacientes con hipertensión arterial sistémica.

Con los métodos de selección de artículos en las bases de datos más adelante presentadas se valora la mejor evidencia científica disponible como pilar para la toma de sus decisiones.

OBJETIVOS

El objetivo de esta revisión sistemática es discriminar la mejor combinación de antihipertensivos orales para pacientes con hipertensión arterial sistémica de difícil control.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocer las principales características de las combinaciones de antihipertensivos en la atención de pacientes diagnosticados con hipertensión arterial sistémica de difícil control.

Identificar la calidad de la evidencia científica acerca de la efectividad de los medicamentos.

Desarrollar una revisión sistemática que aporte la mejor evidencia científica disponible para mejorar la toma de sus decisiones acerca de los tratamientos para mejorar la atención de sus enfermedades crónicas.

Generar una búsqueda, obtención y discriminación de la información necesaria proveniente de artículos científicos relevantes acerca del tema en cuestión.

PROTOCOLO DE REVISIÓN SISTEMÁTICA

JUSTIFICACIÓN

“Las principales carencias sociales de Tláhuac en 2020 fueron carencia por acceso a la seguridad social, carencia por acceso a los servicios de salud y carencia por acceso a la alimentación¹⁹.”

“En Tláhuac, las opciones de atención de salud más utilizadas en 2020 fueron Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular) (111k), IMSS (Seguro social) (105k) y Otro lugar (60.9k)¹⁹.”

“En 2020, los seguros sociales que agruparon mayor número de personas fueron Seguro Popular o para una Nueva Generación (Siglo XXI) (130k) y Pemex, Defensa o Marina (109k).”¹⁹(Anexo 1).

En el CST-III San Francisco Tlaltenco, en la jurisdicción de Tláhuac, el centro de salud perteneciente a la SEDESA, en el cual cursé el servicio social, tuvo problemática con la inconsistencia del abastecimiento de los medicamentos por parte del servicio de farmacia.

En algunos meses se surtía de cierto tipo de medicamentos, en particular los antihipertensivos. En otros meses se surtían de otro tipo o incluso, en ocasiones no hubo el insumo del medicamento. Esto generaba que se les solicitara a los pacientes que obtuvieran por sus propios medios los medicamentos.

“En 2020, 37.3% de la población de Tláhuac se encontraba en situación de pobreza moderada y 5.11% en situación de pobreza extrema. La población vulnerable por carencias sociales alcanzó un 23.3%, mientras que la población vulnerable por ingresos fue de 9.29%¹⁹.”

Había pacientes que sin dificultad podían adquirirlos con apoyo de la economía de sus familiares o la propia. Sin embargo, había quienes determinadamente no podían adquirir el medicamento, por lo cual, se dio a la tarea de cambiar constantemente el manejo, ya que, de lo contrario, se verían en la situación de no seguir el manejo y, por lo tanto, comenzar con el descontrol de las presiones sanguíneas.

Todo lo anterior generaba que constantemente se cambiaran los medicamentos para el control de la presión sanguínea de personas a quienes no se había llegado a metas de control y requerían más de un antihipertensivo oral, pero no únicamente en función de sus necesidades, sino también en función del abastecimiento del medicamento en la farmacia del centro de salud.

El hecho de que se cambiaran los medicamentos mes con mes por cubrir la disponibilidad que había en la farmacia, generaba una desconfianza en los pacientes, quienes se cuestionaban constantemente si el tratamiento que se les daba en ese momento no les generaría un malestar, si les controlase la presión sanguínea de la misma manera que el tratamiento anterior o si les causase algún daño estar cambiando de medicamento a otro constantemente.

Entre la variedad de medicamentos que existían en el centro de salud contábamos principalmente con: Telmisartán, losartán, ibesartán, hidroclorotiazida, furosemida, nifedipino, captopril, amlodipino, entre otros pocos más. En términos farmacodinámicos: IECAS, ARA II, Calcio antagonistas y Tiazidas. En ciertas ocasiones contamos con beta- bloqueadores y clortalidona. Cabe recalcar que mes con mes se desabastecían los medicamentos y contábamos unas cuantas semanas del mes con el surtimiento completo. Al enterarnos todos los prestadores de salud de la existencia de recursos, no dudábamos en prescribir lo que considerábamos mejor para los pacientes.

Dentro de los pacientes con difícil control de presión arterial, las combinaciones de medicamentos más comunes son las de ARAs y Tiazidas (Telmisartán con hidroclorotiazida, Losartán con hidroclorotiazida, Valsartán con furosemide) y las de IECAs con bloqueadores de canales de calcio (Nifedipino y amlodipino con captopril y enalapril), notando que en estos pacientes tiene una diferencia en su efectividad, por lo que es importante el poder determinar cuál combinación es más eficaz para el control de la hipertensión arterial y prevenir las complicaciones asociadas con esta patología.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

P: Hipertensión arterial sistémica pacientes mayores de 40 años de difícil control (hypertention OR patients OR Adult)

I, C: ARAs y tiazidas o IECAS y bloqueadores de canales de calcio (thiazide OR treatment OR angiotensin converting enzyme inhibitors OR angiotensin receptor antagonists OR calcium channel blockers or antihypertensives).

O: En el tratamiento para el control de la hipertensión arterial, la combinación de ARAs y tiazidas es mejor que la de IECAS y bloqueadores de canales de calcio (combination OR control).

S: Estudios a buscar: estudios aleatorizados, revisiones sistemáticas y metaanálisis.

Pregunta

¿Cuál es la mejor combinación de segunda línea de tratamiento entre los ARAII con tiazidas y los IECAs con bloqueadores de canales de calcio en pacientes con hipertensión arterial sistémica mayores de 40 años de difícil control?

Tipo de reportes de investigación a recuperar

Para la búsqueda de los artículos que forman parte de esta revisión se siguió la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and MetaAnalyses).

Se emplearon límites en las búsquedas con los descriptores, palabras claves y términos relacionados con el tema como lo fueron: antihipertensivos, hipertensión, tratamiento, combinado, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores de canales de calcio, antagonistas de los receptores de angiotensina II, diuréticos, tiazidas.

La estrategia de búsqueda consistió en Revisiones sistemáticas con metaanálisis, Guías de Práctica Clínica y Ensayos Clínicos Aleatorizados.

Se aplicó en los buscadores de NHS Center for Reviews and Dissemination, Cochrane Collaboration, MEDLINE-Pubmed, BVS, Data México, PubMed: MeSH Database, siendo la fecha límite 2013 hasta la actualidad. La búsqueda literaria se amplió con una combinación, usando los operadores booleanos AND y OR: “(hypertention OR patients OR Adult)(antihypertensives)(thiazide OR treatment OR angiotensin converting enzyme inhibitors OR angiotensin receptor antagonists OR calcium channel blockers)(combination OR control)”.

Debido a que los resultados arrojados por Campbell collaboration fueron los más escasos y no parecían aportar ningún estudio que no estuviera incluido en las otras dos bases de datos, se decidió su eliminación de la búsqueda sistemática.

En la búsqueda se identificaron 620 artículos potencialmente relevantes en las bases de datos PubMed (n=204), BVS (n=130), NIH (n=204), Cochrane Collaboration (n=82); Búsqueda Manual Google Académico (n=2). Este último se introdujo la GPC Promoción, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención 2017 como búsqueda manual por considerarlo como básico en esta revisión.

Tras la lectura de los títulos y resúmenes se eliminaron los artículos duplicados y los que no se correspondían con el objeto de la revisión. (Anexo 2)

Los artículos obtenidos se evaluaron con los criterios de inclusión y exclusión que se describen a continuación:

- Criterios de inclusión
 - Grupo de estudio mayores de 40 años
 - Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica primaria
 - Tratamiento farmacológico combinado con antihipertensivos: IECA, ARA II, Tiazidas, Bloqueadores de canales de calcio
 - Segunda línea de tratamiento antihipertensivo
- Criterios de exclusión
 - Antihipertensivos en el embarazo, EVC, Enfermedad renal o cualquier complicación secundaria a Hipertensión Arterial Sistémica o hipertensión arterial secundaria

- Menores de 40 años
- Artículos con más de 10 años de antigüedad
- Comorbilidad que no sea crónico-degenerativa
- Otros antihipertensivos que no pertenezcan al grupo de los IECA, ARA II, Tiazidas, Bloqueadores de canales de calcio
- Tratamiento en monoterapia o de primera línea
- Terapia triple o Tratamiento de tercera línea

Según estos criterios, y sólo con la lectura del título, se consideraron adecuados 29 artículos (tras eliminar 2 duplicados), BVS (n=9), NIH (n=18), Cochrane Collaboration (n=2).

Finalmente, 14 artículos y 1 Guía de Práctica Clínica cumplieron los criterios de inclusión y se seleccionaron para llevar a cabo la revisión sistemática. Todos ellos en inglés y español.

Cabe aclarar que, dado que es un trabajo individual, la selección de la literatura no tuvo una revisión en paralelo, por lo cual existe un sesgo de selección.

Síntesis de datos

Una síntesis de resultados de los estudios seleccionados puede consultarse en la tabla del Anexo 3.

La mayoría de los datos parecen señalar que el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los bloqueadores de los receptores de angiotensina II (BRA II) son similares para el control de presión sanguínea y para prevenir principales resultados cardiovasculares, sin embargo Salvador et al., 2017,² llevo a cabo una comparación entre IECA y BRA II donde se incluyeron diecisiete estudios prospectivos que informaron una asociación entre el uso de estos antihipertensivos y enfermedades cardiovasculares como insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio y su total de muertes cardiovasculares. Los IECA demostraron ser significativos en la reducción de muertes totales (OR 0,85, IC 95% 0,78–0,93) y muertes cardiovasculares (OR 0,77, IC 95% 0,69–0,87), mientras que la terapia con BRA no mostró una reducción en la muertes (OR 1,02, IC 95% 0,96-1,09) o muertes cardiovasculares (OR 0,95, IC 95% 0,86-1,06).

La mayoría de las clases de antihipertensivos son igualmente efectivas en la prevención del riesgo de enfermedades cardiovasculares. En pacientes mayores como jóvenes, aunque algunos pierden su eficacia en pacientes de edad avanzada en comparación con pacientes menores de 65 años. Así lo identificaron en la literatura desarrollada por Thomopoulos et al., 2018 donde se comparó el grupo IECA contra placebo sobre 55 645 personas mayores de 65 años y 21 sobre 99 621 individuos menores de 65 años.⁴

Existen muchas combinaciones entre clases de antihipertensivos. Las personas pueden alcanzar el control de la presión arterial cuando toman una combinación de medicamentos tras fracasar con la monoterapia. S. Neldam et al., 2013, realiza una revisión con 8 estudios aleatorizados, doble ciego que compararan telmisartán/amlodipino con las respectivas monoterapias dando por resultado en el grupo de pacientes iniciados con terapia dual, se observaron reducciones de presión sanguínea (< 140/90 mmHg), PAS (< 140 mmHg) y PAD (< 90 mmHg) significativamente. Mientras que, el grupo de pacientes controlado por monoterapia, se observaron menores reducciones de PAS/PAD, excepto en una medida. Concluyendo que las metas de control para presión sanguínea pueden alcanzarse más rápidamente con la combinación de telmisartán y amlodipino como terapia inicial que con cualquiera de las dos monoterapias⁵.

Por otro lado, Chen et al., 2018 concluyeron que la combinación de Olmesartán e Hidroclorotiazida es tan efectiva como Olmesartán y los bloqueadores de canales de calcio para reducir presión arterial ambulatoria de 24 h, diurna y nocturna. Sin embargo, se nota una mayor disminución con el Olmesartan junto con los bloqueadores de canales de calcio en mujeres y pacientes con Diabetes Mellitus 2.⁷

Esto último contrastante con los hallazgos de Sison et al., 2018 donde analizan ensayos controlados aleatorios (ECA) y estudios de evidencia del mundo real (RWE), los cuales compararon la eficacia de valsartán con amlodipino contra valsartán/amlodipino/hidroclorotiazida en pacientes con hipertensión no controlada. Registraron que la eficacia de valsartán con amlodipino y valsartán/amlodipino/hidroclorotiazida en ECA fue más pronunciado en comparación con su eficacia en estudios RWE en diferentes poblaciones étnicas, aunque el beneficio general no fue diferente⁶.

En pacientes con hipertensión de leve a moderada, el tratamiento de 8 semanas con Telmisartán/Hidroclorotiazida 80/12.5mg fue significativamente más eficaz que las monoterapias con telmisartán. La seguridad y tolerabilidad del Telmisartán/Hidroclorotiazida 80/12.5mg son comparable a la de la monoterapia con telmisartán.⁸ La terapia con telmisartán parece reducir la PA más que la terapia con valsartán en pacientes con hipertensión⁹.

Hong et al., 2020 incluyeron 213 pacientes hipertensos en la cohorte de estudio; los pacientes se dividieron en dos grupos: el inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) combinado con el grupo de bloqueadores de los canales de calcio (BCC) (grupo IECA+BCC) y, por otro lado, el bloqueador del receptor de angiotensina (BRA) combinado con el grupo BCC (grupo BRA+BCC). Se compararon las características y condiciones concomitantes de los pacientes como la diferencia de edad, índice de masa corporal (IMC), paciente de edad avanzada, diabetes mellitus 2, disfunción renal e hiperlipidemia. El 34.27% de los pacientes usaban IECA+BCC y el 65.73% de los pacientes usaban BRA+BCC.

De igual manera incluyó un metaanálisis donde se realizó el mismo manejo a 20 451 pacientes con hipertensión arterial. Ambos concluyeron que la combinación de BRA + BCC es superior a otras combinaciones de tratamiento antihipertensivo por mostrar una menor incidencia de eventos cardiovasculares y eventos adversos, además de tener efectos similares en la reducción de la presión arterial y preservar la función renal.¹²

Con discrepancia en lo anterior, Eck et al., 2014 generó un análisis con base en las búsquedas en el Registro Especializado del Grupo Cochrane de Hipertensión, el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL), MEDLINE, EMBASE, la Plataforma de Registro

Internacional de Ensayos Clínicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el ISI Web of Science hasta Julio de 2014. Ellos concluyeron no encontrar evidencia de una diferencia en la mortalidad total o los resultados cardiovasculares para los BRA en comparación con los IECA. Por lo tanto, la sustitución de un BRA por un IECA no está del todo respaldada, aunque aclaran que los datos provienen principalmente de participantes con secuelas clínicas existentes de hipertensión, y sería útil tener datos de personas asintomáticas.¹⁴

Concluyendo similar que Wang et al., 2020 que hay poca certeza de que las reducciones en la presión arterial utilizando IECAS en comparación con ARA sean significativos y agrega que se necesitan más ensayos independientes, grandes y a largo plazo para determinarlo.¹⁵

Recomendaciones

El tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico establecido de Hipertensión Arterial Sistémica en tratamiento dual puede ser la combinación de Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA) ó Bloqueadores de Receptores de Angiotensina (BRA) con Bloqueadores de Canales de Calcio (BCC).

De igual manera los IECA ó BRA pueden manejarse en tratamiento dual con un diurético.

Si el paciente tiene: síndrome metabólico, obesidad o Diabetes Mellitus 2 debe preferirse terapia dual con BCC.

Si no hay riesgo metabólico o hay retención hídrica preferir diurético en la terapia dual.

Si se tiene aclaramiento de Cr < 30 ml/min, se sugiere usar diurético de ASA.¹

Conclusiones

Con esta revisión, el objetivo era discriminar la mejor combinación de antihipertensivos orales para pacientes con hipertensión arterial sistémica de difícil control dado el contexto de la escases del medicamento y cómo podía afectar el

cambio constante en del mismo con respecto a las existencias en la farmacia del centro de salud.

En primer lugar, la sustitución de un grupo de medicamento IECA por un BRA o a la inversa no genera un cambio significativo para el control de la presión arterial si se combina con un BCC o Tiazidico. Aunque se necesitan más ensayos independientes, grandes y a largo plazo para determinarlo.

De igual modo el tratamiento con BRA tiene una menor incidencia de eventos cardiovasculares y eventos adversos.

Existen combinaciones múltiples dentro de los grupos de antihipertensivos con funcionalidad idónea.

Referencias bibliográficas

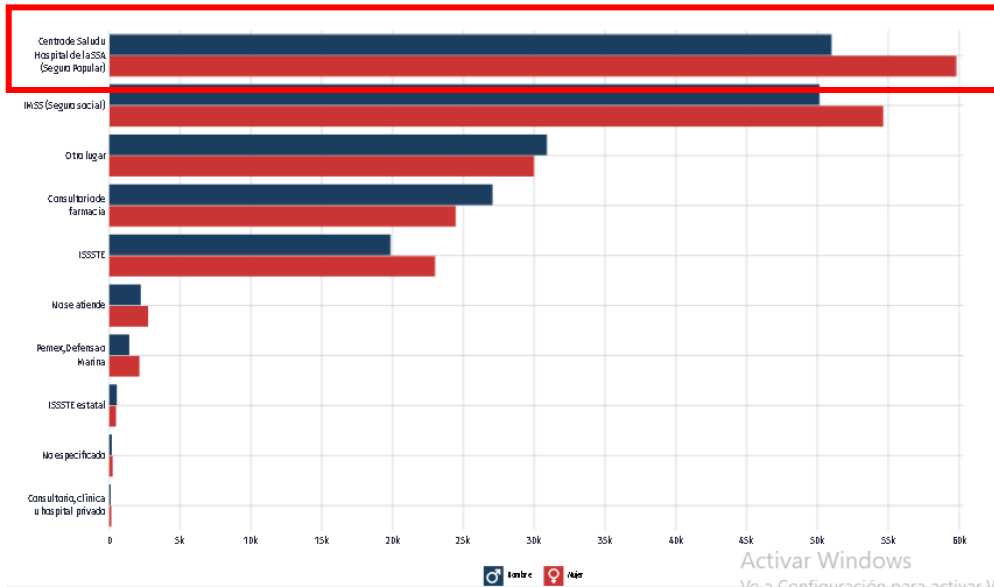
1. CENETEC. Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Imss [Internet]. 2021;1–122. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
2. Salvador GLO, Marmentini VM, Cosmo WR, Junior EL. Angiotensin-converting enzyme inhibitors reduce mortality compared to angiotensin receptor blockers: Systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol.* 2017;24(18):1914–24.
3. Sinnott SJ, Tomlinson LA, Root AA, Mathur R, Mansfield KE, Smeeth L, et al. Comparative effectiveness of fourth-line anti-hypertensive agents in resistant hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol.* 2017;24(3):228–38.
4. Thomopoulos C, Parati G, Zanchetti A. Effects of blood pressure-lowering treatment on cardiovascular outcomes and mortality: 14-effects of different classes of antihypertensive drugs in older and younger patients: Overview and meta-analysis. *J Hypertens.* 2018;36(8):1637–47.
5. Neldam S, Dahlöf B, Oigman W, Schumacher H. Early combination therapy with telmisartan plus amlodipine for rapid achievement of blood pressure goals. *Int J Clin Pract.* 2013;67(9):843–52.
6. Sison J, Vega RMR, Dayi H, Bader G, Brunel P. Efficacy and effectiveness of valsartan/amlodipine and valsartan/amlodipine/ hydrochlorothiazide in hypertension: Randomized controlled versus observational studies. *Curr Med Res Opin* [Internet]. 2018;34(3):501–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/03007995.2017.1412682>
7. Chen YJ, Li LJ, Tang WL, Song JY, Qiu R, Li Q, et al. First-line drugs inhibiting the renin angiotensin system versus other first-line antihypertensive drug classes for hypertension. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;2018(11).
8. Agarwal R, Weir MR. Blood pressure response with fixed-dose combination therapy: Comparing hydrochlorothiazide with amlodipine through individual-level meta-analysis. *J Hypertens.* 2013;31(8):1692–701.
9. Neldam S, Schumacher H, Kjeldsen SE, Neutel JM. Telmisartan in combination with hydrochlorothiazide 12.5mg for the management of patients with hypertension. *Curr Med Res Opin.* 2014;30(9):1715–24.

10. Takagi H, Niwa M, Mizuno Y, Goto SN, Umemoto T. A meta-analysis of randomized trials of telmisartan vs. valsartan therapy for blood pressure reduction. *Hypertens Res* [Internet]. 2013;36(7):627–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/hr.2012.233>
11. LaVallee C, Rascati KL, Gums TH. Antihypertensive agent utilization patterns among patients with uncontrolled hypertension in the United States. *J Clin Hypertens*. 2020;22(11):2084–92.
12. Hong D, Shi W, Lu X, Lou Y, Li L. Development and validation of a medication selection model under clinical application of renin-angiotensin inhibitor combined with calcium channel blocker for hypertension patients. *Med Sci Monit*. 2020;26:1–9.
13. Chi C, Tai C, Bai B, Yu S, Karamanou M, Wang J, et al. Angiotensin System Blockade Combined With Calcium Channel Blockers Is Superior to Other Combinations in Cardiovascular Protection With Similar Blood Pressure Reduction: A Meta-Analysis in 20,451 Hypertensive Patients. *J Clin Hypertens*. 2016;18(8):801–8.
14. Eck L, Bs H, Jm W, Eck L, Bs H, Jm W. receptor blockers for primary hypertension (Review). 2014;
15. Wang GM, Li LJ, Tang WL, Wright JM. Renin inhibitors versus angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors for primary hypertension. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;2020(10).
16. Data México. Censo de Población y Vivienda 2020. Salud. Recursos de salud [Internet].2020; México. Tláhuac; [update 2021; cited 2023 enero 21]. Available from: <https://datamexico.org/es/profile/geo/tlahuac?healthIndicators=bedCenterAvg#health>

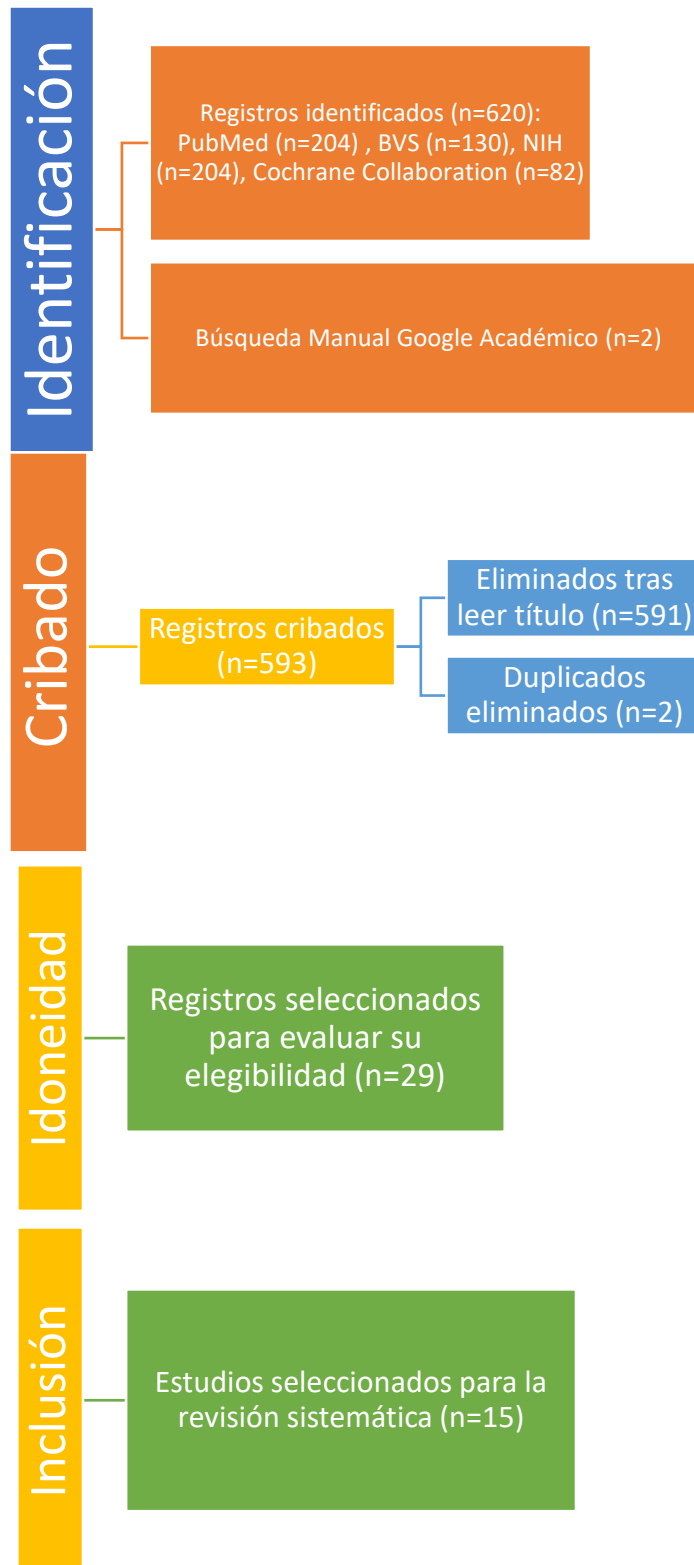
Anexos

Anexo 1. Distribución de personas afiliadas a servicios de salud SSA seguro popular 2020

Distribución de personas afiliadas a servicios de salud por sexo (2020)



Anexo 2. Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección de artículos.



Anexo 3. Características de los estudios revisados

Autor (es)	Muestra	Metodología	Resultados
Salvador et al., 2017	17 estudios (n = 73 761), 12 estudios aleatoriamente a angiotensina II tratamiento con bloqueadores de los receptores (n = 24 697) y cinco a inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (n = 12 170).	Búsqueda sistemática de PUBMED, LILACS, SCIELO, ICTRP, Cochrane, EMBASE y ClinicalTrials.gov, estudios prospectivos.	Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina demostraron ser significativos en la reducción de muertes totales (OR 0,85, IC 95% 0,78–0,93) y muertes cardiovasculares (OR 0,77, IC 95% 0,69–0,87). La terapia con bloqueadores de los receptores de angiotensina II no mostró una reducción en la muertes (OR 1,02, IC 95% 0,96-1,09) o muertes cardiovasculares (OR 0,95, IC 95% 0,86-1,06).
Sinnott et al., 2017	5 estudios (n=2506) 755 pacientes incluidos. 2 estudios aleatorios y 3 no aleatorios	Búsquedas sistemáticas en Medline, EMBASE y la biblioteca, 2016. Comparativa de agentes de cuarta línea: bisoprolol, doxazosina, furosemida e IECA en pacientes con hipertensión resistente	Cambio en la presión arterial sistólica, medida en el consultorio, en el hogar o mediante monitoreo ambulatorio de la presión arterial. Cambios en el potasio sérico y la aparición de hiperpotasemia. Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides redujo la presión arterial en 7,4 mmHg (IC del 95%: 3,2 a 11,6) más que el resto. Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides redujeron la presión arterial en 11,9 mmHg (IC del 95 %: 9,3 a 14,4) más que el comparador activo.
Thomopoulos et al., 2018	260 210 individuos. Pacientes mayores o menores de 65 años. 72 ensayos clínicos aleatorizados controlados.	Cocientes de riesgo y cambios en el riesgo absoluto fueron calculado por un modelo de efectos aleatorios. Efectos a mayores y Las edades más jóvenes se compararon mediante la prueba de heterogeneidad.	No se encontraron diferencias significativas entre pacientes mayores y más jóvenes en los efectos de los diuréticos, antagonistas del calcio, IECA y angiotensina bloqueadores en los resultados cardiovasculares y son menos eficaces a una edad más avanzada.

S. Neldam et al., 2013	8 estudios aleatorizados, doble ciego	Base de datos de ensayos de Boehringer Ingelheim Comparación telmisartán/amlodipina terapia combinada con monoterapia.	En pacientes con mayor PA sistólica (PAS)/PA diastólica (PAD) se observaron reducciones con el tratamiento combinado ($p < 0,0001$); PA ($< 140/90$ mmHg), PAS (< 140 mmHg) y PAD (< 90 mmHg) en todas las medidas menos una.
Sison et al., 2018	Ensayos controlados aleatorios (ECA) y estudios de evidencia del mundo real (RWE) Valsartán/amlodipina y valsartán/amlodipino/hidroclorotiazida en pacientes con hipertensión no controlada. Pacientes que recibieron Val/Aml (80/5, 160/5, 160/10, 320/5 o 320/10 mg), Val/Aml/HCTZ (160/5/12,5, 160/5/25, 160/10/12,5, 160/10/25 o 320/10/25 mg) o placebo.	Seguimiento dentro de los 60-90 días. Modelo de efectos mixtos lineales ajustados y aleatorio.	Reducción de la media de desde el inicio fue significativa ($p < 0.05$) en todas las dosis. La eficacia de Val/Aml en ECA fue estadísticamente significativa que su eficacia en RWE estudios para msSBP/msDBP (-23.1/-13.8 vs -17.9/-9.1 mmHg) pero no significativo para msPP (-8.6 vs -9.3 mmHg; $p=0,77$). Para Val/Aml/HCTZ, no se disponía de una comparación directa, pero se observó una tendencia similar.
Agarwal & Weir, 2013	Metanálisis a nivel individual entre 559 individuos tratados con combinación dual en cinco ensayos. Edad media fue de 62 años, el 55% eran hombres, 46% tenían diabetes mellitus, 17% eran negros.	Esquema de titulación forzada. Presión arterial en sangre se midió tanto en consulta como al exterior mediante monitores de PA ambulatorios de 24 h.	En consulta PA promedio 159,5/89,5 mmHg y PA ambulatoria de 24 h 145,0/82,5 mmHg. La reducción ajustada al valor inicial de la PA ambulatoria media de 24 h fue de 22,0/11,7 mmHg. PA reducciones fueron similares entre BRA junto con HCTZ y BRA junto con grupos BCC. En consulta PA bajó 4.3/1.8 mmHg más con BRA junto con BCC que con ARB junto con HCTZ (caída de 24,1/11,2 mmHg). Mujeres tenían mayor descenso de PA en consulta con cualquiera de las combinaciones. BRA con HCTZ a la larga produjo un mayor efecto reductor de la PA entre hombres, ancianos, no obesos y sin DM2.

			BRA junto con BCC produjo una mayor disminución de la PA entre mujeres, jóvenes, obesidad y DM2.
Steen Neldam et al., 2014	6 estudios de fase 3, doble ciego. 75% de los pacientes tenían 65 años.	8 semanas evaluaron Telmisartán/Hidroclorotizada 12.5 mg y T40 o T80 mg en Monoterapia Agrupación: dos T40 que no respondieron (grupo T40 NR, dos estudios de no respondieron. T80 (grupo T80 NR) y los dos estudios de dosis de diseño factorial–estudios de respuesta (grupo FD-DR).	La reducción media ajustada de la presión arterial sistólica (PAS) y diastólica la presión arterial (PAD) y las tasas objetivo de PAS, PAD y presión arterial (PA) fueron significativamente más altas con el T40/H12.5 mg que el T40 en el grupo T40 NR y con el T80/H12.5 SPC que el T80 en el T80 NR grupo. En el grupo FD-DR, la reducción media ajustada de la PAS y la PAD, y las tasas objetivo de la PAD fueron significativamente mayor para T40/H12.5 versus T40. El porcentaje de pacientes con un evento adverso fue numéricamente superior con T40/H12.5 frente a T40 en el grupo T40 NR, y fue similar en telmisartán monoterapias.
Takagi et al., 2013	5422 pacientes con hipertensión. 16 ensayos controlados aleatorios	MEDLINE, EMBASE y el Registro Cochrane Central de Enfermedades Controladas 2012 Examinaron el tratamiento con telmisartán versus valsartán.	Telmisartán se asoció con una diferencia estadísticamente significativa en las reducciones relativas de la PA a la terapia con valsartán en los grupos de monoterapia y terapia combinada.

LaVallee et al., 2020	5059 pacientes, edad promedio de 57.8 (DE = 13.7), en promedio con 2.4 medicamentos prescritos. 51.9% mujeres y blancas (86,8%). 37.1% con diagnóstico de diabetes mellitus o enfermedad renal crónica	Datos de la base de datos estadounidense Decision Resources Group Real World Evidence Data Repository (2015-2016).	Tratamientos más comunes prescritos y porcentaje de pacientes respectivamente: Diuréticos (24.9%; 59.6 %), IECA (23.8 %; 56.9 %), Beta-bloqueadores (18.7 %; 44.8 %) bloqueadores de los canales de calcio (15.4 %; 36.8 %) Bloqueadores de los receptores de angiotensina II (13.5 %; 32.3 %). (10,5%) de las recetas fueron escritas para terapias combinadas a dosis fijas.
Hong et al., 2020	213 pacientes con hipertensión arterial sistémica	los pacientes se dividieron en dos grupos: el inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) combinado con el grupo de bloqueadores de los canales de calcio (CCB) (grupo IECA+CCB) y el antagonista del receptor de angiotensina (ARB) combinado con el grupo CCB (grupo ARB+CCB). Se realizó un análisis unifactorial y multifactorial mediante la adopción de un modelo de regresión logística. El RAISM se estableció utilizando la tecnología de nomógrafos. Se utilizaron el índice C y la curva de calibración para evaluar la eficacia del modelo. 34,27% usaban IECA+CCB y el 65,73% usaban ARA+CCB.	El intervalo de confianza (IC) del 95% de los factores antes mencionados para el grupo IECA+CCB fue 0,476 (0,319–0,711), 1,274 (1,001–1,622), 0,365 (0,180–0,743), 0,471 (0,203–1,092), 0,542 (0,268–1,094) y 0,270 (0,100–0,728), respectivamente; El índice C de RAISM adquirido a partir de los parámetros de construcción del modelo fue de 0,699 y la curva de corrección demostró que el modelo tiene una buena capacidad de discriminación.
Chi et al., 2016	Superioridad de IECA vs BRA más un bloqueador de los canales de calcio (BCC) (A+C) sobre otra combinación terapias en el tratamiento antihipertensivo. 20 451 pacientes hipertensión arterial sistémica. 8 ensayos controlados aleatorios.	Comparar el tratamiento A+C con otras terapias combinadas en términos de presión arterial (PA), resultados clínicos y eventos adversos.	La reducción de la PA no difirió significativamente entre la terapia A+C y otras terapias combinadas en PA sistólica y diastólica (p = 0.87 y p = 0.56, respectivamente). Sin embargo, la terapia A+C, en comparación con otra combinación terapias, lograron una incidencia significativamente menor de criterios de valoración

			<p>compuestos cardiovasculares, incluidos mortalidad, infarto de miocardio no fatal y accidente cerebrovascular no fatal (riesgo relativo [RR], 0,80; intervalo de confianza [IC] del 95 %, 0,70–0,91; $p < 0,001$), pero similar mortalidad por todas las causas (RR, 0,90; IC 95%, 0,77–1,04; $p = 0,15$) y tasas de ictus (RR, 0,90; IC 95 %, 0,77–1,04; $p=0,09$). Además, la terapia A+C produjo un 4,21 ml/min/reducción de la tasa de filtración glomerular estimada 1,73 m2 más baja que otras combinaciones ($p < 0,001$).</p>
Eck et al., 2014	<p>Ensayos controlados aleatorios q Personas con hipertensión primaria controlada o no controlada con o sin otros factores de riesgo. 9 estudios con 11 007 participantes.</p>	<p>Búsquedas en el Registro Especializado del Grupo Cochrane de Hipertensión, el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL), MEDLINE, EMBASE, la Plataforma de Registro Internacional de Ensayos Clínicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el ISI Web of Science hasta Julio de 2014. Estudios incluidos fueron de calidad buena a moderada.</p>	<p>No hubo evidencia de una diferencia entre los I ECA y los BRA para la mortalidad total (riesgo relativo (RR) 0,98; intervalo de confianza (IC) del 95 %: 0,88 a 1,10), enfermedad cardiovascular total. La evidencia de mortalidad total se consideró moderada, mientras que la evidencia de eventos cardiovasculares totales fue considerado bajo.</p>
Wang et al., 2020	<p>11 ensayos controlados aleatorios con control activo, doble ciego. 13 627 participantes, con una edad inicial media de 51,5 a 74,2 años. Al menos cuatro semanas de seguimiento en personas con hipertensión a 36.6 meses</p>	<p>Registro Especializado Cochrane de Hipertensión, el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL), MEDLINE (desde 1946), Embase (desde 1974), la Plataforma de Registro Internacional de Ensayos Clínicos de la Organización Mundial de la Salud y ClinicalTrials.gov. 2020</p>	<p>No hubo diferencia entre los BRA y los IECA. No hubo datos disponibles para el total de eventos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, enfermedad renal en etapa terminal o cambios en la frecuencia cardíaca. Se consideró que esto era más probable debido al sesgo que un efecto verdadero.</p>

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

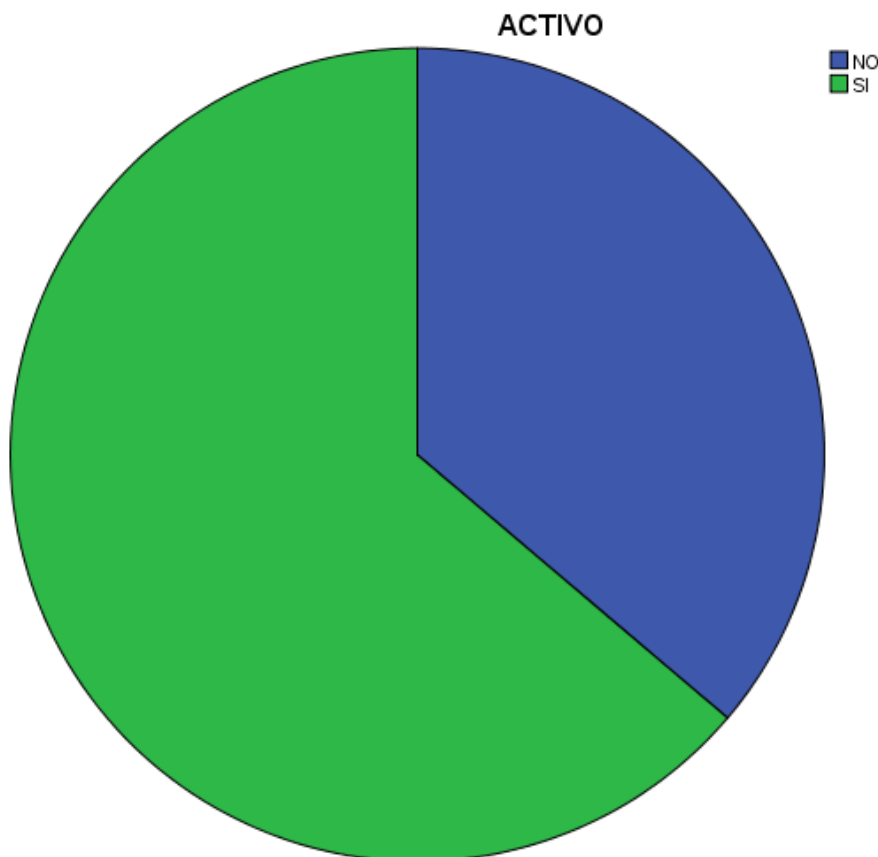
Balance del desempeño clínico en el proyecto de las y los pasantes de la promoción febrero 2022

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

Cuadro 1. Distribución de la población atendida que permanece activa y colocada como no activa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	INACTIVA	21	36.2	36.2	36.2
	ACTIVA	37	63.8	63.8	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

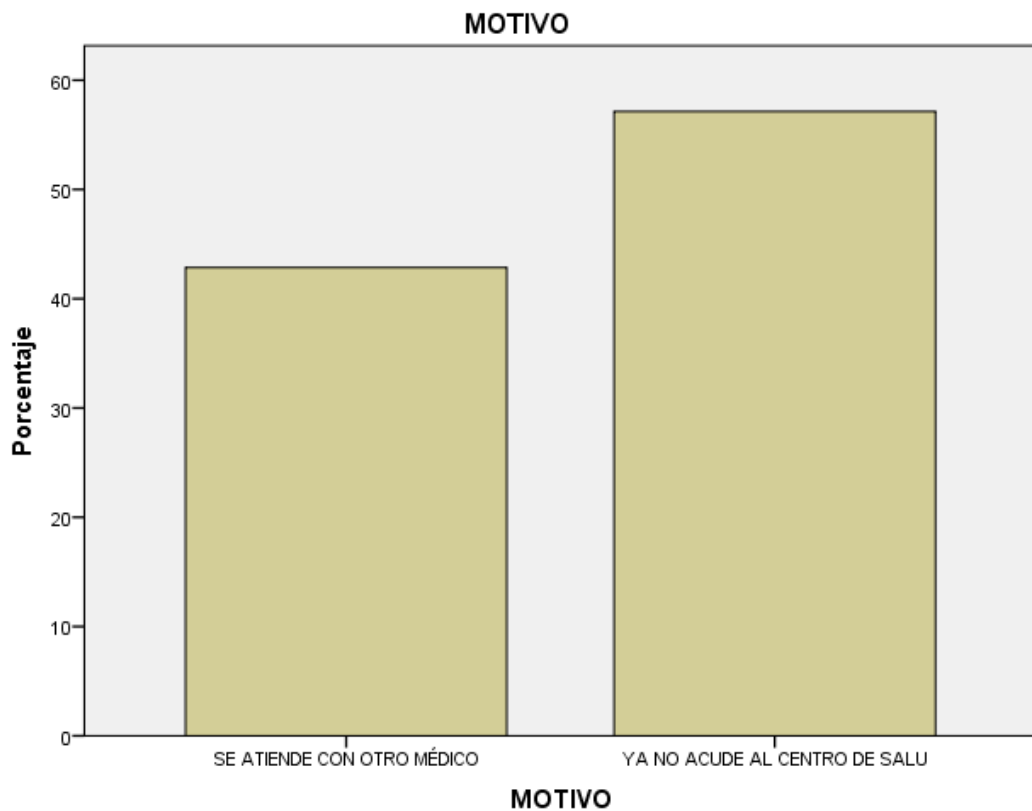
Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023



Cuadro 2. Distribución de población colocada como no activa de acuerdo con motivos de esta condición

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SE ATIENDE CON OTRO MÉDICO	9	42.9	42.9	42.9
YA NO ACUDE AL CENTRO DE SALUD	12	57.1	57.1	100.0
Total	21	100.0	100.0	

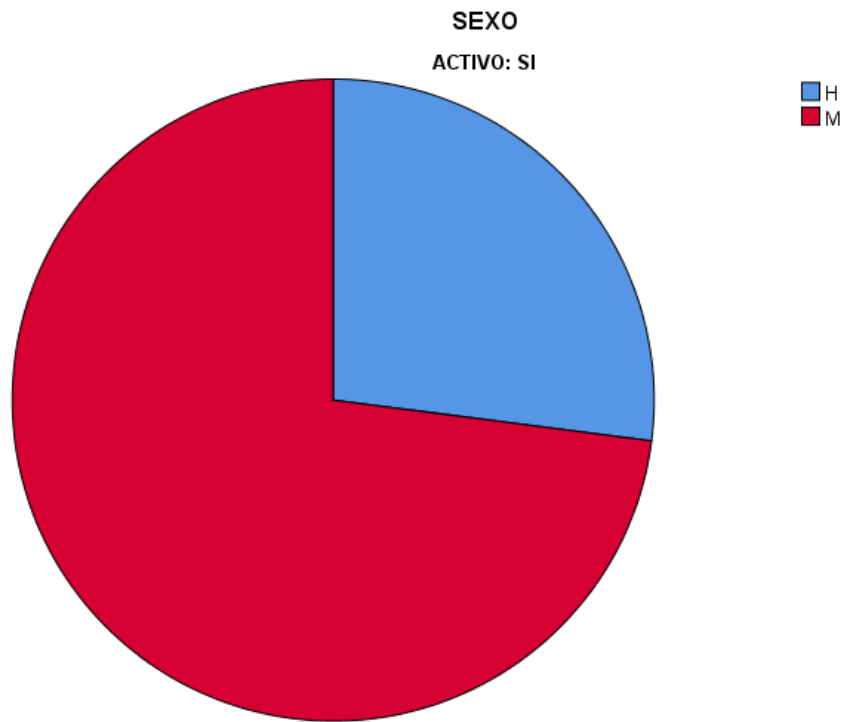
Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023



2. Información demográfica posible:

Cuadro 3. Distribución de pacientes atendidos por sexo						
ACTIVO			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	Válido	Hombre	10	27.0	27.0	27.0
		Mujer	27	73.0	73.0	100.0
		Total	37	100.0	100.0	

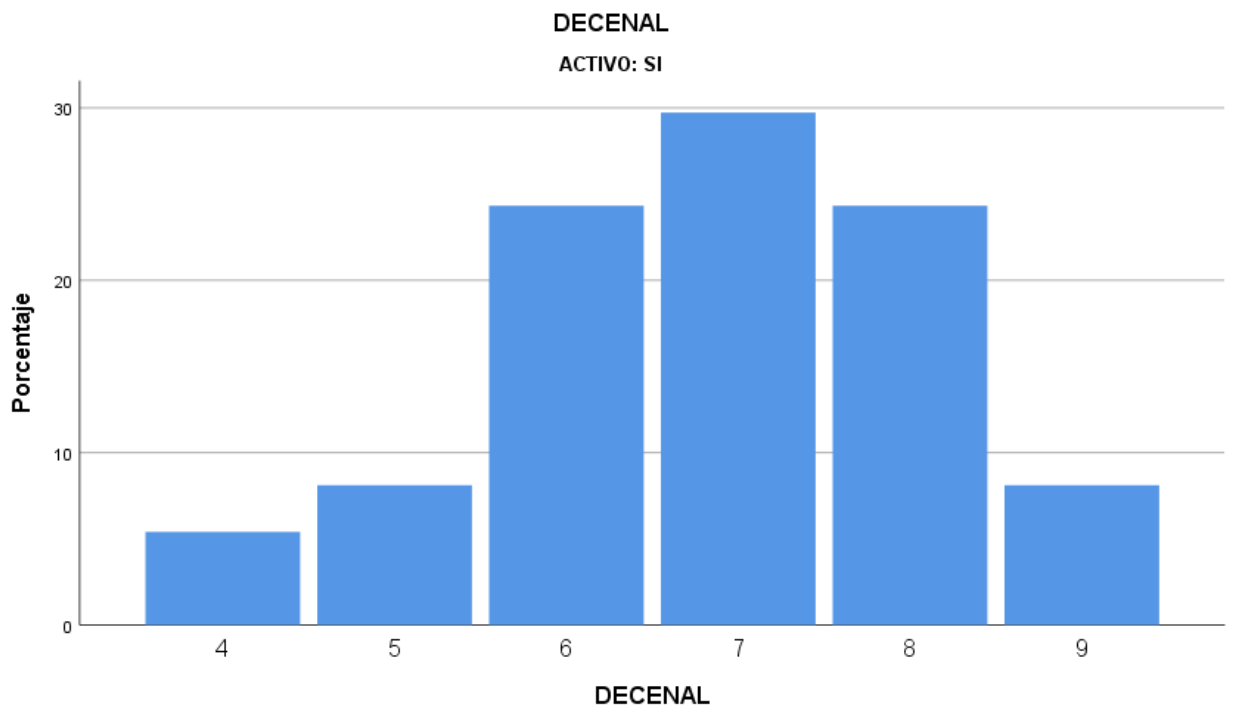
Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023



Cuadro 4. Distribución de pacientes atendidos por grupos decenales de edad

ACTIVO		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	4 ^a	2	5.4	5.4	5.4
	5 ^a	3	8.1	8.1	13.5
	6 ^a	9	24.3	24.3	37.8
	7 ^a	11	29.7	29.7	67.6
	8 ^a	9	24.3	24.3	91.9
	9 ^a	3	8.1	8.1	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023



3. Motivos de atención

a. Número de consultas totales (en el año):

Cuadro 5. Número de consultas totales en el año					
ACTIVO		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	Válido	2	2	5.4	27.0
		3	3	8.1	35.1
		4	8	21.6	56.8
		5	5	13.5	70.3
		6	4	10.8	81.1
		7	4	10.8	91.9
		9	3	8.1	100.0
		10	5	13.5	13.5
		12	3	8.1	21.6
		Total	37	100.0	100.0

Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023



Cuadro 6. Distribución de consultas por temporalidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PRIMERA VEZ	8	21.6	21.6	21.6
	SUBSECUENTE	29	78.4	78.4	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

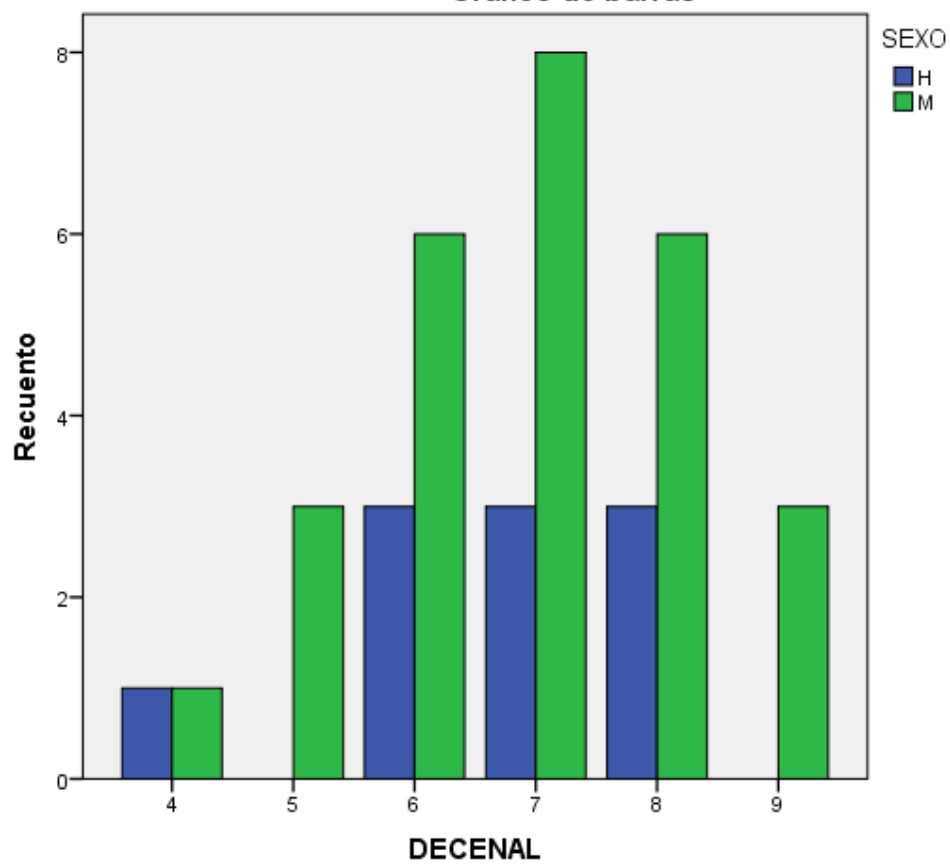
Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023

Cuadro 7. Distribución de consultas por grupos de edad y sexo

			SEXO		Total
			H	M	
Grupo decenal	4 ^a	Recuento	1	1	2
		% dentro de DECENAL	50.0%	50.0%	100.0%
		% dentro de SEXO	10.0%	3.7%	5.4%
		% del total	2.7%	2.7%	5.4%
	5 ^a	Recuento	0	3	3
		% dentro de DECENAL	0.0%	100.0%	100.0%
		% dentro de SEXO	0.0%	11.1%	8.1%
		% del total	0.0%	8.1%	8.1%
	6 ^a	Recuento	3	6	9
		% dentro de DECENAL	33.3%	66.7%	100.0%
		% dentro de SEXO	30.0%	22.2%	24.3%
		% del total	8.1%	16.2%	24.3%
	7 ^a	Recuento	3	8	11
		% dentro de DECENAL	27.3%	72.7%	100.0%
		% dentro de SEXO	30.0%	29.6%	29.7%
		% del total	8.1%	21.6%	29.7%
	8 ^a	Recuento	3	6	9
		% dentro de DECENAL	33.3%	66.7%	100.0%
		% dentro de SEXO	30.0%	22.2%	24.3%
		% del total	8.1%	16.2%	24.3%
9 ^a	Recuento	0	3	3	
	% dentro de DECENAL	0.0%	100.0%	100.0%	
	% dentro de SEXO	0.0%	11.1%	8.1%	
	% del total	0.0%	8.1%	8.1%	
Total	Recuento	10	27	37	
	% dentro de DECENAL	27.0%	73.0%	100.0%	
	% dentro de SEXO	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	27.0%	73.0%	100.0%	

Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023

Gráfico de barras



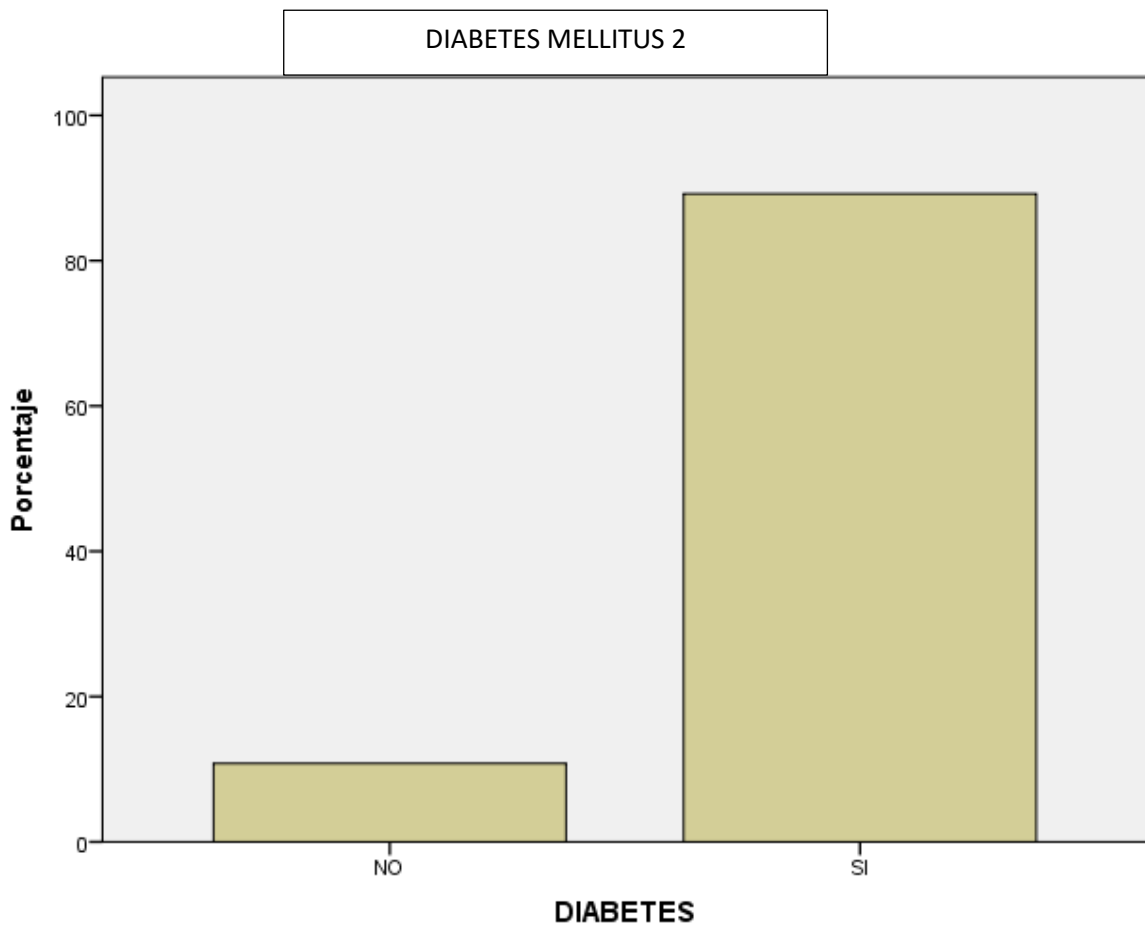
4. Morbilidad atendida

a. Población atendida por diagnóstico

Cuadro 8. Distribución de población atendida por diagnóstico de Diabetes Mellitus 2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	4	10.8	10.8	10.8
	SI	33	89.2	89.2	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

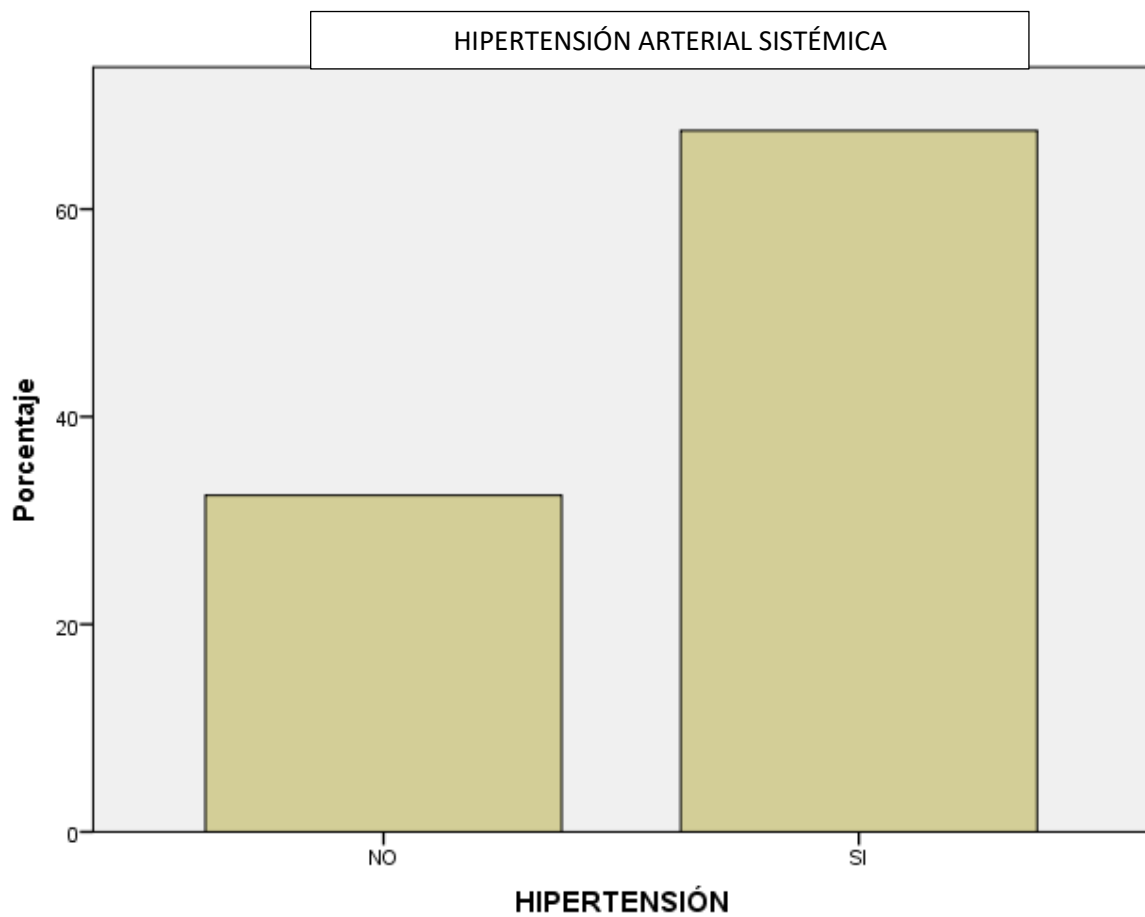
Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023



Cuadro 9. Distribución de población atendida por diagnóstico de hipertensión arterial sistémica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	12	32.4	32.4	32.4
	SI	25	67.6	67.6	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

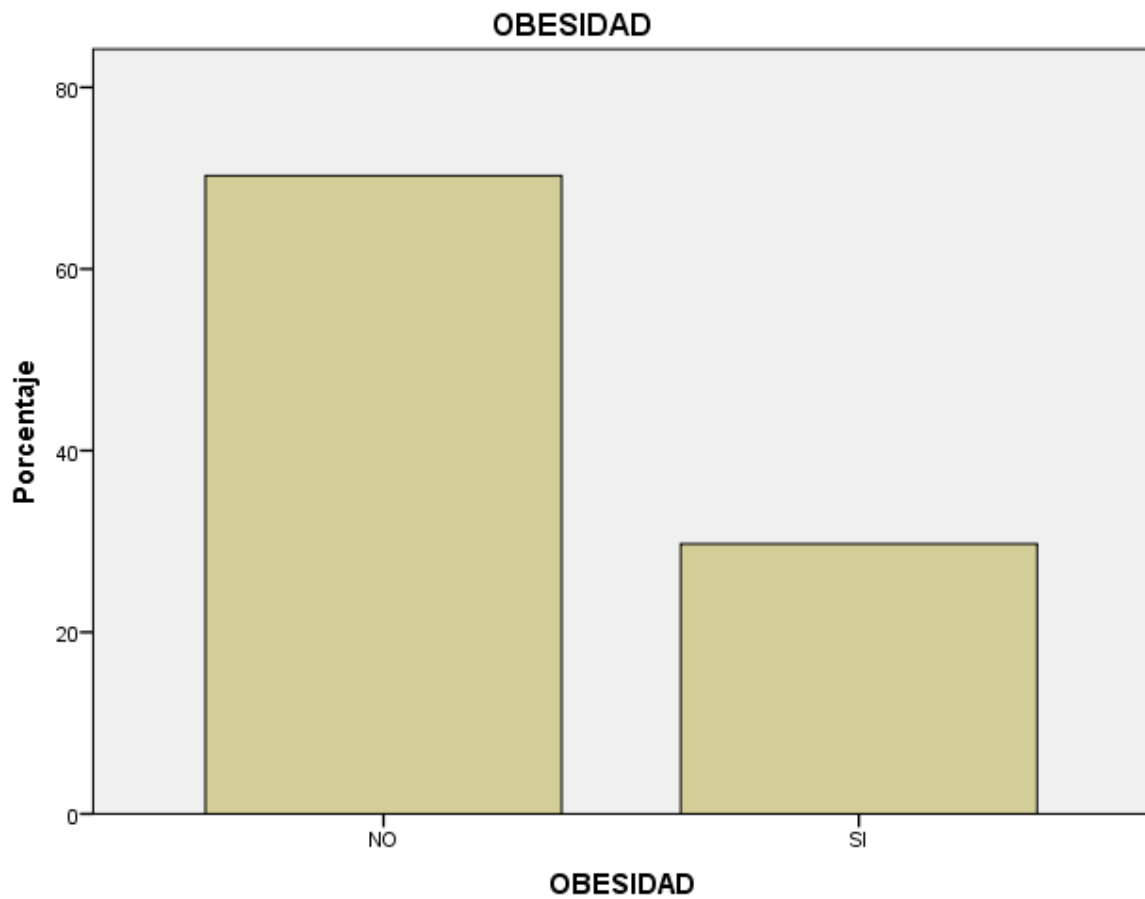
Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023



Cuadro 10. Distribución de población atendida por diagnóstico de obesidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	26	70.3	70.3	70.3
	SI	11	29.7	29.7	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

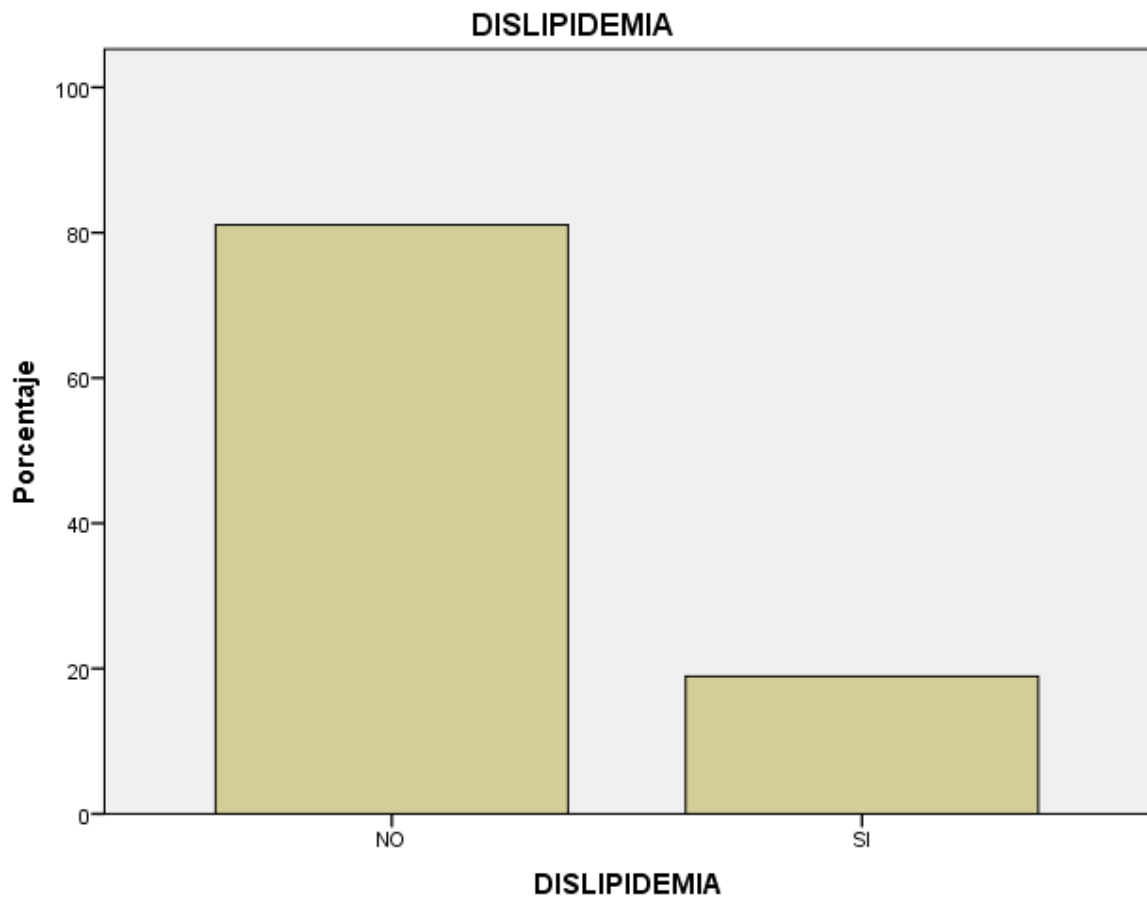
Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023



Cuadro 11. Distribución de población atendida por diagnóstico de dislipidemia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	30	81.1	81.1	81.1
	SI	7	18.9	18.9	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

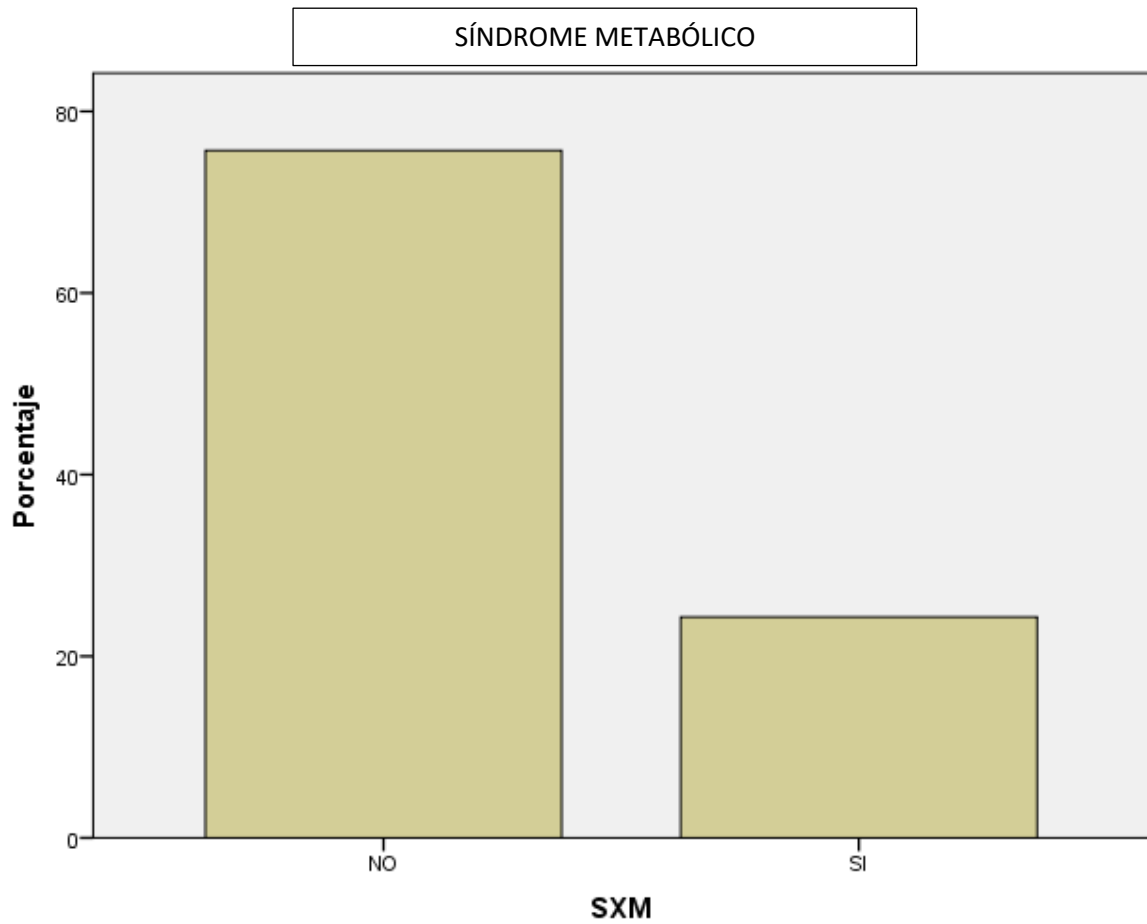
Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023



Cuadro 12. Distribución de población atendida por diagnóstico de Síndrome Metabólico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	28	75.7	75.7	75.7
	SI	9	24.3	24.3	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

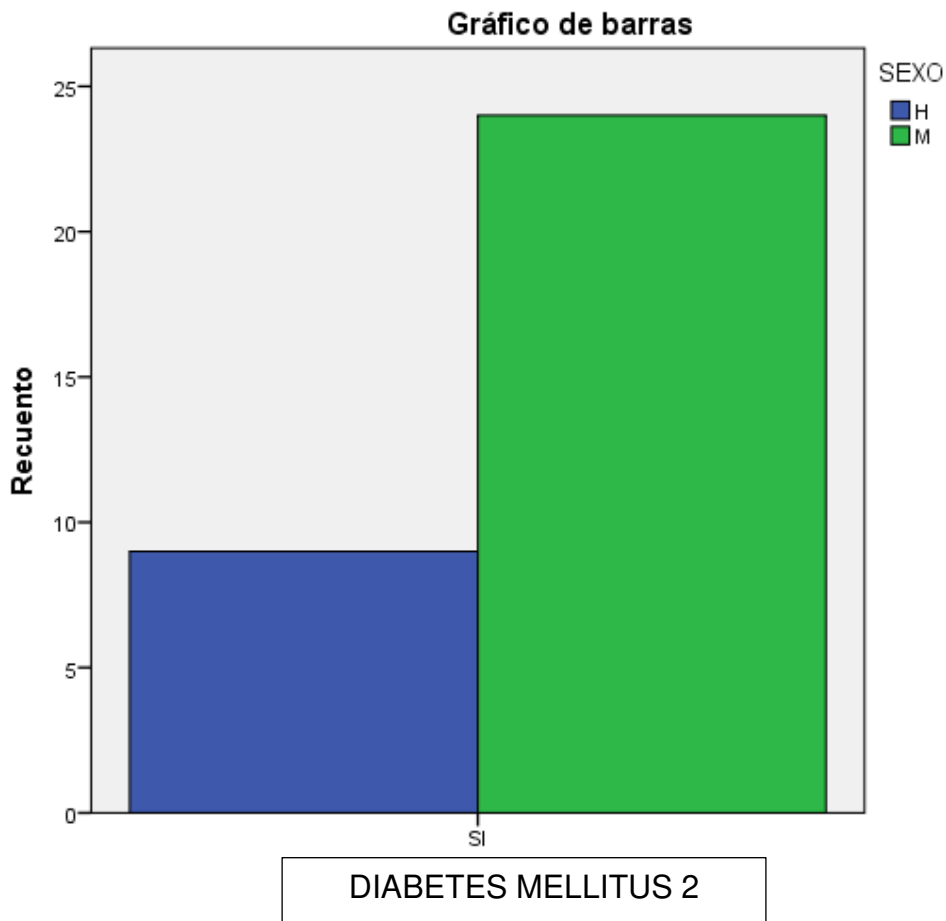
Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023



b. Población atendida por diagnóstico y sexo

Cuadro13. Población atendida por Diabetes Mellitus 2 y sexo					
			SEXO		Total
			H	M	
DIABETES	SI	Recuento	9	24	33
		% dentro de DIABETES	27.3%	72.7%	100.0%
		% dentro de SEXO	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	27.3%	72.7%	100.0%
Total	Recuento		9	24	33
	% dentro de DIABETES		27.3%	72.7%	100.0%
	% dentro de SEXO		100.0%	100.0%	100.0%
	% del total		27.3%	72.7%	100.0%

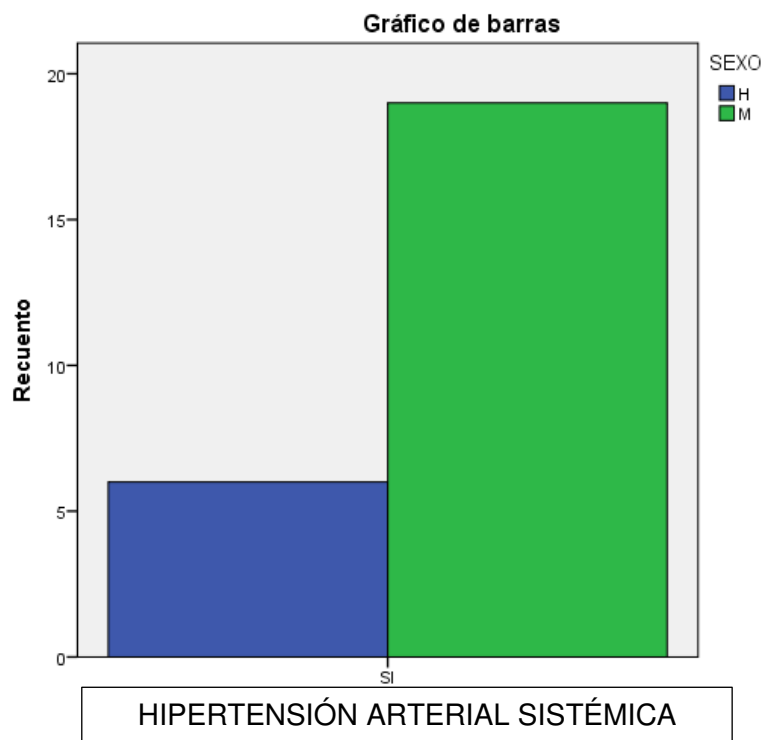
Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023



Cuadro 14. Población atendida por Hipertensión Arterial Mellitus 2 y sexo

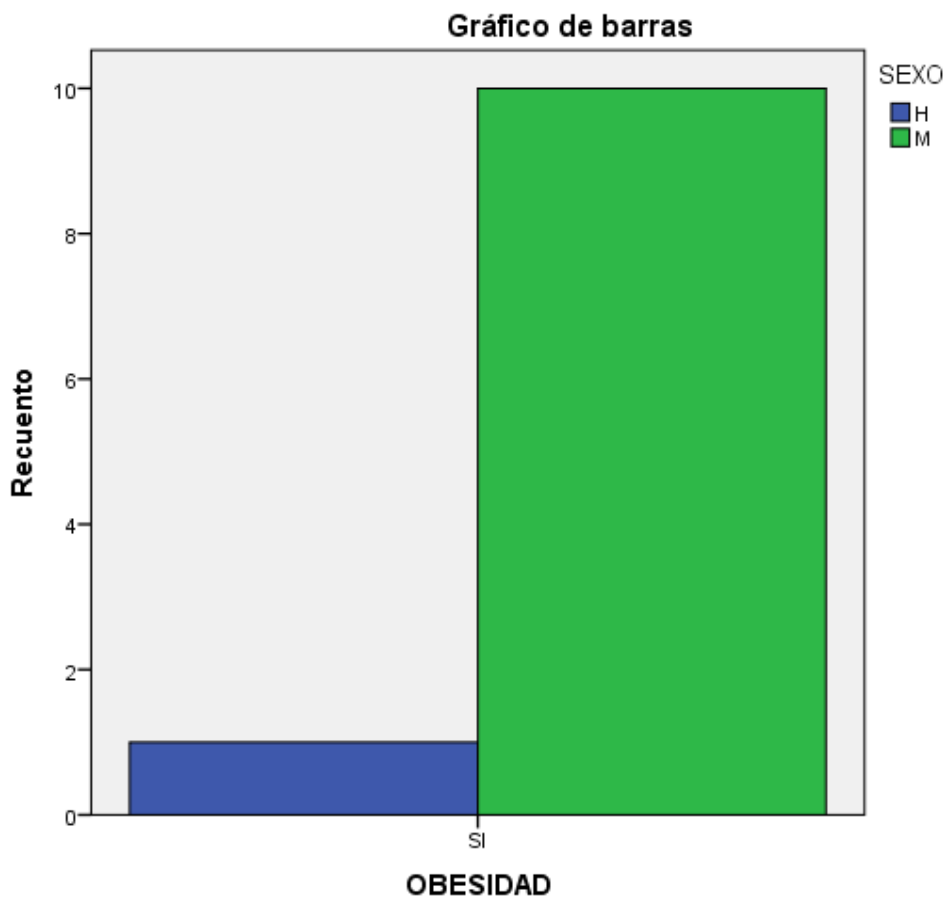
			SEXO		Total
			H	M	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	SI	Recuento	6	19	25
		% dentro de HIPERTENSION	24.0%	76.0%	100.0%
		% dentro de SEXO	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	24.0%	76.0%	100.0%
Total		Recuento	6	19	25
		% dentro de HIPERTENSION	24.0%	76.0%	100.0%
		% dentro de SEXO	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	24.0%	76.0%	100.0%

Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023



Cuadro 15. Población atendida por Obesidad y Sexo					
			SEXO		Total
			H	M	
OBESIDAD	SI	Recuento	1	10	11
		% dentro de OBESIDAD	9.1%	90.9%	100.0%
		% dentro de SEXO	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	9.1%	90.9%	100.0%
Total		Recuento	1	10	11
		% dentro de OBESIDAD	9.1%	90.9%	100.0%
		% dentro de SEXO	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	9.1%	90.9%	100.0%

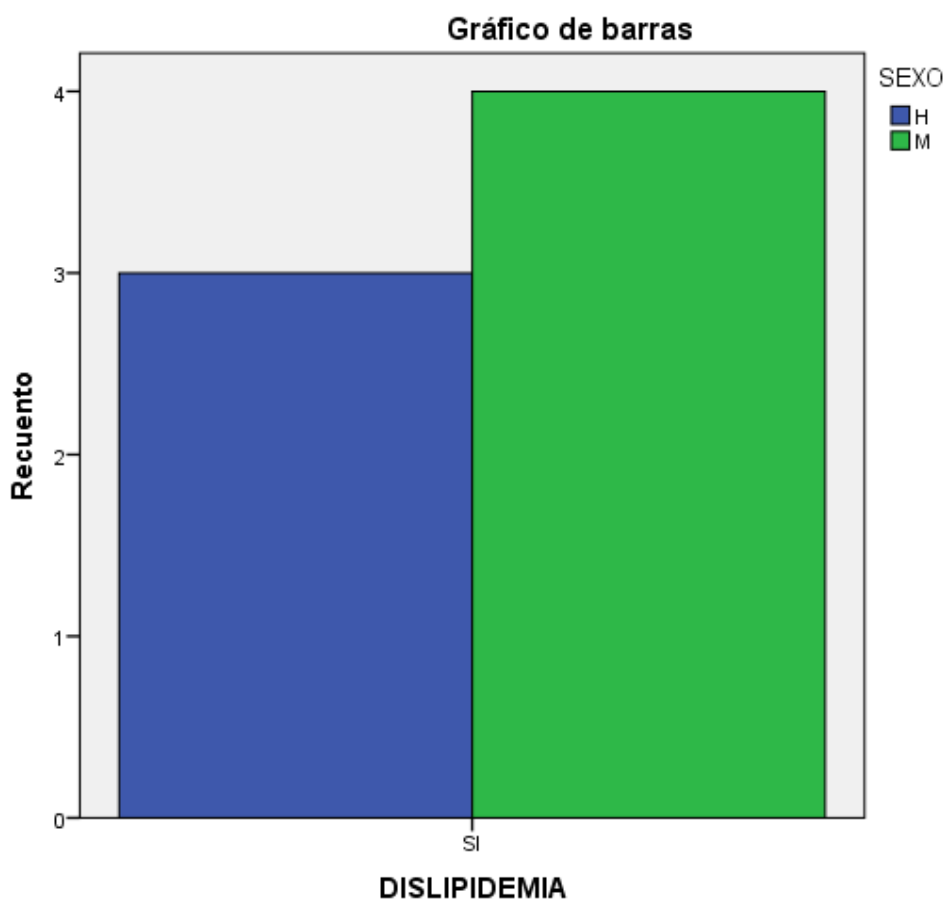
Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023



Cuadro16. Población atendida por Dislipidemia y Sexo

			SEXO		Total
			H	M	
DISLIPIDEMIA	SI	Recuento	3	4	7
		% dentro de DISLIPIDEMIA	42.9%	57.1%	100.0%
		% dentro de SEXO	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	42.9%	57.1%	100.0%
Total		Recuento	3	4	7
		% dentro de DISLIPIDEMIA	42.9%	57.1%	100.0%
		% dentro de SEXO	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	42.9%	57.1%	100.0%

Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023

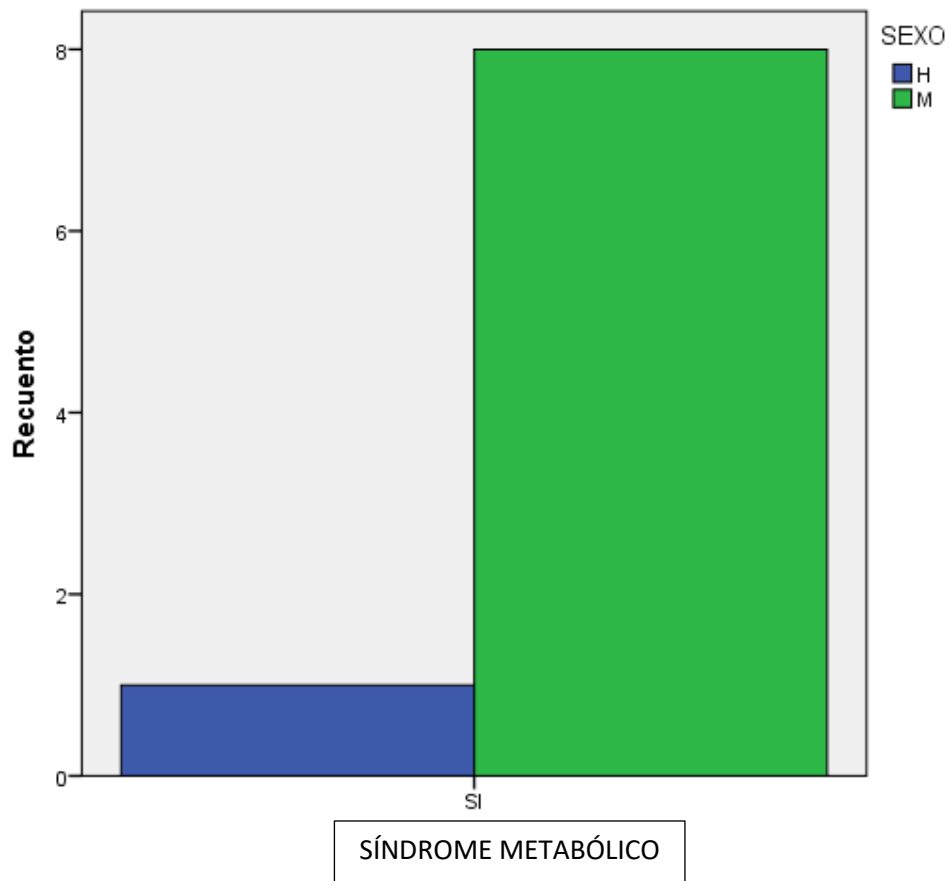


Cuadro17. Población atendida por Síndrome Metabólico y Sexo

			SEXO		Total
			H	M	
SINDROME METABÓLICO	SI	Recuento	1	8	9
		% dentro de SINDROME	11.1%	88.9%	100.0%
		% dentro de SEXO	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	11.1%	88.9%	100.0%
Total		Recuento	1	8	9
		% dentro de SINDROME	11.1%	88.9%	100.0%
		% dentro de SEXO	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	11.1%	88.9%	100.0%

Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023

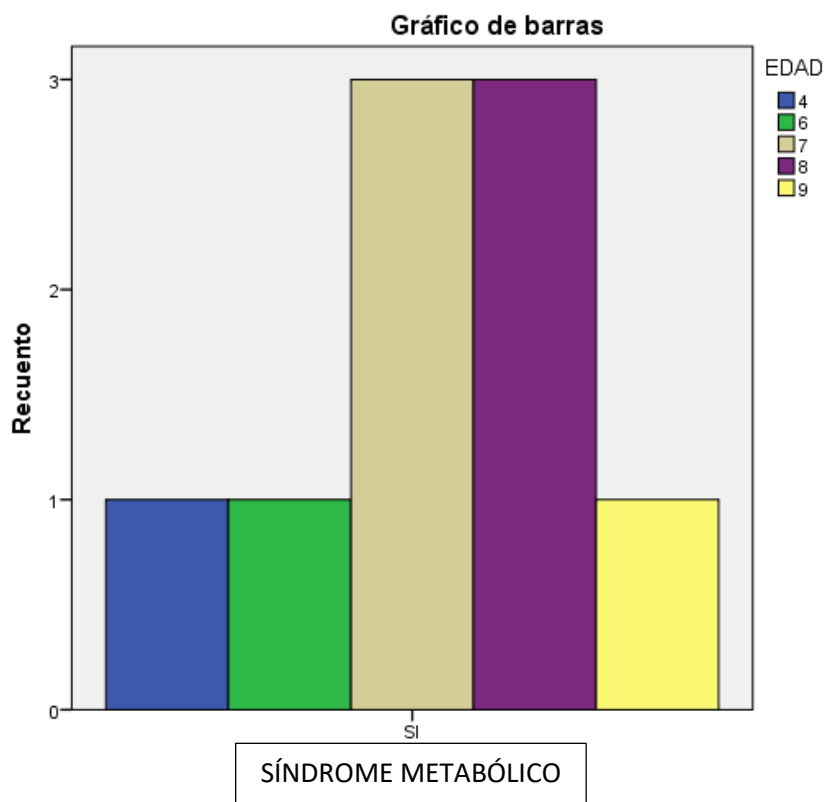
Gráfico de barras



c. Población atendida por diagnóstico y grupos de edad

Cuadro18. Población atendida por Síndrome Metabólico y Grupo decenal								
			Grupo decenal					Total
			4a	6a	7a	8a	9a	
SINDROME METABÓLICO	SI	Recuento	1	1	3	3	1	9
		% dentro de SINDROME	11.1%	11.1%	33.3%	33.3%	11.1%	100.0%
		% dentro de EDAD	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	11.1%	11.1%	33.3%	33.3%	11.1%	100.0%
Total		Recuento	1	1	3	3	1	9
		% dentro de SINDROME	11.1%	11.1%	33.3%	33.3%	11.1%	100.0%
		% dentro de EDAD	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	11.1%	11.1%	33.3%	33.3%	11.1%	100.0%

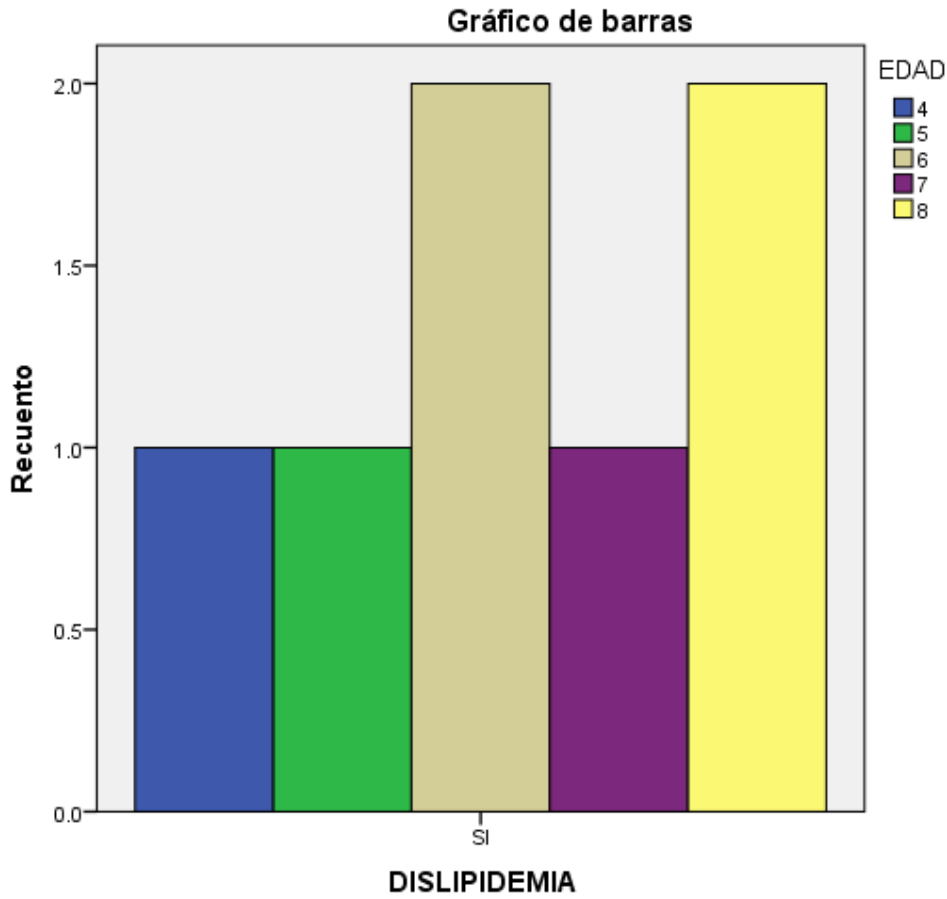
Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023



Cuadro19. Población atendida por Dislipidemia y Grupo decenal

			EDAD					Total
			4a	5a	6a	7a	8a	
DISLIPIDEMIA	SI	Recuento	1	1	2	1	2	7
		% dentro de DISLIPIDEMIA	14.3%	14.3%	28.6%	14.3%	28.6%	100.0%
		% dentro de EDAD	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	14.3%	14.3%	28.6%	14.3%	28.6%	100.0%
Total		Recuento	1	1	2	1	2	7
		% dentro de DISLIPIDEMIA	14.3%	14.3%	28.6%	14.3%	28.6%	100.0%
		% dentro de EDAD	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	14.3%	14.3%	28.6%	14.3%	28.6%	100.0%

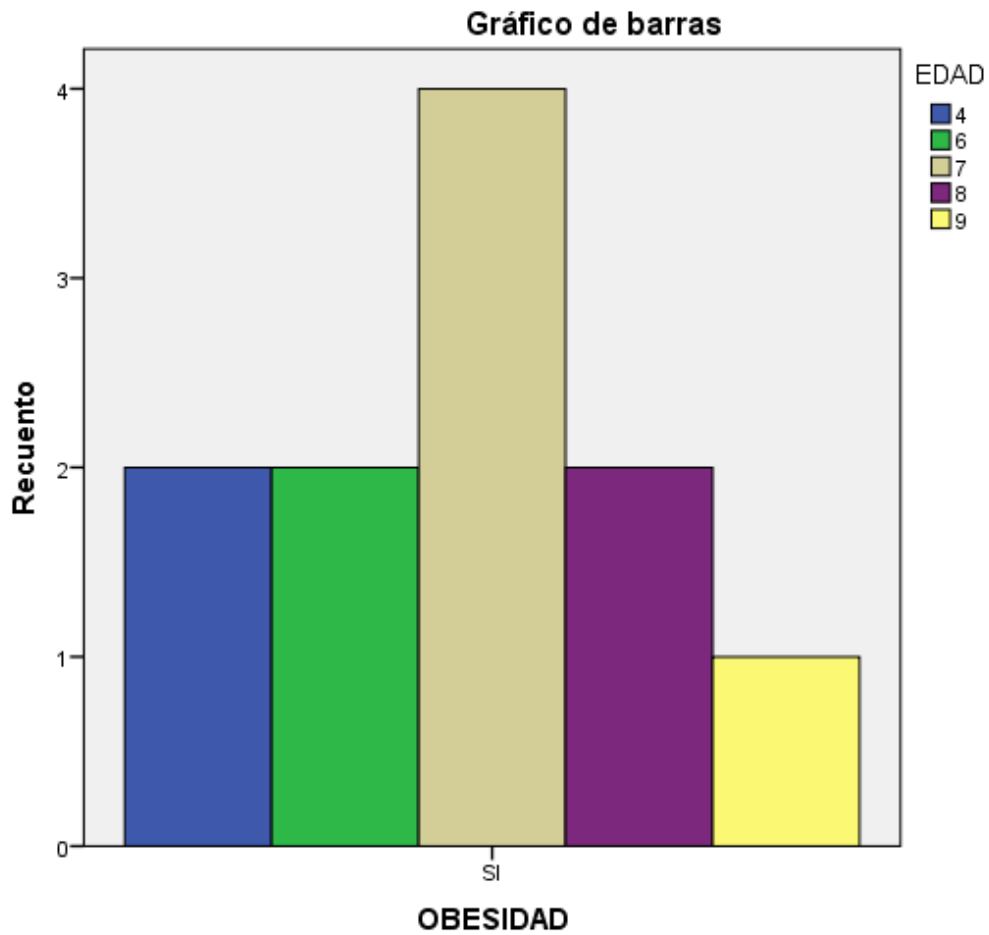
Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023



Cuadro 20. Población atendida por Obesidad y Grupo decenal

			EDAD					Total
			4a	6a	7a	8a	9a	
OBESIDAD	SI	Recuento	2	2	4	2	1	11
		% dentro de OBESIDAD	18.2%	18.2%	36.4%	18.2%	9.1%	100.0%
		% dentro de EDAD	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	18.2%	18.2%	36.4%	18.2%	9.1%	100.0%
Total		Recuento	2	2	4	2	1	11
		% dentro de OBESIDAD	18.2%	18.2%	36.4%	18.2%	9.1%	100.0%
		% dentro de EDAD	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	18.2%	18.2%	36.4%	18.2%	9.1%	100.0%

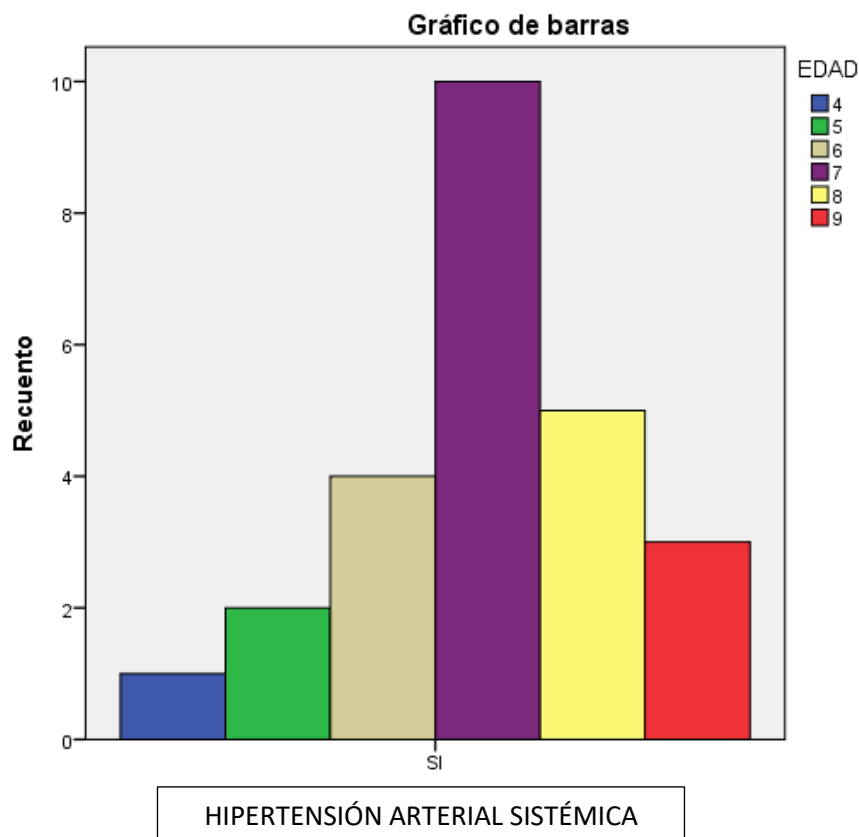
Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023



Cuadro 21. Población atendida por Hipertensión Arterial Sistémica y Grupo decenal

			EDAD						Total
			4a	5a	6a	7a	8a	9a	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	SI	Recuento	1	2	4	10	5	3	25
		% dentro de HIPERTENSION	4.0%	8.0%	16.0%	40.0%	20.0%	12.0%	100.0%
		% dentro de EDAD	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	4.0%	8.0%	16.0%	40.0%	20.0%	12.0%	100.0%
Total		Recuento	1	2	4	10	5	3	25
		% dentro de HIPERTENSION	4.0%	8.0%	16.0%	40.0%	20.0%	12.0%	100.0%
		% dentro de EDAD	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	4.0%	8.0%	16.0%	40.0%	20.0%	12.0%	100.0%

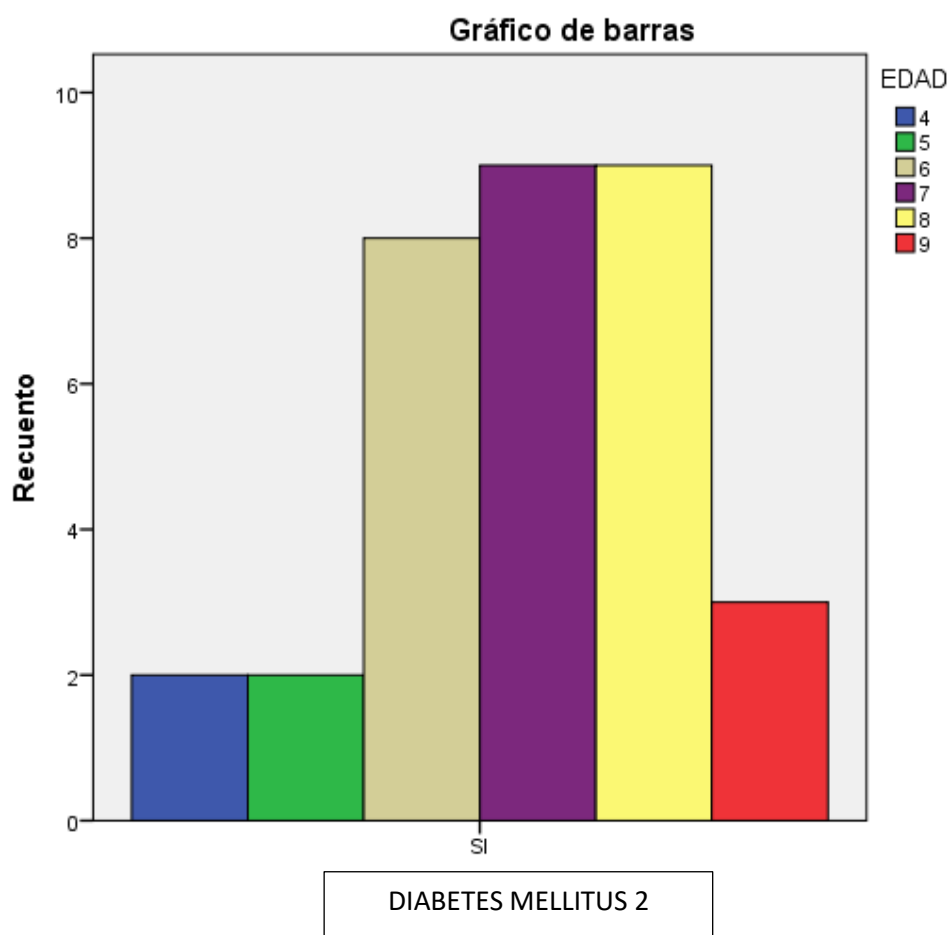
Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023



Cuadro 22. Población atendida por Diabetes Mellitus 2 y Grupo decenal

			GRUPO DECENAL					Total	
			4ª	5a	6a	7a	8a		9a
DIABETES	SI	Recuento	2	2	8	9	9	3	33
		% dentro de DIABETES	6.1%	6.1%	24.2%	27.3%	27.3%	9.1%	100.0%
		% dentro de EDAD	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	6.1%	6.1%	24.2%	27.3%	27.3%	9.1%	100.0%
Total		Recuento	2	2	8	9	9	3	33
		% dentro de DIABETES	6.1%	6.1%	24.2%	27.3%	27.3%	9.1%	100.0%
		% dentro de EDAD	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	6.1%	6.1%	24.2%	27.3%	27.3%	9.1%	100.0%

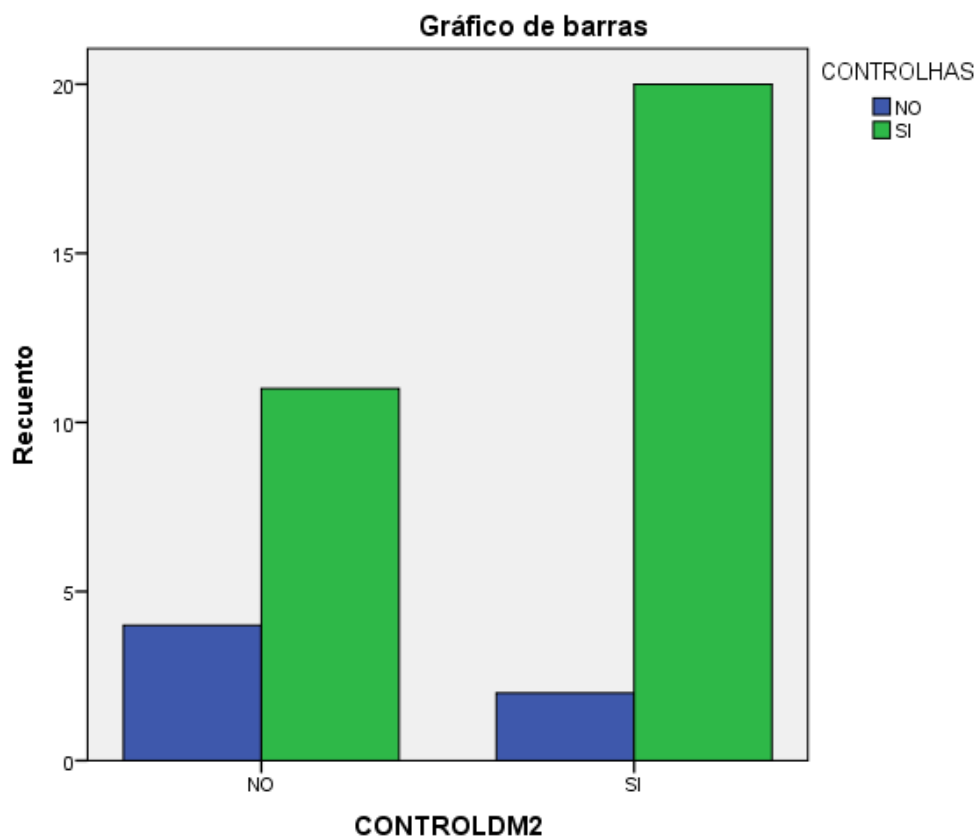
Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Taltenco. Febrero 2022 – enero 2023



Cuadro 23. Población atendida con diagnóstico de diabetes mellitus tipos 2 e hipertensión arterial sistémica

			CONTROL HAS		Total
			NO	SI	
CONTROL Diabetes Mellitus 2	NO	Recuento	4	11	15
		% dentro de CONTROLDM2	26.7%	73.3%	100.0%
		% dentro de CONTROLHAS	66.7%	35.5%	40.5%
		% del total	10.8%	29.7%	40.5%
	SI	Recuento	2	20	22
		% dentro de CONTROLDM2	9.1%	90.9%	100.0%
		% dentro de CONTROLHAS	33.3%	64.5%	59.5%
		% del total	5.4%	54.1%	59.5%
Total		Recuento	6	31	37
		% dentro de CONTROLDM2	16.2%	83.8%	100.0%
		% dentro de CONTROLHAS	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	16.2%	83.8%	100.0%

Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023

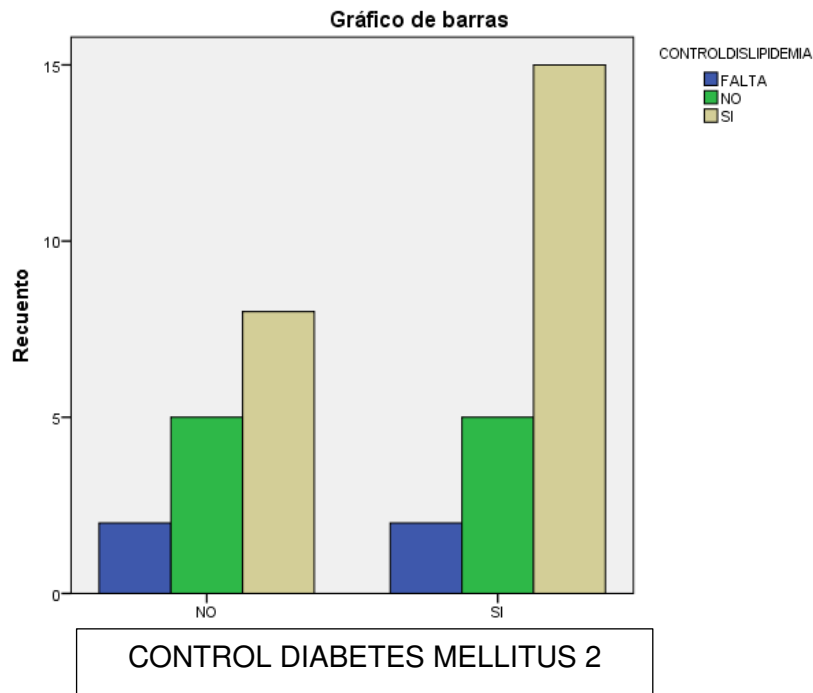


Cuadro 24. Población atendida con diagnóstico de diabetes mellitus tipos 2 y dislipidemia

			CONTROL DISLIPIDEMIA			Total
			SIN ESTUDIO*	NO	SI	
CONTROL DIABETES MELLITUS 2	NO	Recuento	2	5	8	15
		% dentro de CONTROLDM2	13.3%	33.3%	53.3%	100.0%
		% dentro de CONTROLDISLIPIDEMIA	50.0%	50.0%	34.8%	40.5%
		% del total	5.4%	13.5%	21.6%	40.5%
	SI	Recuento	2	5	15	22
		% dentro de CONTROLDM2	9.1%	22.7%	68.2%	100.0%
		% dentro de CONTROLDISLIPIDEMIA	50.0%	50.0%	65.2%	59.5%
		% del total	5.4%	13.5%	40.5%	59.5%
Total	Recuento	4	10	23	37	
	% dentro de CONTROLDM2	10.8%	27.0%	62.2%	100.0%	
	% dentro de CONTROLDISLIPIDEMIA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	10.8%	27.0%	62.2%	100.0%	

Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltemco. Febrero 2022 – enero 2023

*Distribución de pacientes sin ningún registro de lípidos por falta de reactivos

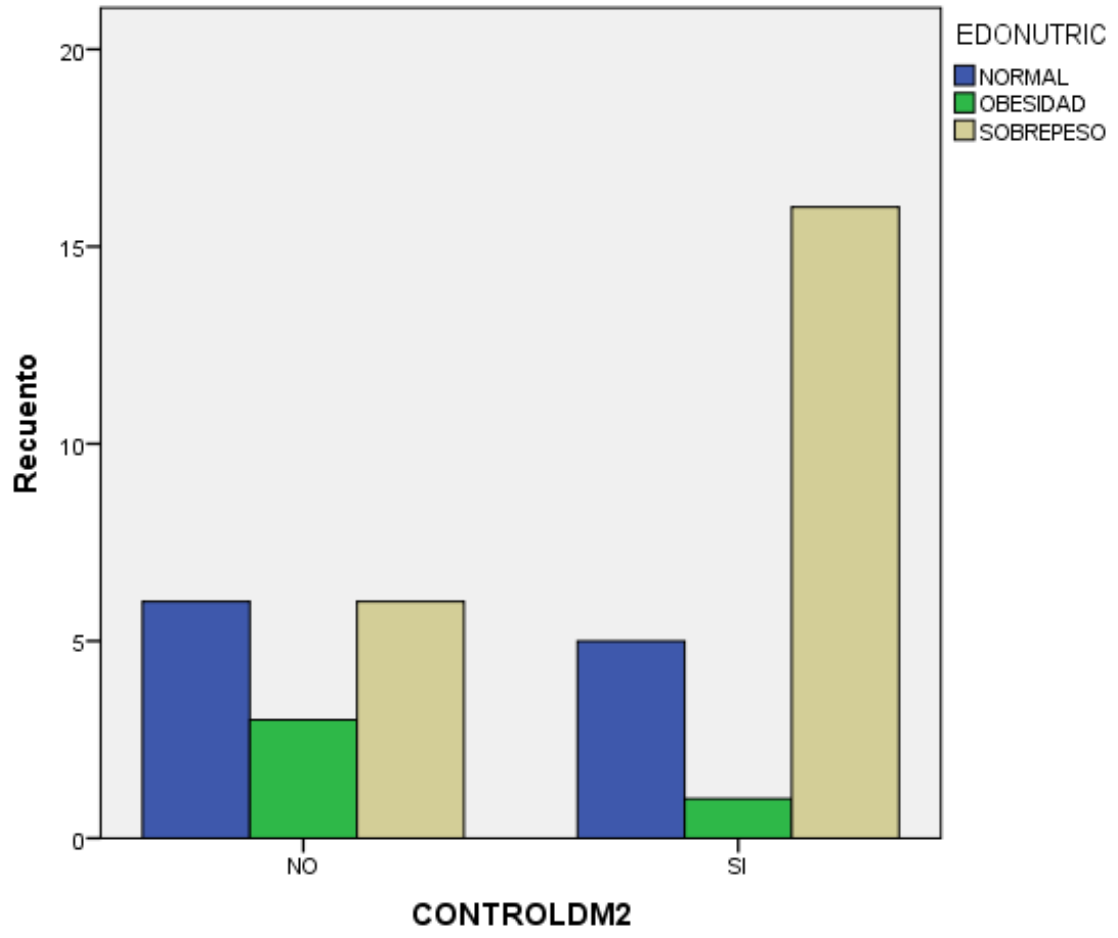


Cuadro 25. Población atendida con diagnóstico de diabetes mellitus tipos 2 y estado nutricional

			ESTADO NUTRICIONAL			Total
			NORMAL	OBESIDAD	SOBREPESO	
CONTROL Diabetes Mellitus 2	NO	Recuento	6	3	6	15
		% dentro de CONTROLDM2	40.0%	20.0%	40.0%	100.0%
		% dentro de EDONUTRIC	54.5%	75.0%	27.3%	40.5%
		% del total	16.2%	8.1%	16.2%	40.5%
	SI	Recuento	5	1	16	22
		% dentro de CONTROLDM2	22.7%	4.5%	72.7%	100.0%
		% dentro de EDONUTRIC	45.5%	25.0%	72.7%	59.5%
		% del total	13.5%	2.7%	43.2%	59.5%
Total	Recuento	11	4	22	37	
	% dentro de CONTROLDM2	29.7%	10.8%	59.5%	100.0%	
	% dentro de EDONUTRIC	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	29.7%	10.8%	59.5%	100.0%	

Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023

Gráfico de barras

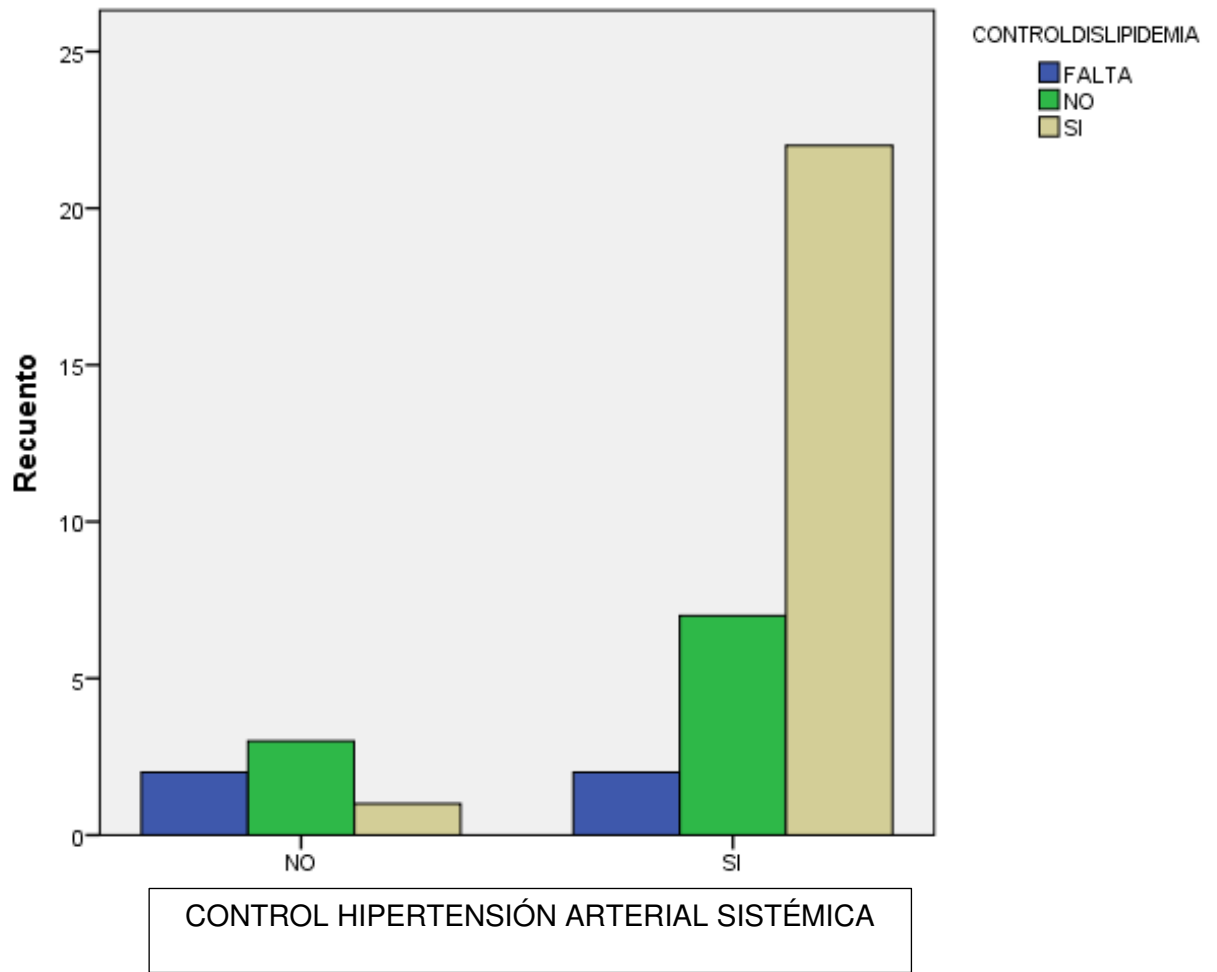


Cuadro 26. Población atendida con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica y dislipidemia

			CONTROL DISLIPIDEMIA			Total
			FALTA	NO	SI	
CONTROL Hipertensión Arterial Sistémica	NO	Recuento	2	3	1	6
		% dentro de CONTROLHAS	33.3%	50.0%	16.7%	100.0%
		% dentro de CONTROLDISLIPIDEMIA	50.0%	30.0%	4.3%	16.2%
		% del total	5.4%	8.1%	2.7%	16.2%
	SI	Recuento	2	7	22	31
		% dentro de CONTROLHAS	6.5%	22.6%	71.0%	100.0%
		% dentro de CONTROLDISLIPIDEMIA	50.0%	70.0%	95.7%	83.8%
		% del total	5.4%	18.9%	59.5%	83.8%
Total		Recuento	4	10	23	37
		% dentro de CONTROLHAS	10.8%	27.0%	62.2%	100.0%
		% dentro de CONTROLDISLIPIDEMIA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	10.8%	27.0%	62.2%	100.0%

Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023

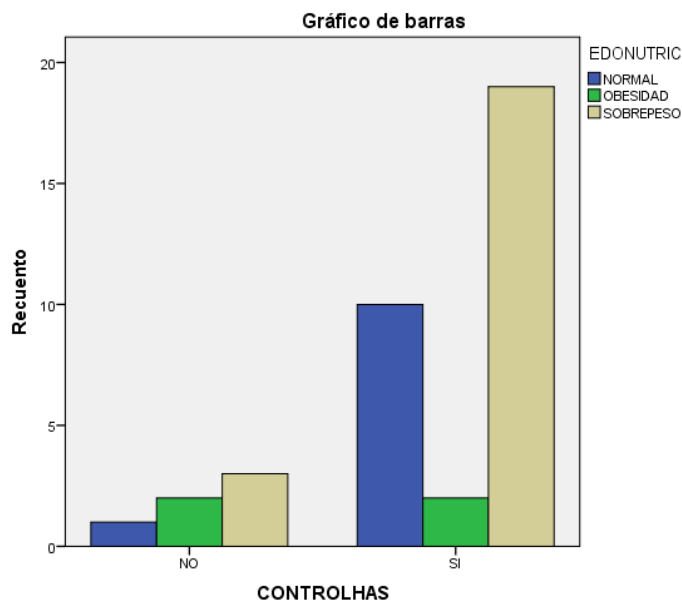
Gráfico de barras



Cuadro 27. Población atendida con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica y estado nutricional

			Estado Nutricional			Total
			NORMAL	OBESIDAD	SOBREPESO	
CONTROL Hipertensión Arterial Sistémica	NO	Recuento	1	2	3	6
		% dentro de CONTROLHAS	16.7%	33.3%	50.0%	100.0%
		% dentro de EDONUTRIC	9.1%	50.0%	13.6%	16.2%
		% del total	2.7%	5.4%	8.1%	16.2%
	SI	Recuento	10	2	19	31
		% dentro de CONTROLHAS	32.3%	6.5%	61.3%	100.0%
		% dentro de EDONUTRIC	90.9%	50.0%	86.4%	83.8%
		% del total	27.0%	5.4%	51.4%	83.8%
Total	Recuento	11	4	22	37	
	% dentro de CONTROLHAS	29.7%	10.8%	59.5%	100.0%	
	% dentro de EDONUTRIC	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	29.7%	10.8%	59.5%	100.0%	

Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023

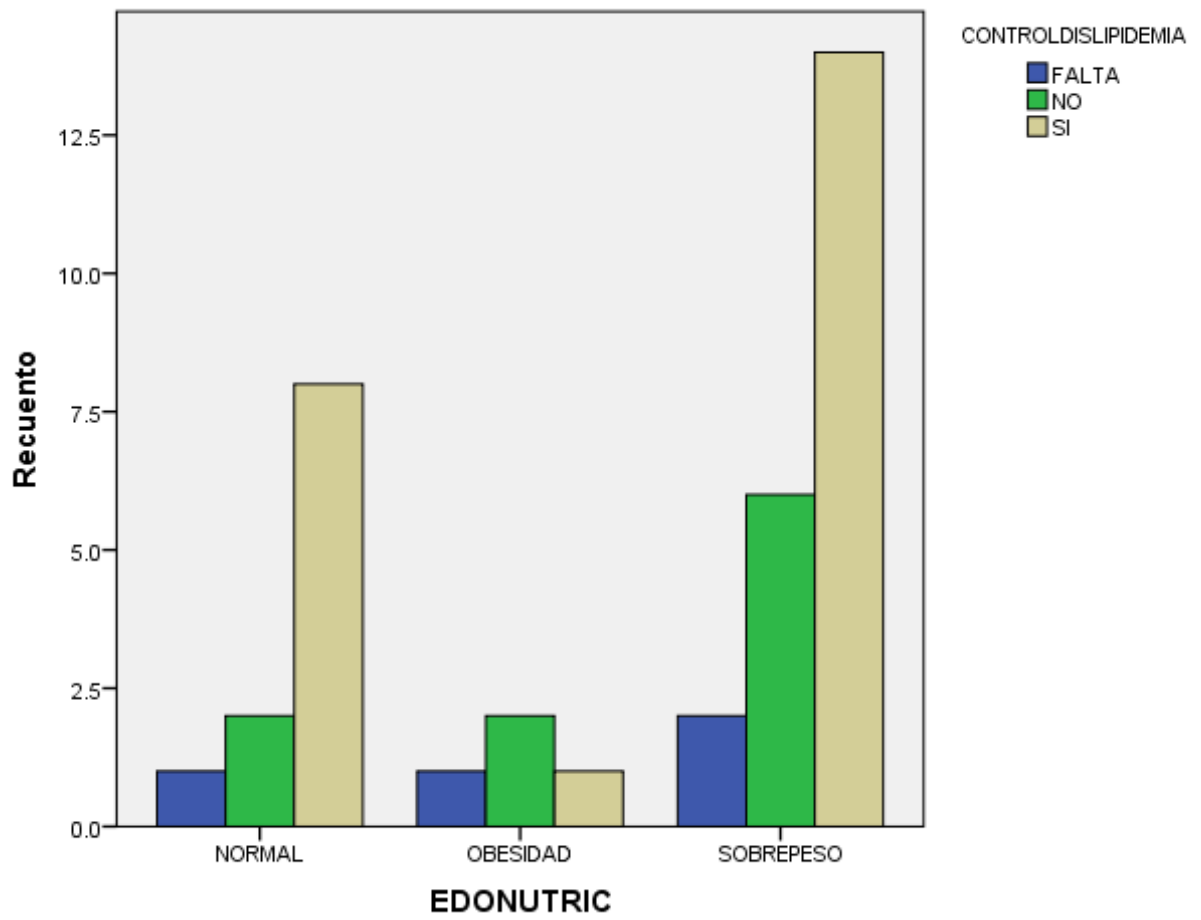


Cuadro 28. Población atendida con diagnóstico de estado nutricional y dislipidemia

		CONTROL DISLIPIDEMIA			Total	
		FALTA	NO	SI		
ESTADO NUTRICIONAL	NORMAL	Recuento	1	2	8	11
		% dentro de EDONUTRIC	9.1%	18.2%	72.7%	100.0%
		% dentro de CONTROLDISLIPIDEMIA	25.0%	20.0%	34.8%	29.7%
		% del total	2.7%	5.4%	21.6%	29.7%
	OBESIDAD	Recuento	1	2	1	4
		% dentro de EDONUTRIC	25.0%	50.0%	25.0%	100.0%
		% dentro de CONTROLDISLIPIDEMIA	25.0%	20.0%	4.3%	10.8%
		% del total	2.7%	5.4%	2.7%	10.8%
	SOBREPESO	Recuento	2	6	14	22
		% dentro de EDONUTRIC	9.1%	27.3%	63.6%	100.0%
		% dentro de CONTROLDISLIPIDEMIA	50.0%	60.0%	60.9%	59.5%
		% del total	5.4%	16.2%	37.8%	59.5%
Total		Recuento	4	10	23	37
		% dentro de EDONUTRIC	10.8%	27.0%	62.2%	100.0%
		% dentro de CONTROLDISLIPIDEMIA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	10.8%	27.0%	62.2%	100.0%

Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023

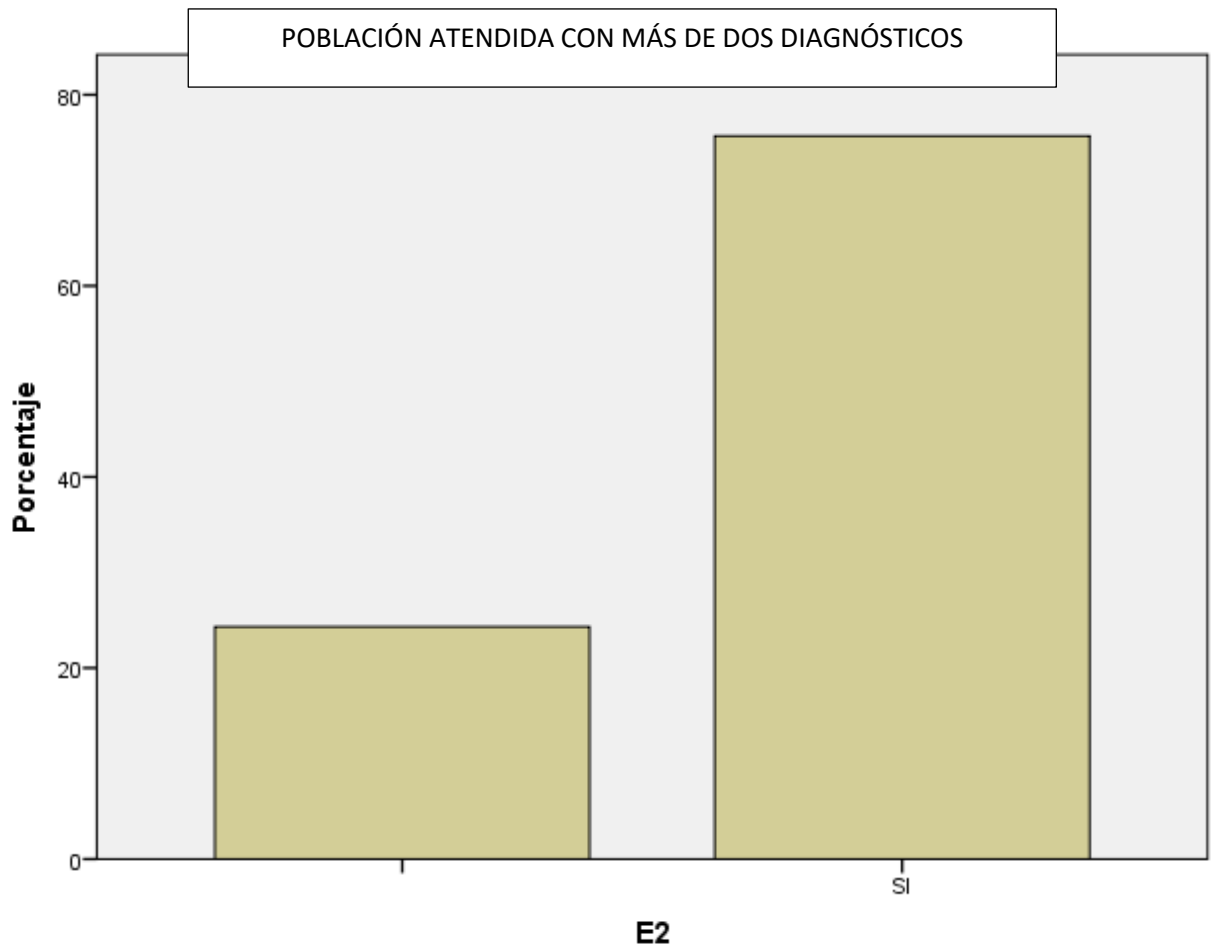
Gráfico de barras



Cuadro 29. Población atendida con más de dos diagnósticos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido		9	24.3	24.3	24.3
	SI	28	75.7	75.7	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023

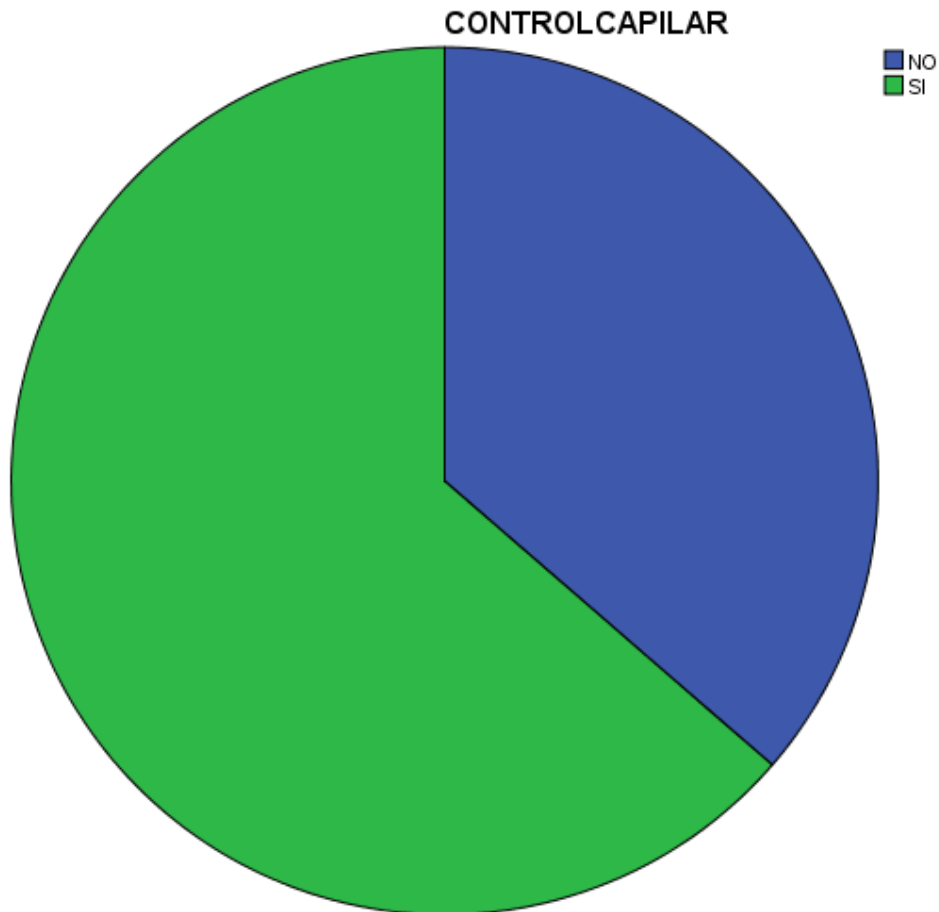


5. Resultados de control de enfermedad crónica

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

Cuadro 30. Casos y porcentajes de control de diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo con glicemia capilar					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	8	36.4	36.4	36.4
	SI	14	63.6	63.6	100.0
	Total	22*	100.0	100.0	

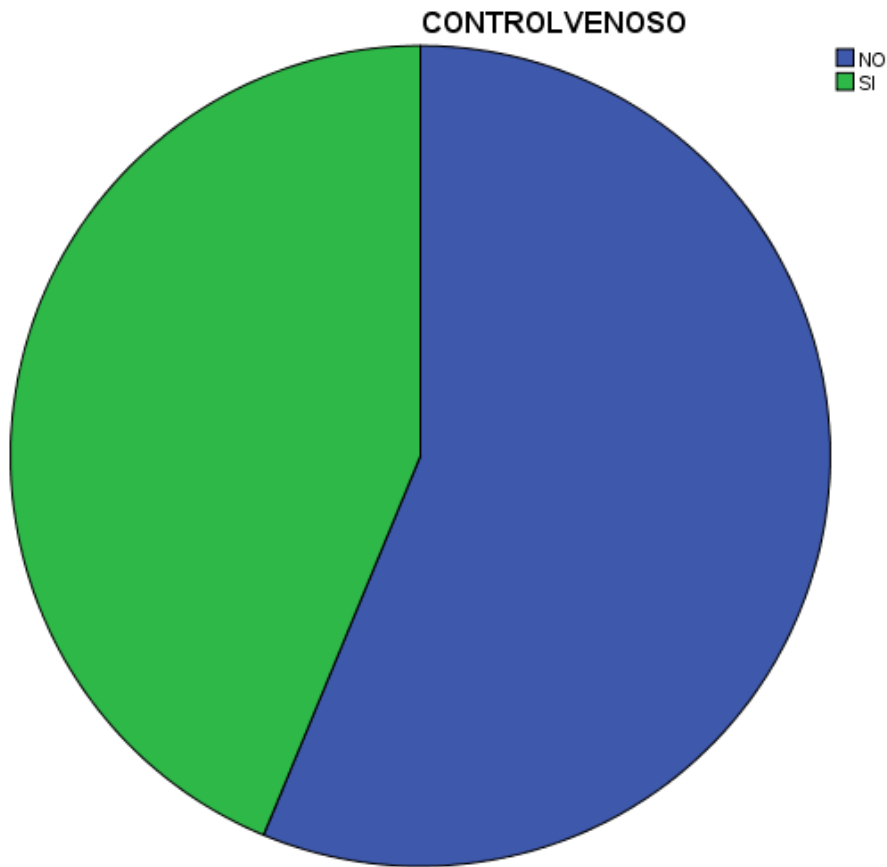
Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023
*La distribución está limitada a 22 pacientes con los que se contó con tiras reactivas para la toma de glucosa capilar.



Cuadro31. Casos y porcentajes de control de diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo con glicemia venosa					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	9	56.3	56.3	56.3
	SI	7	43.8	43.8	100.0
	Total	16*	100.0	100.0	

Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023

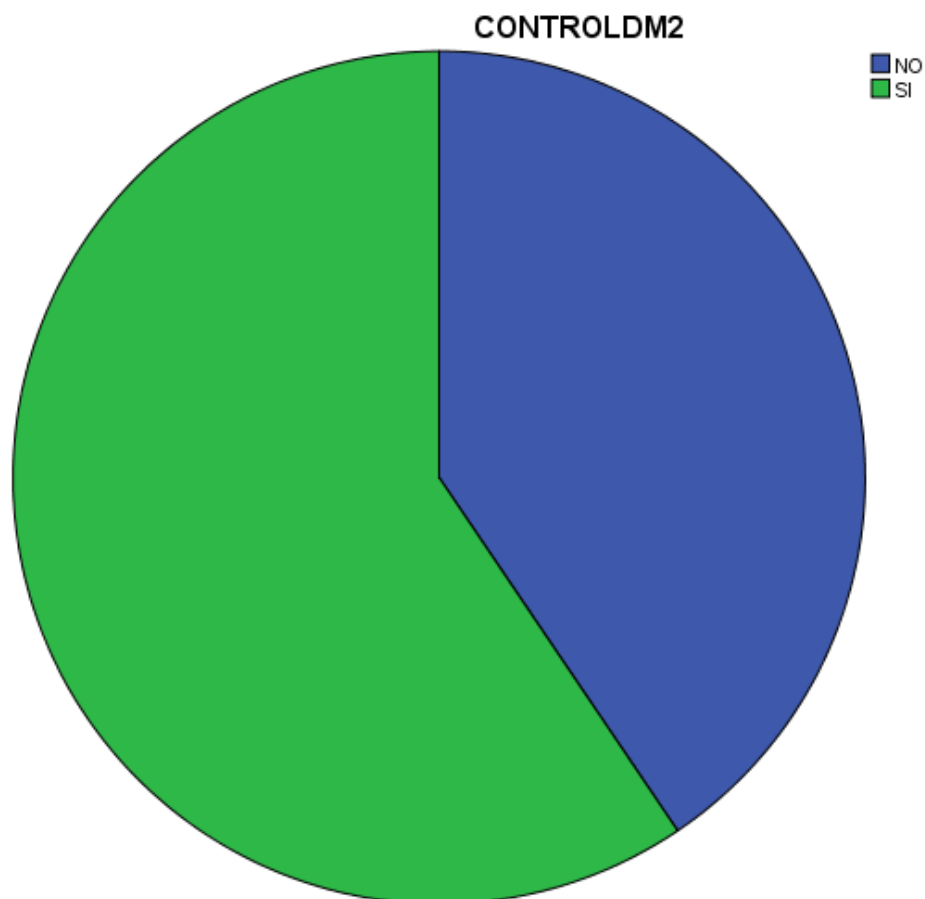
*La distribución está limitada a 16 pacientes con los que se contó con tiras reactivas para la toma de glucosa venosa.



Cuadro 32. Casos y porcentajes de control de Diabetes Mellitus tipo 2 de acuerdo con hemoglobina glicada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	15	40.5	40.5	40.5
	SI	22	59.5	59.5	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

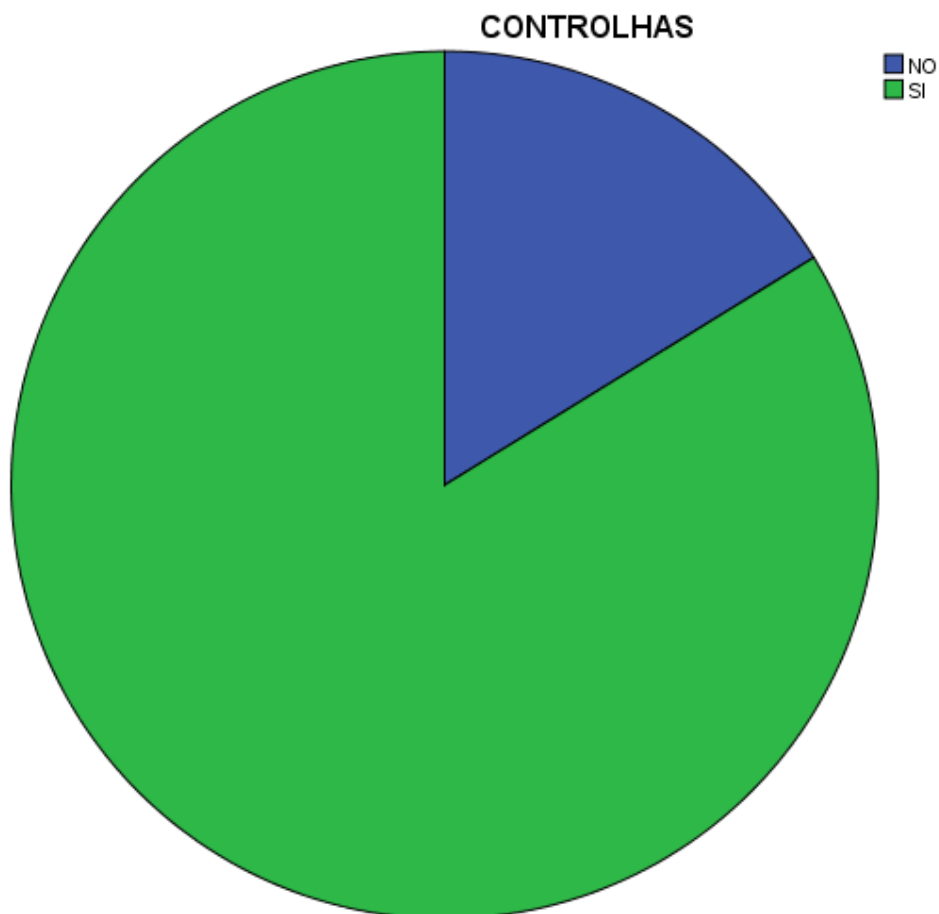
Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. Febrero 2022 – enero 2023



Cuadro33. Casos y porcentajes de control de hipertensión arterial de acuerdo con T.A.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	6	16.2	16.2	16.2
	SI	31	83.8	83.8	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

Fuente: Registro RedCap. CST-III San Francisco Tlaltenco. 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 los cuales surgieron muchas dudas de manejo, además de temas derivados y abordados en las sesiones posteriores.

Durante las sesiones hubo especialistas que apoyaron a la toma de decisiones en el manejo de cada uno de los 4 casos presentados. Cada caso fue presentado dentro de un grupo de participantes, de los cuales fueron hechas el primer grupo de preguntas y que posteriormente se acotaron las preguntas más relevantes.

Por ejemplo: manejo adecuado de las insulinas, titulación y distribución a lo largo del día; cómo debe suministrarse el tratamiento farmacológico oral con forme las necesidades de control; con quién podemos apoyarnos para el manejo integral, como grupos de ayuda mutua, nutrición, segundo nivel, etc.; en qué momento referir a una clínica especializada o segundo nivel de atención; qué hacer si el centro de salud no cuenta con los insumos necesarios para atender a las personas; opciones de ejercicios en el caso de que se dificulte la movilidad o haya riesgo de caídas; la importancia de evaluar riesgo cardiovascular y cédulas de tamizaje por edad y sexo.

Incluyo el caso clínico de Salvador, quien acude a consulta en el centro de salud donde realizo el servicio social.

CASO CLÍNICO
Aplicación de insulinas

Salvador Martínez
 Fecha de nacimiento: 22/05/1951
 Sexo: Hombre
 Edad: 70 años
 Estado civil: Casado
 Escolaridad: 5º Secundaria
 Ocupación: Empleado (chofer)
 Domicilio: Col. San Francisco
 Tlaltenco
 Ingreso al programa: 27/05/2020
 (Fecha primer-nota)

PESO	53.00
TALLA	1.70
T/A:	110/70
FR:	18
FC:	85
TEMP:	36.5
IMC	18.34
SAO2	93%

FECHA	GLUCOSA	SITUACIÓN	HbA1C	MEDICAMENTOS
01/07/2021	483	Capilar		Metformina 850 mg c/12 h Insulina NPH 22-0-12 UI
02/07/2021			15.8	
28/07/2021	177 354	Capilar QS		Metformina 850 mg c/12 h Insulina NPH 22-0-14 UI
31/08/2021	166	Capilar		Metformina 850 mg c/12 h Insulina NPH 22-0-17 UI
25/11/2021	104	Capilar		Metformina 850 mg c/12 h Insulina NPH 25-0-18 UI
05/01/2022	340	Capilar		Metformina 850 mg c/12 h Insulina NPH 27-0-18 UI
21/01/2022	175	QS	15.66	
24/01/2022	352	Capilar		Metformina 850 mg c/12 h Insulina NPH 32-0-20 U
17/03/2022	350	Capilar		Metformina 850 mg c/12 h+ Insulina NPH 32-0-20 UI

Padres finados por complicaciones de Diabetes Mellitus tipo 2. Hermano gemelo finado por complicaciones de Diabetes Mellitus 2.

Realiza 3 comidas al día. Alto consumo en carnes, bajo consumo en cereales, adecuado en leche y leguminosas, no consume frutas ni verduras, agua simple 2 L al día, niega consumo de agua de sabor, refrescos o jugos, (consumo excesivo de carbohidratos), consumo promedio de 1740 kcal/día. Higiene oral 3 veces al día. Hábitos de ejercicio ocasionalmente. Tabaquismo iniciado a los 18 años (actualmente 1 cigarro por semana), etilismo iniciado a los 18 años, con frecuencia 1 vez cada 8 días sin llegar a la embriaguez, actualmente ocasional sin llegar a la embriaguez. Varicela a los 3 años que resuelve sin aparentes complicaciones. Caries, biofilm, cálculo dental, gingivitis (2020). Resina dental (2020).

Diabetes Mellitus 2 diagnosticado enero 2019. Tratado con Metformina 850 mg cada 12 h e Insulina NPH 32 UI por la mañana y 20 UI por la noche subcutánea.

Refiere asintomático, comenta que, desde el diagnóstico, ha bajado mucho de peso. Regular apego en el plan de alimentación y regular apego al plan de actividad física. Niega otras enfermedades y tratamientos. Acude el día de hoy para control de su enfermedad crónica. Niega sintomatología de IVUS e IRAS. Niega cefalea, acufenos y fosfenos.

FECHA	GLUCOSA	SITUACIÓN	HbA1C	MEDICAMENTOS
18/04/2018	117	QS		
20/04/2018	118	Curva de tolerancia a la glucosa	7	METFORMINA 850 MG C/12 H
02/10/2019	450 1000	QS EGO	9.8	METFORMINA 850 MG C/12 H +INSULINA GLARGINA 15 UI POR LA NOCHE CADA 24 H
17/01/2020	308	QS		
08/05/2020	114 1000	QS EGO		PACIENTE DISMINUYE DOSIS DE INSULINA POR HIPOGLUCEMIA
PANDEMIA				METFORMINA 850 MG C/24 H POR 3 MESES + INSULINA GLARGINA 15 UI POR LA NOCHE CADA 24 H
05/02/2021	300	CAPILAR		Insulina NPH 20 UI cada 24 h + metformina 850 mg c/8 h
27/05/2021	361	CAPILAR		Insulina NPH 18-0-6 UI No tiene dinero para la Glargina y usa NPH
14/06/2022	133	CAPILAR		Metformina 850 mg c/12 h Insulina NPH 16-0-8 UI

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?

Considero que fue una elección acertada el hacer mi servicio social, principalmente en un centro de salud y secundariamente en SEDESA. Me considero una profesionista que prefiere la parte clínica en mi desarrollo profesional y este año me permitió eso. Para ser honesta en un inicio del servicio social, no me quedaba tan claro lo que conllevaría el proyecto, sin embargo, fue justo lo que requería para encaminarme a una práctica integral donde pudiera ver a los pacientes como lo que son, personas.

¿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?

Yo me quedo muy a gusto, estoy muy conforme con el manejo de las enfermedades de los pacientes que se llevó a cabo este año. Sobre todo, porque pude tener un acercamiento con las personas que estuvieron dentro del proyecto de una manera más íntima.

¿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?

Aunque pudiera verse como una desventaja, lo cierto es que veo como ventaja que hay una cierta informalidad en la organización de los horarios de consulta. Esto me permitió acomodar las consultas de los pacientes a mi disposición. Otra ventaja que percibí fue que el apoyo por parte de enseñanza fue mucho. La doctora Carina siempre estuvo al pendiente de cualquier situación que se generara.

Por otro lado, las desventajas que suelo ver es la falta de insumos, recursos, medicamentos, reactivos, entre otras cosas. Además del poco apoyo que nos proporcionaban por parte de la directora quien no estaba de acuerdo con el programa implementado ya que afectaba la productividad.

¿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?

Todas las personas las tienen, en un área o más de su vida. A todas y cada una de las personas a quienes atendí a lo largo de este año son el ejemplo por seguir de sus propias familias con respecto a la salud, al bienestar, al compromiso con ellas mismas y a la responsabilidad. Todos eran conscientes de que no había suficientes insumos en el centro de salud, aun con eso continuaban sin dejar de acudir a sus consultas, porque tanto ellas como yo sabíamos que en el momento en que hubiera el recurso lo explotaríamos y aprovecharíamos a hacer lo mejor que se pudiera para su bienestar.

He de reconocer que en varias ocasiones sus aspiraciones y realizaciones estaban conducidas por algún miedo. Temor por enfermar, empeorar, perder algún órgano, ser una carga entre otras cosas sumamente importantes para su vida, pero en la mayoría de las situaciones eran por estar en comunión consigo mismas y por supuesto con su lado religioso, dando gracias a Dios por otro día que le permitía estar.

¿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?

Para mi haber estudiado en la UAM Xochimilco fue la mejor decisión definitivamente. Me permitió aprender y fue una gran guía. Sin embargo, la mejora constante siempre es lo ideal y la Universidad tiene muchas áreas de oportunidad.

Implementar las materias de tronco común en los primeros trimestres de la carrera me parece fundamental, sobre todo en materias como embriología, histología y anatomía. No dejarlas ausentes como un simple taller.

Reevaluar constantemente a los doctores que imparten las clases. No todos tuvieron la actualización en su materia, la disposición para dar las clases o el respeto para los estudiantes ni siquiera.

Definitivamente los años de pandemia generaron una merma significativa ante los conocimientos que se supone debíamos adquirir, pero fue algo que con mucho afectó de formas inimaginables.

Recordatorio de 24 horas (raciones por día)

Recordatorio de consumo calórico 24 horas antes de su consulta

FECHA:		
DESAYUNO 7-8 AM		
Alimento o bebida	Cantidad	Preparación Proteína Verdura Cereal
Colación 10-11 am Alimento o bebida	Cantidad	Preparación Fruta Verdura
Comida 2 -3 pm		
Alimento o bebida	Cantidad	Preparación Proteína Verdura Cereal
Colación 5-6 pm Alimento o bebida	Cantidad	Preparación Fruta Verdura
Cena 7-8 pm		
Alimento o bebida	Cantidad	Preparación Proteína Verdura Cereal
Colación antes de dormir Alimento o bebida	Cantidad	Preparación Solo proteína

MPSS Dánica Ávalos

INFORME TRIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE MEDICINA

1.- IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:	RODRIGUEZ AVALOS EDNA DÁNICA
CARRERA:	MEDICINA
PERIODO QUE REPORTA:	FEBRERO 2022-ABRIL 2022
FECHA DE ENTREGA:	MAYO 2022

2.- SESIONES ACADÉMICAS

ACTIVIDAD	
SEDE DE LA SESIÓN	C.S.T.III SAN FRANCISCO TLALTENCO
NUMERO DE SESIONES A LAS QUE ASISTIO	9 SESIONES SEMANALES (JUEVES) CON TEMAS DE ACCIONES ESENCIALES PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE, LLENADO CORRECTO DE HOJA DIARIA, ENFERMEDAD DE CHAGAS, , ENFERMEDAD DE PARKINSON, GOTA GRUESA NUEVO ORDEN EXPEDIENTE CLINICO, PRUEBA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL (EDI), TUBERCULOSIS, CÁNCER CERVICOUTERNO, CÁNCER DE MAMA, CANCER INFANTIL, PALUDISMO, DENGUE,ACTUALIZACIÓN ANTIRRABICA, GLAUCOMA, PALNIFICACIÓN FAMILIAR ...
PARTICIPO EN CAPACITACION AL PERSONAL DENTRO DE LA UNIDAD	ENCUENTRO DE PACIENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICAS
PARTICIPO COMO PONENTE (NOMBRE DE LA PONENCIA)	NOM 005 PLANIFICACION FAMILIAR, GPC HIPERTENSION ARTERIAL 2021

3.- ACTIVIDADES DE CAMPO

ACTIVIDAD	SI	NO
PRIMERA JORNADA NACIONAL DE SALUD		<input checked="" type="checkbox"/>
SEGUNDA JORNADA NACIONAL DE SALUD		<input checked="" type="checkbox"/>
TERCERA JORNADA NACIONAL DE SALUD		<input checked="" type="checkbox"/>
CERCOS EPIDEMIOLÓGICOS (ESPECIFICAR)		<input checked="" type="checkbox"/>
ELABORACION DE MATERIAL EDUCATIVO	- TARJETAS DE MONITORIZACIÓN PARA PACIENTES CRONICO DEGENERATIVOS - VIDEOS CANAL YOUTUBE "DÁNICA, LA MÉDICA" CHAGAS, OBESIDAD Y SOBREPESO, INFECCION URINARIA, ANSIEDAD, PALUDISMO	<input checked="" type="checkbox"/>
PLATICAS EDUCATIVAS (CONSEJERIAS)	1. EDUCACION SEXUAL 2. OBESIDAD Y SOBREPESO 3. PLANIFICACION FAMILIAR 4. DISLIPIDEMIAS 5. HIPERTENSION ARTERIAL 6. DIABETES MELLITUS 7. DESPARASITACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>
OTROS	-COLABORACIÓN EN DETECCIONES TEMPRANAS DE DIABETES MELLITUS, HIPERTENSIÓN Y OBESIDAD EN EL PROGRAMA "SALUD EN TU VIDA - CURSO EN LINEA "ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE" "LAVADO DE MANOS"	<input checked="" type="checkbox"/>

4.- ACTIVIDADES DE MÓDULO

ACTIVIDAD	NUMERO	OBSERVACIONES
CONSULTAS DE PRIMERA VEZ	40	
CONSULTAS SUBSECUENTES	120	
HISTORIAS CLINICAS	10	
DETECCION DIABETES	75	HOMBRE: 35 <i>salud en fuerza</i> MUJER: 40 <i>Mercedo Sebre</i>
DETECCION CACU (NO. DE CITOLOGIAS REALIZADAS)	0	
DETECCION DE CANCER DE MAMA	0	
DETECCION DE HIPERTENSION ARTERIAL	50	HOMBRE: 37 <i>Mercedo Sebre</i> MUJER: 13
DETECCION ADICCIONES	5	
DETECCION DE VIOLENCIA FAMILIAR	1	
ATENCION PRENATAL	7	<i>RONDON MASCULINO, ANTI CONCEPTIVOS ORALES, ANTI CONCEPTIVOS INYECTABLES</i>
PLANIFICACION FAMILIAR	4	
PREVENCION DE ACCIDENTES	5	
CONTROL DEL NIÑO SANO	10	<i>LINFANGIOMA</i>
TOTAL, DE CONSULTAS CON TUTOR.	0	SE REALIZA CONSULTA EXTERNA EN CONSULTORIO INDEPENDIENTE; SE REVISIA NOTA Y RECETA MÉDICA ASÍ COMO ORDEN DE EXPEDIENTE POR TUTORA AL TÉRMINO DE JORNADA DE CONSULTAS
TOTAL, DE CONSULTAS SIN TUTOR	160	
CERTIFICADOS MEDICOS	10	
OTROS	<ul style="list-style-type: none"> DETECCION DE SINDROMES GERIATRICOS (4) DETECCION DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA (7) DETECCION DE ANSIEDAD (BECK) (3) DETECCION PRUEBAS COVID-19 (100) DETECCION CANCER INFANTIL DETECCION PIE DIABETICO (10) DETECCION INSUFICIENCIA RENAL (2) COLABORACIÓN GRUPO "AYUDA MUTUA" 	SINDROMES GERIATRICOS (CAIDAS, DEPRESION, INCONTINENCIA URINARIA, DEMENCIA)

Dx Edad
3 40-4
4 45-5
5 50-55
6 55-60
7 60-65
8 65-70
9 70-75
10 >75

Dx Edad
4 40-45
20 45-50
12 50-55
5 55-60
4 65-70
0 70-75

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
DEL DISTRITO FEDERAL
JURISDICCIÓN SANITARIA TLÁHUACA

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
CIUDAD DE MÉXICO
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
DEL DISTRITO FEDERAL

NOMBRE, FIRMA Y SELLO: *[Firma]* DRA. CARINA GÓMEZ ESCUTIA
Médica Graduada, Prof. 50074-4
Mtra. en Rehabilitación Neurológica
7935980

JURISDICCIÓN SANITARIA TLÁHUACA
DRA. LAURA GALLARDO SANTIBAÑEZ
C.S.T.-III SAN FRANCISCO TLALTENC
DIRECCIÓN

Oficina de Enseñanza y Capacitación e Investigación
JEFA (E) DE ENSEÑANZA JURISDICCIONAL

DRA. ROSALBA GARCÍA SALAS
COORDINADOR Y/O TUTOR

RODRÍGUEZ ÁVALOS EDNA DÁNICA
NOMBRE DEL PASANTE

1. CAPTURA Y ACTUALIZACION DE CONSULTAS N EL SISTEMA "SIC" (450)
2. LLENADO DE TARJETAS DE DETECCION DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRONICA (120)
3. CAPTURA Y ACTUALIZACION EN LA PLATAFORMA "RED CAP" DE PACIENTES DEL PROGRAMA "ATENCIÓN DE LA SALUD CENTRADA EN LA PERSONA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN UNIDADES DE PRIMER CONTACTO EN LA CIUDAD DE MÉXICO" (120)
4. ENTREGA DE CARTILLAS NACIONALES DE SALUD (10)
5. TOMA DE GLUCOSA CAPILAR (120)
6. TOMA DE SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRIA (150)
7. TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMAS (25)
8. ENTREGA DE RESULTADOS DE PRUEBAS RAPIDAS DE ANTIGENO DEL SARS-COV2 EN AREA DEL TRIAGE RESPIRATORIO (100)
9. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MENORES: RETIRO DE SUTURAS (1), SUTURAS (2), CURACIONES (5)
10. ANTIRRÁBICOS (1)

Obesidad y Sobrepeso



"Vieja tenías que ser"
"Ella lo provocó"
"Eso es cosa de mujeres"
"Calladita te ves más bonita"
"Qué clase de mujer hace eso"
"Si te trata mal es porque le gustas"
"Si sigues así, te vas a quedar sola"
"Porque te quiero, te pego"



"Eres valiosa e importante"
"Eres una mujer fuerte"
"Tu voz y opinión son valiosas"
"No estás sola"
"Puedes lograr tu independencia"
"Eres capaz"
"Yo sí te creo"



**25 de
Noviembre**

**DÍA MUNDIAL
PARA LA ELIMINACIÓN DE LA
VIOLENCIA DE GÉNERO**



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA
DE SALUD

CST III SAN FRANCISCO TLALTENCO

Elaboraron:

MPSS Estrada Solís Wanda Michell
MPSS Rodríguez Ávalos Edna Dánica
MPSS Roldán Gaona José Salatiel



Recetario saludable

**4° ENCUENTRO DE PACIENTES
CON ENFERMEDADES CRÓNICAS**

22 DE NOVIEMBRE

  GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO | SECRETARÍA DE SALUD | SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA | JURISDICCIÓN SANITARIA TLÁHUAC

La Jurisdicción Sanitaria Tláhuac invita a la comunidad a participar en el evento



Recetario saludable

4° ENCUENTRO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS



NOVIEMBRE 22 | **HORARIO DE 9 A 14 HORAS** | Aula de Usos Múltiples de la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac

Ante cualquier situación, acude a tu Unidad de Salud más cercana en Tláhuac, llevando siempre tu Cartilla Nacional de Salud

[f/jurisdiccionsanitariatlhuac](https://www.facebook.com/jurisdiccionsanitariatlhuac) #LaSaludEsUnDerecho



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

CIUDAD INNOVADORA Y DE DERECHOS



