



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
METROPOLITANA
Unidad Xochimilco



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



Instituto Nacional
de Salud Pública

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

Licenciatura en Medicina

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

Título: Modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto. Enfoque de capacidades, CDMX, 2172027684.

Luis Daniel Salas Casas

Matrícula: 2172027684

Promoción de servicio social febrero 2023 – enero 2024

Asesor Interno: Víctor Ríos Cortázar

Asesora Externa: Alejandra Gasca García

Ciudad de México a 09 de febrero del 2024

1. Presentación

El presente documento tiene como finalidad relatar y adjuntar evidencia del trabajo realizado durante el año de mi servicio social en la promoción febrero 2023- enero 2024, formando parte del proyecto modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto (MAICP). Un enfoque de Capacidades. Como objetivo adicional es el trabajo final solicitado por parte de la Universidad Autónoma Metropolitana como requisito para la culminación del Servicio Social.

Los puntos por tratar en este documento se describen a continuación:

- Descripción del modelo expandido de cuidados crónicos y su relación con las actividades realizadas como pasante de servicio social del modelo de atención integral dentro del C.S. TIII Dr. José Castro Villagrana
- Descripción de la participación dentro del diplomado y cómo se trabajó a lo largo del año en los diferentes módulos que lo conformaron, se presentan los trabajos finales de cada módulo.
- Registro estadístico que presenta y describe información sobre la atención médica brindada a los pacientes incorporados en el proyecto con datos provenientes del registro de datos en Redcap durante este año.
- Se describen las actividades realizadas en cuanto a la acción comunitaria y promoción de salud, describiendo lo realizado durante el 5to encuentro de salud.
- Relación de casos clínicos vistos a lo largo del año y temas académicos derivados de la revisión de estos.
- Conclusiones respecto a la experiencia durante el año de servicio social, con énfasis en la participación en el modelo y cómo este influyó en mi práctica clínica dentro del centro de salud.

- Se incluyen anexos como informes trimestrales entregados a la jurisdicción sanitaria y evidencias de actividades académicas, clínicas y de campo realizadas durante el servicio social.

La incorporación a mi plaza del servicio social transcurrió de manera agradable y sin algún inconveniente, ya que previamente conocía el centro de salud Dr. José Castro Villagrana, pues fue mi sede para el servicio de medicina familiar durante el internado médico de pregrado, por lo que al llegar ya sentía un ambiente de familiaridad. Ya que previamente había conocido a las pasantes encargadas de este modelo en los meses pasados, me fue fácil incorporarme al equipo de trabajo, sin embargo, fue un gran desafío el comienzo de mi práctica clínica en solitario al dar consulta sin el apoyo de un médico adscrito o compañero pasante en el consultorio. Con el tiempo fui adquiriendo experiencia y conocimiento para desenvolverme de mejor manera en la atención a pacientes y puede otorgar un mejor servicio a los pacientes que acudían sus citas conmigo. Un punto negativo que hay que tomar en cuenta es que la mayoría de las autoridades de los centros de salud no están familiarizados con los cambios que propone el modelo de atención integral respecto al modelo tradicional de atención clínica y juzgan sin conocer la manera en que nos desenvolvemos para realizar las actividades promovidas por parte del proyecto, esto condiciona en muchas ocasiones que el modelo no se lleve a cabo de la manera adecuada en que se promueve dentro del diplomado. A pesar de lo comentado, la participación como parte del equipo de salud del modelo de atención integral fue enriquecedora y productiva para todos los participantes de este, creando una relación interpersonal profunda con muchos de los pacientes que forman parte de este proyecto.

Este trabajo para su correcta realización merece el reconocimiento del apoyo académico recibido por parte de los asesores internos del proyecto, el Dr. Víctor Ríos y la Dra. Alejandra Gasca, así como de la coordinación de enseñanza de la Jurisdicción Sanitaria

Tlalpan, de todo el equipo del C.S. T-III "Dr. José Castro Villagrana", en especial la coordinadora de enseñanza, la Dra. Patricia Flores Huitrón, y de mi asesora y tutora clínica la Dra. Martha Elisa Rangel Sánchez, quien como excelente médico y persona brindó su apoyo incondicional para la toma de decisiones respecto a las dudas y situaciones que me surgieron durante este año como médico pasante.

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

Ante el aumento constante en la incidencia de las enfermedades crónicas en el mundo, se ha planteado la necesidad de encontrar estrategias más eficaces para su manejo y control, ya que representan un grave problema de salud pública. Por lo cual se han explorado nuevos modelos basados en evidencia que favorezcan la prevención y el control de estos padecimientos, destacando el modelo de atención a pacientes con enfermedades crónicas (CCM) propuesto por Wagner y colaboradores en 1996⁽¹⁾. En 2001, Glasgow y colaboradores sugieren una forma de responder a este problema y, proponen el modelo expandido de atención (cuidados) a pacientes con enfermedades crónicas (MECC) para que abarque los servicios clínicos preventivos y otros ámbitos más amplios de la prevención y la promoción de la salud (1).

Para un mejor manejo y control de las enfermedades crónicas, es necesario cambiar el sistema de salud actual, pensado para la atención de padecimientos de manera aguda, por uno que mejore la salud de los pacientes que viven con estas condiciones.

El CCM ofrece un modelo eficaz basado en evidencia para mejorar y optimizar la atención de padecimientos crónicos como diabetes, haciendo énfasis en brindar un cuidado centrado en la persona. La atención clínica centrada en la persona requiere transformar las consultas tradicionales en consultas con conversaciones relevantes y significativas que ayuden a planear el cuidado y apoyo de la persona al vivir con su enfermedad, promueva

la participación de los pacientes en las decisiones sobre su cuidado, otorguen apoyo emocional y psicológico para un abordaje más eficiente de las enfermedades crónicas.

El modelo de atención centrada en la persona con enfermedades crónicas ha mostrado mejorar los resultados de salud, respecto a condiciones físicas y mentales, promoviendo el autocuidado, la autoeficacia, y la satisfacción de los pacientes y el equipo de salud, y contribuyendo a la disminución de los costos de la atención sanitaria. (2) El Modelo de atención integral centrado en la persona desarrollado por el equipo de la UAM Xochimilco toma como base estructural todos los conceptos comentados en este apartado por lo que es importante conocerlos previo a desarrollar los componentes individuales.

El ECCM consta de tres subsistemas cuyos componentes individuales se encuentran interrelacionados. En la base se encuentra la relación equipo de salud-paciente; los dos siguientes, uno dentro del otro, en la parte interna el subsistema del sistema de salud, con cuatro componentes y en la parte externa el subsistema de comunidad.

Para explicar de una manera más comprensible el modelo expandido se cuenta con el siguiente diagrama (Figura 1) y se explican sus componentes en el siguiente apartado del texto, así como su relación con mi participación en el mismo durante mi experiencia como médico pasante de servicio social.

1. **Relación equipo de salud-persona que vive con enfermedades crónicas**, en el cual toma un papel principal el ejercicio clínico de en este caso los médicos pasantes de servicio social que formamos parte de este modelo de atención integral, el equipo de salud que forma parte de nuestra unidad de salud desde el personal administrativo, de apoyo, enfermeros, nutriólogos, psicólogos, farmacia, químicos y todo el equipo que participa en la atención a los pacientes, y por otra parte la importancia del desarrollo de capacidades que debe tener la persona a la que atendemos, ya que debe estar informada y activa, a su vez rodeada de personas de su comunidad que también sean un ejemplo social de esta

participación respecto al manejo de su enfermedad, lo que se logra mediante los grupos de ayuda mutua y los encuentros de pacientes.

Modelo Expandido de Atención de Pacientes con Enfermedades Crónicas: Incorporación de la Promoción de Salud

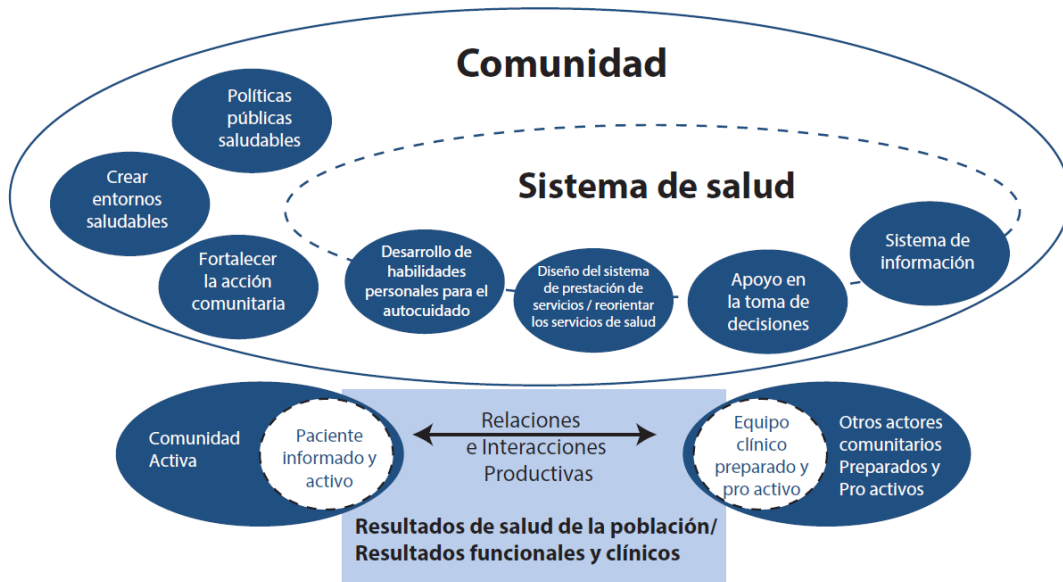


Figura 1. Estructura del modelo expandido de cuidados crónicos. Modificado y tomado de: Ministerio de salud: Gobierno de British Columbia. Expanded Chronic Care Model. 2003.

2. **Sistema de salud**, el cual se compone de los sistemas de información, el apoyo la toma de decisiones de la persona, el sistema de diseño para reorientar la prestación de servicios y el desarrollo de habilidades personales para lograr la autogestión. En este subsistema se encuentra el Modelo de Atención Integral Centrado en la persona con enfermedades crónicas con enfoque en capacidades dentro de unidades de primer nivel de la Ciudad de México, estructurado en la UAM Xochimilco, dentro del cual se encuentra un gran equipo multidisciplinario de profesionales de la salud y de otras áreas, que forman la base estructural para llevar a cabo una nueva estrategia de atención a las personas con enfermedades crónicas, basando la atención clínica con la mejor evidencia científica disponible, así como en la medicina narrativa, llevando a cabo un seguimiento constante en donde se empodera a la persona para realizar los cambios pertinentes en beneficio

de su salud. Dentro de este modelo los médicos pasantes somos partícipes de manera activa, demostrando una manera de reorientar la prestación de servicios de salud, en cada consulta se brinda información pertinente y actualizada que apoye al paciente en la toma de decisiones para el manejo clínico y de cambio de hábitos respecto a su salud, además se mantiene un seguimiento del desarrollo de habilidades y capacidades con el objetivo de llegar al autocuidado del paciente y como finalidad continuar el desarrollo de la autonomía de la persona respecto a su enfermedad crónica.

3. **Comunidad**, la cual comprende la creación de políticas públicas saludables, el crear y apoyar entornos saludables, y fortalecer la acción dentro de la comunidad. Nuestra participación se encuentra en la creación y apoyo de entornos saludables al fomentar la creación de redes de apoyo entre los pacientes incluidos y no en este programa de pacientes con enfermedades crónicas, a su vez el fortalecimiento de las acciones dentro de la comunidad como parte de los encuentros de salud, y grupos de ayuda mutua. (1)

Como se explicó previamente todos los subsistemas y sus componentes interactúan y se relacionan directamente con las actividades que se realizaron en el periodo de tiempo de mi pasantía en el servicio social dentro del modelo de atención integral centrado en la persona en el C.S. TIII Dr. José Castro Villagrana.

3. El diplomado

El diplomado del (MAICP) consta de cuatro módulos, el primero denominado "Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedades crónicas. Enfoque de capacidades" tiene el objetivo de que el pasante dentro de su práctica clínica logre fomentar el desarrollo de capacidades individuales y colectivas en los pacientes que reciben atención médica en su unidad médica de adscripción. Con la finalidad de

promover el autocuidado y lograr la autonomía de sus pacientes logrando como consecuencia en algunos casos el aumento de las cifras de control de las enfermedades crónicas y la mejora en las condiciones de salud y personales. Las sesiones académicas contemplaban la participación de los médicos pasantes mediante la presentación de artículos relevantes previamente seleccionados para que fueran expuestos de manera presencial o remota por la plataforma de videoconferencias Zoom. En cuanto a mi participación se me asignó la ponencia del tema "Avanzando de paciente activo a paciente autónomo", clave para la comprensión del modelo de atención centrado en la persona y desarrollo de capacidades. Para cada sesión era requisito la lectura de los artículos para poder participar en la discusión del tema, a pesar de que no siempre tuve una participación, procuré leer siempre los artículos para poder tener mejor comprensión de lo que se discutía en cada sesión.

El segundo módulo titulado "métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedades crónicas y el monitoreo de resultados" tuvo como objetivo sustentar nuestra práctica clínica en la mejor evidencia científica disponible. Durante el cual se realizó un ejercicio de realización de una revisión sistemática sobre algún tema relevante a las condiciones que nosotros observamos en nuestro centro de salud.

El tercer módulo tiene como objetivo promover y acompañar procesos de organización, de participación social y de construcción de entornos saludables que incidan en la prevención de enfermedades crónicas en el nivel local y regional. Mi participación en este módulo formó parte del 5° Encuentro de pacientes y mi función como coordinador en el taller: Grupo de discusión en el Encuentro de pacientes.

Para el cuarto módulo se presentaron casos clínicos de pacientes de los distintos centros de salud en los que se encuentran los pasantes, que apoyaron en la detección de

fortalezas y deficiencias teóricas respecto a algunos temas y de los cuales se dio retroalimentación y complementaron los temas vistos durante el curso del diplomado. Durante el año de servicio social mi participación en el centro de salud consistió en dar consultas conforme al modelo de atención integral centrado en la persona, enfocadas en este modelo, durante dos días, teniendo una agenda propia de personas que acudieron mes con mes. Los viernes se asistió, de manera presencial o virtual, a sesiones del diplomado en donde se abarcaron los diferentes temas que conforman los cuatro módulos.

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

A continuación, se adjunta el ensayo que se presentó como requisito para la acreditación de dicho módulo.

¿ES LA AUTOEFICACIA UNA HABILIDAD QUE PROMUEVE LA AUTONOMÍA MEDIANTE LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA Y EL EMPODERAMIENTO EN LAS PERSONAS QUE VIVEN CON ENFERMEDADES CRÓNICAS?

Introducción

Dentro de los modelos de atención a personas con enfermedades crónicas que existen en la actualidad, el enfoque ha evolucionado en la búsqueda de una atención integral que se explica mediante el modelo expandido. Este modelo nos presenta tres subsistemas, de los cuales la relación entre el equipo de salud y el paciente se encuentran en la base, con un enfoque centrado en la persona a la cual se le considera un agente en el cuidado de su salud, es decir son autores de acciones intencionales y no de comportamientos ordenados por su médico.

En este contexto, el autocuidado del paciente y su transición de paciente activo a autónomo conlleva una relación médico paciente alejada de la concepción paternalista

enfocada en alcanzar metas clínicas, que evoluciona a una centrada en las metas personales del agente en salud, que es la persona que vive con enfermedades crónicas, por medio del sentido de autoeficacia y su empoderamiento lo que conlleva que sea autónomo en el manejo no solo de sus enfermedades, sino también en las decisiones de cómo vivir su vida acorde con sus metas personales.

El presente ensayo se centrará en reflexionar y analizar la aplicación clínica del enfoque en toma de decisiones compartidas y su relación con el desarrollo del sentido de autoeficacia de los pacientes, observada en mi experiencia dentro del modelo de atención integral a pacientes crónicos, en el contexto de la atención centrada en la persona. Exploraremos los factores y situaciones que pueden apoyar a que el paciente tome decisiones informadas y participe activamente en el manejo de su enfermedad para alcanzar metas clínicas y personales, así como los que han mostrado ser un obstáculo en este proceso. Además, analizaremos cómo la transición hacia la autonomía fortalece la relación entre el paciente y su asesor en salud, mejorando la calidad de la atención y el bienestar personal del paciente.

Objetivos

Objetivo Principal

Este ensayo tiene como objetivo principal realizar una reflexión personal acerca de los contenidos revisados en el módulo 1 del diplomado: "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", específicamente el tema: toma de decisiones compartidas, revisado en la lectura, "Avanzando del paciente activo a paciente autónomo" y su relación con mi experiencia en la atención a pacientes con enfermedades crónicas en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, de la jurisdicción sanitaria de Tlalpan. Se pretende analizar cómo se relaciona la toma de decisiones compartidas con la

autoeficacia para lograr el empoderamiento de los pacientes y el cumplimiento de metas personales.

Objetivos específicos

Examinar los conceptos de toma de decisiones compartidas, autoeficacia y empoderamiento de los pacientes en el contexto del modelo de atención centrada en la persona con enfermedades crónicas.

Analizar la aplicación de estos conceptos en la práctica clínica con base en mi experiencia en la atención a estos pacientes.

Evaluar cuales son los factores que refuerzan la colaboración del paciente en la toma de decisiones compartidas.

Identificar las estrategias y enfoques que permitan promover el empoderamiento y facilitar la transición hacia la autonomía en el contexto de la atención centrada en la persona.

Justificación

En la actualidad las enfermedades crónicas representan un importante desafío para los sistemas de salud en todo el mundo, al ser la principal causa de muerte y discapacidad a nivel mundial. Los modelos tradicionales de atención a la salud no han mostrado resultados significativos en el control de estas enfermedades y con esto la disminución de la morbilidad por dichas causas. En nuestro país los programas de intervención para la prevención y manejo de las diferentes enfermedades crónicas y sus complicaciones, desarrollados por las distintas instituciones de salud, contribuyen de forma intermitente a la mejoría de las tasas de morbilidad y en menor medida a las condiciones de salud y satisfacción en la vida de cada persona que vive con una o varias enfermedades crónicas.

El modelo de atención integral centrado en la persona surge como una opción más a estas dificultades, que tiene el objetivo de mejorar el control de estas enfermedades y disminuir las complicaciones que pueden causar una discapacidad física y psicosocial de quien la padece, por medio de una alternativa poco explorada en nuestro país, mediante un enfoque que profundiza en la relación médico paciente como un medio para lograr la activación del paciente a un agente de salud con autonomía, que tome decisiones informadas en su vida y en el manejo de su enfermedad con el fin de prevenir complicaciones, mejorar su calidad de vida y optimizar el uso de los recursos de los que dispone.

Dada la poca atención y difusión que se le ha prestado a este modelo en nuestro país, es necesario revisar los fundamentos de estos enfoques para lograr una atención integral centrada en la persona, para comprender las ideas fundamentales que componen este modelo, así como, evaluar su efectividad en la aplicación clínica conforme a las experiencias obtenidas en la práctica de una atención centrada en la persona, para reflexionar sobre el camino a seguir en el cambio a este modelo relativamente nuevo para muchos de los médicos que están acostumbrados a un modelo distinto, el cual siempre se ha enfocado en mayor medida a lograr las metas del médico, como lo es llegar a un control metabólico de la enfermedad, que a las metas personales de cada paciente.

Entre los diversos enfoques que se han descrito para lograr la transición a un paciente activo se encuentran los que buscan generar la autotransformación mediante el establecimiento de objetivos por parte del paciente para lograr una motivación intrínseca y no una guiada por los objetivos clínicos del médico, entre ellos se encuentran la toma de decisiones compartidas y el empoderamiento, los cuales han demostrado lograr no solo el cumplimiento de metas clínicas sino también el cambio de una perspectiva global del paciente con autonomía, donde este decide inicialmente con asesoramiento de su médico, los objetivos y cambios que se ajustan en mejor medida a sus metas personales.

Es por esto por lo que, en la búsqueda de lograr la efectividad de este enfoque de atención en la práctica clínica, me parece pertinente realizar una reflexión respecto a mi experiencia en la atención de pacientes con enfermedades crónicas y la concordancia o no a la realidad, tomando en cuenta la autonomía de cada persona.

Desarrollo

La relación entre el concepto de autocuidado y autoeficacia

Dentro de los componentes del modelo expandido para atención a enfermedades crónicas se encuentra el concepto de autocuidado que se define como "...la capacidad intrínsecamente controlada de un individuo activo, responsable, informado y autónomo para vivir con las consecuencias médicas, personales y emocionales de sus condiciones crónicas en asociación con su red social y los proveedores de atención médica".¹ comprende el desarrollo de habilidades por parte del paciente que incluyen el ámbito personal, ambiental y una síntesis de los mismos conservando su autonomía.

La autoeficacia es definida como "la creencia de que uno es capaz de realizar los comportamientos necesarios para producir un resultado deseado"², esta habilidad se describe como, específica de una actividad o situación en particular y no una característica de la persona, ni un rasgo permanente. La autoeficacia es en este caso parte de las habilidades personales que debe desarrollar la persona como parte de mostrar una forma positiva de afrontar adversidades, de manera activa y responsable.

En mi experiencia durante la consulta a pacientes de este modelo de atención he observado el desarrollo de la autoeficacia en algunos de los pacientes, que he asociado mayormente a la obtención de mejores resultados clínicos y mejora de sintomatología principalmente en consultas subsecuentes, sin embargo, algo que no esperaba era un factor asociado al cambio en la relación médico paciente. Durante una consulta una paciente me ha comentado textualmente: -me siento bien de que alguien se interese por mi como persona y no solo por mi diabetes y que cada consulta tengamos una buena

plática y no sea para regañarme como con otros doctores-, esto posterior a la pregunta que siempre le hago a los pacientes a su llegada al consultorio, ¿Cómo esta?, ¿Cómo se siente el día de hoy?, si la respuesta es bien, yo frecuentemente respondo: me alegra que se sienta bien, de eso se trata el acudir a su cita en este consultorio. Al tener esta actitud positiva por parte de los pacientes he observado que muestran mayor entusiasmo e interés en conocer acerca de su enfermedad, así como realizar preguntas que antes no se atrevían precedidas por la frase: -disculpe mi ignorancia...-, también son estos los pacientes que se interesan por reagendar su cita, cuando no pueden acudir en el horario establecido y que realizan sus bitácoras y estudios de laboratorio solicitados, sin duda la autoeficacia en los pacientes es un paso que precede al autocuidado y en el que tiene un gran peso para el médico, el trabajar en ganarse la confianza para tener una relación más cercana al asesoramiento y alejada del modelo autoritario o paternalista.

La autoeficacia en la toma de decisiones compartida

La toma de decisiones compartida forma parte de los enfoques de acción en salud que apoyan la autotransformación del paciente a un agente de su salud, en este enfoque que requiere una relación médico paciente de confianza y apertura, que comúnmente se asocian a relaciones de mayor antigüedad, para llevar a cabo un proceso de diálogo que comienza con la obtención de las aspiraciones y objetivos del paciente, en lugar de condiciones médicas. En este proceso se toma al paciente como agente de su salud, "con su participación para comparar opciones de tratamiento, evaluar valores y preferencias, llegar a una decisión en conjunto y la posterior evaluación de esta. Este enfoque ha demostrado una mejora en la satisfacción del paciente, adherencia al tratamiento y su estado general de salud"².

Dentro de la atención clínica a pacientes del modelo de enfermedades crónicas centrado en la persona gran parte de las consultas mensuales de seguimiento comprenden, ya sea otorgar un consentimiento informado o de la toma de decisiones compartida, a juicio de

la decisión tomada por cada médico para realizar su consulta. En algunos casos los médicos que no están inmersos en los temas relacionados al automanejo y atención centrada en la persona, sugieren una práctica defensiva en la que se le solicita al paciente que no está convencido de llevar a cabo cambios en su vida que apoyen al tratamiento de su enfermedad, el firmar una leyenda en la que se le adjudica la decisión de estar de acuerdo o rechazar lo que sugiere el médico en este momento, ya sea el cambio en algún régimen terapéutico, cambios en estilo de vida, el realizar algún estudio paraclínico o acudir referido a una institución de segundo nivel para su valoración por alguna condición que así lo requiera. Este permiso que otorga el paciente al firmar su decisión final en la nota médica no siempre cumple con las características necesarias para proteger su autonomía, los cuales son, que el paciente este informado, que no exista presión o imposición por parte del clínico para apresurar su decisión y que sea realizado con una adecuada capacidad para la toma de decisiones. Cuando al paciente no se le informa y explica de una manera cordial y respetuosa, pero, sobre todo, empática, el por qué se le pide firmar este tipo de información. Estas acciones contribuyen de forma negativa en la relación médico paciente y en la autoeficacia del paciente.

En mi experiencia la toma de decisiones compartida es útil para algunos pacientes y requiere de la disponibilidad por parte del médico para escuchar las metas personales del paciente y la capacidad de que en caso de no contar con respuestas o alternativas a las situaciones en ese momento se retome en consultas subsecuentes para llegar a un punto medio entre la autonomía del paciente y la toma de decisiones que dirige el médico hacia lograr metas clínicas. No todos los pacientes aceptan este enfoque ya que están acostumbrados al enfoque paternalista en el que el médico por algo es médico y él es el que sabe, en estos casos la decisión que he tomado ha sido permanecer en el manejo dirigido tomando en cuenta las preferencias que sugiera el paciente y poco a poco construir una relación de mayor confianza en la que la educación al paciente le ayude a

demostrarse que él también puede entender acerca de su patología desde su perspectiva como persona que vive con ella y no como médico.

Podemos ver que esta habilidad de creer que uno es capaz de realizar los comportamientos para obtener un resultado deseado se relaciona intrínsecamente con el proceso de la toma de decisiones compartidas, estructurando un proyecto en salud del que se forma parte y por tanto el paciente se involucra de forma activa.

El empoderamiento en la transición al paciente autónomo

El empoderamiento es también un enfoque de acción en salud que apoyan la autotransformación del paciente. Este enfoque requiere una perspectiva distinta para comprender su objetivo, ya que está completamente relacionado con el abordaje en el psicoanálisis en el cual se busca que cada paciente encuentre su camino a la recuperación clínica y personal. Si el personal de salud no está inmerso en el contexto de estos temas no podrá comprender los conceptos en que se basa este enfoque ni podrá desarrollar las habilidades para empoderar a su paciente en la transición a su autonomía. "Autonomía significa actuar con un sentido de voluntad, intención y responsabilidad personal de manera consistente con los valores arraigados en uno... La autonomía aborda las razones (es decir, las cogniciones y las emociones) del comportamiento y, por lo tanto, es diferente del "lugar de control interno", que se refiere a la creencia de que el comportamiento de uno controla el resultado de interés"². El abordaje de un enfoque de empoderamiento me parece el más complejo ya que, rompe el esquema de atención en salud que se nos ha enseñado como médicos durante nuestra formación, sin embargo, también me parece el más acertado o el que más me gustaría tener en el caso de encontrarme en esta situación como un paciente, implica un mayor sentido de responsabilidad para ambas partes y requiere de una relación de confianza con el personal de salud, así como el desarrollo de habilidades personal del paciente como del personal de salud en el que se encuentra a ambas partes de esta relación como un continuo. "El enfoque del empoderamiento

requiere cambiar de sentirse responsable del paciente a sentirse responsable con el paciente”². En mi experiencia el enfoque de empoderamiento es uno que me gustaría llevar a la práctica, sin embargo, considero que este enfoque requiere de un manejo más profundo de algunas técnicas de atención en salud como la entrevista motivacional para conocer más sobre las aspiraciones y metas personales, además de individualizar cada caso, ya que requiere de la toma de decisiones compartidas y de la decisión del paciente de establecer metas personales que lo lleven a estar atento, disponible, preocupado y ser competente en las decisiones propias que le ayuden en su vida y en su situación de salud, ya que “no es posible lograr un empoderamiento para enfrentar su enfermedad sin un empoderamiento para enfrentar su vida, ya que en la enfermedad crónica no existe una línea clara entre la enfermedad y la vida.”².

Conclusiones

Mi experiencia al poner en práctica el modelo de atención centrada en la persona en pacientes crónicos ha sido hasta el momento un reto en cuanto a la incursión en un campo del que se tiene poca experiencia en el área de la atención clínica tradicional, sin embargo, a mi parecer no ha hecho más que enriquecer la manera en que llevo a cabo mi consulta con los pacientes, incluyendo la relación médico paciente. El obstáculo mayor es el inicio de una nueva forma de atención que ya no se centra en la enfermedad ni en su control sino en la persona que tenemos en frente, como eso, una persona que tiene una vida que más allá de su enfermedad no tiene ninguna relación con el área médica y que se encuentra inmersa en sus aspiraciones, metas y condiciones que implican dificultades y virtudes en la toma de decisiones de su vida cada día, es en este sentido que el médico tratante de pacientes con enfermedades crónicas debe capacitarse en la comprensión y apertura hacia una nueva forma de llevar la medicina no solo en las enfermedades crónicas, sino en el modelo de atención centrado en la persona si se quiere

lograr alcanzar metas de satisfacción para los pacientes, así como metas clínicas de control de alguna enfermedad.

Los contenidos revisados durante el módulo uno del diplomado, nos otorga una base para estructurar una atención en la práctica clínica que sea centrada en la persona y en su transición hacia un paciente autónomo que como ya se ha descrito en este ensayo mediante los distintos enfoques de atención requiere de la autoeficacia.

En conclusión, la relación entre autoeficacia y autonomía no es directa, sin embargo, las habilidades que debe desarrollar una persona que vive con enfermedades crónicas apoyada por el personal en salud mediante los diferentes enfoques, implican que al contar con esta habilidad de autoeficacia se favorece la autotransformación del paciente hacia un paciente autónomo.

Referencias Bibliográficas

1. Velde DVd, Zutter FD, Satink T, Costa U, Janquart S, Senn D, et al. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open*. 2019;9(7):e027775.
2. Sullivan MD, Sullivan MD P, Mark. 192Advancing from Activated Patient to Autonomous Patient. *The Patient as Agent of Health and Health Care: Autonomy in Patient-Centered Care for Chronic Conditions*: Oxford University Press; 2016. p. 0.

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

¿Cuál es la relación entre la complejidad del régimen de medicación y el control glucémico en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2? Una revisión sistemática.

Introducción

En México, según informes de la ENSANUT 2022, la Diabetes Mellitus tipo 2 es una de las enfermedades con mayor prevalencia en el país (18.3%), afectando a más de 13.4 millones de personas.¹ Al ser una enfermedad crónica, es común observar que los pacientes generalmente requieren de más de un medicamento para lograr un control glucémico adecuado y evitar el surgimiento de posibles complicaciones, lo cual incrementa la complejidad del régimen de medicación. Sin embargo, la complejidad en el régimen de medicación de las personas que viven con Diabetes, no se basa únicamente en la cantidad de medicamentos administrados, sino que incluye las formas de dosificación, frecuencia de dosificación e instrucciones de administración adicionales, lo cual, en conjunto representa un desafío en el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

El índice de Complejidad del Régimen de Medicación (MRCI) es una herramienta validada que evalúa la complejidad del régimen de medicación, basándose en el número de medicamentos, formas de dosificación, frecuencia de administración e instrucciones adicionales de uso, compuesta por 65 ítems. Se ha observado que regímenes de medicación complejos se asocian con deficientes metas de control glucémico, posiblemente influenciados principalmente por una mala adherencia ante la carga que supone la polifarmacia con la que vive el paciente con diabetes tipo 2. De ahí la importancia de comprender la relación entre estos parámetros y el control glucémico y así, desarrollar estrategias e implementar intervenciones en el manejo del paciente que permitan una simplificación de regímenes de medicación para promover una mejor adherencia a la medicación y por consecuencia, un control glucémico óptimo.²

Objetivos de la revisión sistemática

Objetivo general:

Analizar si un mayor índice en la complejidad del régimen de medicación (MRCI) en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 se relaciona con el cumplimiento de metas de control glucémico, asociado a la intensificación del tratamiento hipoglucemiante.

Objetivos específicos:

Describir la asociación sobre la complejidad del régimen de medicación del paciente y el específico de tratamiento antidiabético.

Indagar los puntos de corte de la complejidad del régimen de medicación que lo clasifican en baja, moderada y alta.

Comparar el efecto de la intensificación o simplificación de la complejidad del régimen de medicación y su asociación con el cumplimiento de metas de control glucémico.

Protocolo de la revisión sistemática

Justificación de la revisión

Dentro de la población atendida en el programa de enfermedades crónicas en los Centros de Salud "Dr. José Castro Villagrana" y "Ampliación Hidalgo" de la Jurisdicción de Tlalpan, el 55.5% de los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2, se encuentran en tratamiento con múltiples fármacos que incluyen tabletas por vía oral e inyecciones vía subcutánea en diferentes horarios a lo largo del día, en algunos casos asociados a ingesta de alimentos, e incluso con instrucciones adicionales en la administración de éstos. Dentro de la combinación de fármacos hipoglucemiantes, los más comúnmente prescritos en esta población son Metformina, Linagliptina, Empagliflozina o Dapagliflozina e Insulina glargina.

Todas estas características en el régimen de medicación incrementan el Índice de complejidad del régimen de medicación (MRCI) que está compuesto por la forma

farmacéutica, frecuencia de administración e instrucciones adicionales. Tomando en cuenta las recomendaciones de las guías de práctica clínica, la intensificación del tratamiento está justificada con el objetivo de alcanzar metas de control glucémico, sin embargo, el MRCI ha sido un tema poco estudiado asociado a personas con diabetes tipo 2. De acuerdo con la literatura, se espera que al intensificar el tratamiento hipoglucemiante repercuta en mayores prevalencias de control, sin embargo, dependiendo de la disponibilidad de estos fármacos y sus formas farmacéuticas, el Índice de complejidad de medicación se incrementa en caso de no contar con fármacos combinados en la misma presentación.

La pregunta de este protocolo de investigación surge tras observar que en la práctica clínica no se alcanzan dichas metas a pesar de intensificar el tratamiento hipoglucemiante, por lo que nuestra teoría supone que un mayor Índice de complejidad del régimen de medicación se relaciona con un menor cumplimiento de metas de control glucémico.

Formulación de la pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre la complejidad del régimen de medicación y el control glucémico en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2?

P	I	C	O
Hombres y mujeres atendidos en los Centros de Salud "Dr. Castro Villagrana" y "Ampliación Hidalgo" Adultos Edad (18+)	Complejidad del régimen de medicación	Índice de complejidad de régimen de medicación en pacientes dentro de metas de control vs en pacientes fuera de metas de control	Control glucémico mediante hemoglobina glucosilada de acuerdo con estándares internacionales

Diabetes tipo 2			
-----------------	--	--	--

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

“Medication regimen complexity”, “medication regimen complexity index”, “type 2 diabetes”, “glycemic control”

Tipo de reportes de investigación a recuperar.

Se revisaron estudios retrospectivos, observacionales y transversales, y estudios de cohortes comparativos.

Criterios de inclusión.

- Artículos escritos en idioma inglés o español
- Artículos con texto completo disponible
- Artículos que no excedan 10 años de publicación
- Artículos con pacientes mayores de 18 años
- Artículos con un mínimo de 20 referencias bibliográficas

Criterios de exclusión

- Artículos escritos en idioma diferente a inglés o español
- Artículos que cuentan sólo con un resumen disponible

- Artículos de más de 10 años de publicación
- Artículos con pacientes menores de 18 años
- Artículos con menos de 20 referencias bibliográficas

Estrategia de búsqueda.

Se realizó la búsqueda del 21/11/23 al 8/11/23 en la base de datos PubMed National Library of Medicine, NEJM, Cochrane Library, los términos: Medication regimen complexity and type 2 diabetes and glycemic control, con los filtros aplicados: en los últimos 10 años, edad 18+ años.

Ejecución

De los artículos obtenidos tras la búsqueda en las bases de datos, se realizó la descarga de todos aquellos artículos disponibles, mediante el acceso a base de datos de la biblioteca digital de la Universidad Autónoma Metropolitana. Posteriormente, los artículos descargados, fueron leídos en su totalidad por ambos autores del trabajo, registrando objetivos, muestra, método de análisis, resultados obtenidos, tipo de artículo y número de referencias.

4.1 Selección de reportes de investigación.

Se obtuvieron un total de 10 artículos, de los cuales se descartaron 2 por no contar con texto disponible completo, 1 por no cumplir con la cantidad de referencias bibliográficas establecidas anteriormente y 1 por tratar un tema distinto al abordado en esta revisión, contando con un total de 6 artículos para su revisión y síntesis.

Síntesis de datos

ARTÍCULO	POBLACIÓN Y DISEÑO DE ESTUDIO	GRUPO DE TRATAMIENTO O MANEJO DE LA INFORMACIÓN	HALLAZGOS	LIMITACIONES
<p>Ab Rahman, Norazida, et al. (2022)²</p>	<p>Análisis retrospectivo de datos de 2,696 pacientes con Diabetes Tipo 2 (DT2) en clínicas de salud pública en Malasia desde enero de 2018 hasta mayo de 2019. Los datos fueron tomados de un estudio más amplio: El proyecto "Evaluación de intervenciones de Atención Primaria en Salud Mejorada (EnPHC) en clínicas de salud pública". También se utilizó la base de datos de clínicas públicas de atención primaria en Malasia. Se evaluó la carga de medicación, la complejidad del régimen de medicación y la adherencia a tratamiento y su asociación con el control glucémico. La carga de medicación se basó en el recuento de medicación, la complejidad del régimen se midió utilizando la herramienta validada Índice de complejidad del régimen de medicación (MRCI) y la adherencia se midió mediante la fórmula de días cubiertos (PDC). Se utilizaron modelos de regresión logística para calcular el odds ratio (aOR) ajustado y no ajustado con un intervalo de confianza (IC) del 95% para la asociación entre los parámetros de la medicación y el control glucémico ($HbA1c \leq 7,0\%$) durante un período de 90 días.</p>	<p>Cohorte compuesta por 2,696 pacientes de ≥ 30 años con diagnóstico de DT2, tratados con al menos un medicamento antidiabético, con registro de al menos una medición de HbA1c durante este período. Se evaluaron todos los medicamentos recetados y suministrados a los pacientes durante el período del estudio y se identificaron medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas para su inclusión en el análisis. Los medicamentos crónicos se definieron como medicamentos con recetas surtidas para un suministro de ≥ 90 días. Los pacientes fueron excluidos si no había datos sobre los medicamentos prescritos para el período anterior a la última medición de HbA1c.</p>	<p>A casi dos tercios de los pacientes se les prescribía un promedio de al menos cinco medicamentos por día. El MRCI específico para diabetes representó el 52,9% del MRCI total del paciente. En esta cohorte un alto recuento de medicamentos, una alta complejidad del régimen y una baja adherencia al tratamiento farmacológico se asociaron con un control glucémico deficiente durante el período de seguimiento de 3 meses. Un alto recuento de medicamentos y la complejidad del régimen de medicamentos se asociaron con menores probabilidades de lograr un buen control glucémico. Se observó una asociación inversa entre la adherencia a la medicación y el nivel de HbA1c. El estudio demostró que el MRCI se puede utilizar como un indicador objetivo para ayudar a respaldar las decisiones clínicas al identificar pacientes con regímenes farmacoterapéuticos complejos que luego pueden ser evaluados más a fondo antes de que se puedan tomar medidas correctivas, incluyendo la simplificación del régimen de medicación, la reducción de la cantidad de pastillas, dispositivos de recordatorio médico, un seguimiento clínico más estrecho e intervenciones clínicas si es necesario.</p>	<p>El estudio se centró en pacientes tratados en clínicas públicas, por lo cual, es posible que no represente a toda la población de personas con DM2. El análisis no consideró vitaminas o suplementos de venta libre al examinar los regímenes de medicación de los pacientes. Estos medicamentos pueden o no tener el potencial de contribuir a la complejidad general. Por lo tanto, el MRCI podría estar subestimado. La toma de medicamentos estuvo representada por los datos de su dispensación. No se puede confirmar que los pacientes tomaran los medicamentos cuando se surtió la receta. Además, resurtir una receta a tiempo no significa que el paciente esté tomando el medicamento correctamente, lo que puede sobreestimar la adherencia al tratamiento. Solo se utilizó una medición de HbA1c para evaluar la relación entre la medida de complejidad del régimen de medicación y la adherencia a la medicación. Aproximadamente 90% de los pacientes tenían al menos otra afección crónico-degenerativa, que contribuyó a la medicación adicional.</p>

<p>Ayele AA, et al (2019)³</p>	<p>Análisis transversal que evalúa la complejidad del régimen de medicación y su impacto en la adherencia al tratamiento y control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2. Un total de 275 pacientes cumplieron los criterios de inclusión.</p>	<p>Se realizó recolección de datos por 2 enfermeras profesionales que trabajaban en la clínica de seguimiento de enfermedades crónicas del Hospital General Debre Tabor. Los datos clínicos, demográficos y detalles de los pacientes sobre los medicamentos actuales se obtuvieron de sus expedientes. Los datos socioeconómicos, la adherencia al tratamiento y otros datos demográficos que no estaban disponibles en el expediente, se recopilaron entrevistando a los pacientes. La complejidad del régimen de medicación se evaluó con el MRCI y la adherencia se midió mediante la escala de adherencia a la medicación de Morisky.</p>	<p>Los pacientes con un MRCI bajo y moderado, tanto específicos para la diabetes como a nivel del paciente, mostraron mayor adherencia en su medicación en comparación con los pacientes con un MRCI alto. Pacientes con MRCI bajo, tenían 6 veces más posibilidades de cumplir con los medicamentos en comparación con los de alta complejidad, ya que éstos tenían un 72% menos de probabilidad de tener un control glucémico óptimo. Este hallazgo está respaldado por evidencia previa de que un MRCI alto específico para la diabetes se correlaciona con un peor control glucémico, posiblemente relacionado con una menor adherencia. Este estudio reveló que la distancia al hospital, la duración desde el inicio del tratamiento y la presencia de comorbilidades se asociaron con el nivel de adherencia.</p>	<p>El MRCI se calculó utilizando solo lo que se capturó en el expediente médico. Como resultado, se omitieron todos los medicamentos o instrucciones que no se registraron. Aunque la HbA1c es el estándar de oro, se utilizó la glucosa en ayunas para clasificar al paciente con buen y mal control glucémico, debido a la falta de disponibilidad del servicio de medición de HbA1C en el área de estudio.</p>
<p>Luzuriaga, Maria, et al. (2021)⁴</p>	<p>Estudio retrospectivo que incluyó un grupo de 74 pacientes atendidos en un centro de atención terciaria a los cuales se les aplicó la Escala de Distrés por diabetes-2 (DDS-2). Se desarrolló un sistema de puntuación de la complejidad de los medicamentos para la diabetes (DMCS) para evaluar objetivamente la complejidad de los medicamentos para la diabetes. Según DMCS, se clasificaron en tres grupos: complejidad de medicación baja (n = 26), moderada (n = 22) y alta (n = 26).</p>	<p>Se incluyeron pacientes adultos con DT2 que completaron la prueba de detección DDS-2 al inicio de sus visitas de seguimiento mientras recibían medicamentos antidiabéticos constantes durante 6 a 12 semanas. Los datos demográficos, de medicamentos y de laboratorio se obtuvieron de registros médicos electrónicos. Los análisis de datos se especificaron previamente para probar la hipótesis de que la complejidad de la medicación es un predictor de distrés por diabetes y, por lo tanto, el grupo de alta complejidad tendría más</p>	<p>Este estudio muestra que la complejidad del régimen de medicación antidiabética se asocia con altos niveles de distrés relacionado con la diabetes. Los pacientes con mayor MRC antidiabético también tenían un control deficiente de la diabetes (HbA1c >8%) y una alta prevalencia de complicaciones microvasculares. El estudio destaca que los pacientes con regímenes de tratamiento complejos pueden necesitar más apoyo psicológico y si el régimen de medicación se puede simplificar sin comprometer el control glucémico, existe la</p>	<p>Fue un estudio retrospectivo que solo utilizó datos disponibles; el cuestionario DDS-17 no estaba disponible. No se tomaron en cuenta todos los medicamentos para calcular la puntuación de complejidad de la medicación, solo se centró en el régimen antidiabético. Los pacientes con DT2 a menudo toman otros medicamentos que pueden confundir la asociación entre el distrés relacionado con la diabetes y la complejidad de la medicación antidiabética.</p>

		<p>probabilidades de dar positivo en la prueba de distrés relacionada con la diabetes, así como de obtener una puntuación más alta en el DDS-2. Comparamos a los pacientes clasificados con puntuaciones de complejidad baja, moderada o alta para identificar factores que eran significativamente diferentes entre los tres grupos. Los tres grupos se compararon mediante análisis de varianza unidireccional y análisis de covarianza para variables continuas y pruebas de χ^2 para variables categóricas.</p>	<p>posibilidad de disminuir parcialmente el distrés relacionada con la diabetes.</p>	<p>Puede que no sea posible disminuir el MRC, sin embargo, se debe tomar en cuenta la posibilidad de simplificar el tratamiento antidiabético en ciertos pacientes. El estudio no estableció si es factible o no reducir la complejidad de la medicación antidiabética y cuáles serán sus consecuencias en términos de control glucémico y distrés relacionado a la diabetes.</p>
<p>Morello, Candis M., et al. (2018)⁵</p>	<p>Estudio de cohorte comparativo, observacional y retrospectivo, que compara el cambio de complejidad del régimen de medicación (MRC) en pacientes con DT2 no controlada (Hb A1C $\geq 8\%$), remitidos a un modelo de "ajuste" de una clínica colaborativa entre farmacéutico-endocrinólogo por medio de un Manejo médico intensivo de la diabetes (DIMM) comparado con pacientes que continuaron recibiendo atención habitual de un proveedor de atención primaria (PCP) durante 6 meses, entre los meses de abril de 2009 y noviembre de 2013. Los participantes en ambos grupos cumplieron con los criterios de inclusión de edad >18 años, diagnóstico de DT2, Hb A1C $\geq 8\%$ en la visita inicial (o documentada) y visita de seguimiento dentro de los 6 meses.</p>	<p>La clínica DIMM utilizó un modelo a corto plazo que combinaba atención clínica personalizada con educación sobre diabetes específica por un promedio de tres visitas de 60 minutos durante 6 meses. Para crear un plan de atención centrado en la persona, todos los problemas clínicos, comorbilidades, complicaciones, problemas socioeconómicos y problemas de comportamiento se integraron y evaluaron utilizando la herramienta: manejo de la terapia farmacológica (MTM) Spider Web, desarrollada para evaluar pacientes complejos. Para el grupo de comparación de PCP (56 pacientes) en el que las visitas no se programaron a los 3 y 6 meses como en la clínica DIMM (99 pacientes), los datos de los 6 meses posteriores a la visita inicial se recopilaron en el registro médico electrónico utilizando una ventana de $\pm 1,5$ meses para incluir</p>	<p>Los resultados de este estudio demostraron que, en comparación con la atención habitual, los pacientes tratados dentro del modelo de ajuste clínico DIMM de 6 meses con un promedio de 3 visitas experimentaron una reducción significativamente mayor en HbA1C con aumentos mínimos en MRC. En el modelo DIMM al otorgar más tiempo (60 minutos) al proveedor de salud, este se dedicó a identificar exactamente lo que los pacientes necesitan para brindarles educación, capacitación y evaluación específicas de la adherencia y la comprensión del paciente, y para simplificar los regímenes y evaluar las duplicaciones de medicamentos, las interacciones entre medicamentos y enfermedades y los eventos adversos, así como a empoderar y motivar a los pacientes. Este estudio demuestra cómo el tratamiento de pacientes con un modelo DIMM innovador, que</p>	<p>Fue un estudio no aleatorizado en un entorno clínico único dentro de una población de veteranos centrado en pacientes con diabetes mal controlada. Un estudio aleatorio más amplio en múltiples tipos de sitios proporcionaría datos clínicos más sólidos. La generalización de los resultados puede ser limitada porque los pacientes del estudio solo representaban una pequeña porción de la población de veteranos de pacientes con diabetes tipo 2 y un perfil demográfico estrecho (hombres caucásicos de edad avanzada) de la población general mucho más amplia afectada por la diabetes.</p>

		datos no disponibles en el intervalo de 6 meses desde la fecha inicial; de lo contrario, se consideró que faltaban datos.	implementa una atención integral centrada en las necesidades de la persona, puede ayudar a lograr un control glucémico sin aumentar el MRC.	
Russell AM, et al (2023)⁶	Estudio transversal para examinar si una mayor complejidad del régimen (con el Índice de complejidad del régimen de medicación) se asocia con una HbA1c más alta en una población de adultos principalmente Hispánica y mayoritariamente hispanohablante diagnosticada con DM2, con conocimientos limitados sobre salud y que tomaban 3 o más medicamentos.	Los participantes fueron reclutados en 2 centros de salud comunitarios en Chicago, Illinois. Los pacientes que completaron el estudio tenían 21 años o más, con diagnóstico de DM2, hablaban inglés o español, poseían un teléfono celular con capacidad para enviar mensajes de texto (requerido para la intervención), tomaban al menos 3 medicamentos recetados. Se identificó una muestra de 3092 pacientes que cumplían con los criterios básicos de elegibilidad del estudio (edad, diagnóstico, número de medicamentos) basándose en la revisión de los expedientes. El personal de investigación se puso en contacto con estos pacientes y 654 fueron considerados no elegibles, 502 se negaron, 338 rechazaron pasivamente, 766 no fueron localizados y 20 fallecieron antes de contactarlos. En total, 812 pacientes aceptaron participar y obtuvieron su consentimiento.	Los resultados de este estudio observacional indicaron que el sexo masculino, el MRCI > 14, una única visita de atención médica ambulatoria en 6 meses y la falta de seguro médico se asociaron de forma independiente con niveles más altos de hemoglobina glucosilada. Los hallazgos obtenidos se consideraron consistentes con el estudio de Rahman et al (2022) entre pacientes con diabetes tipo 2, en donde se encontró que Estos hallazgos son consistentes con el estudio reciente de Ab Rahman et al. entre pacientes con DM2 seguidos en clínicas públicas de atención primaria en Malasia, que encontró que el MRCI se asoció con probabilidades reducidas de alcanzar una HbA1c=7,0%.	Dado que los participantes en este estudio representan una pequeña porción de la población, la generalización de los resultados puede ser limitada.
Yeh A, et al (2017)⁷	Estudio retrospectivo, observacional y transversal de personas con diabetes tipo 2 desde enero de 2011 a enero de 2016, que examina la hipótesis de que un mayor índice de complejidad del régimen de medicación específico para la diabetes se asocia con un menor logro de la meta de HbA1C <7,0 % en una población de	Se incluyeron en el análisis un total de 368 pacientes, que cumplían con los criterios de edad 18+ y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Los datos se obtuvieron del registro médico electrónico y el MRCI se calculó utilizando la herramienta electrónica de captura de datos de complejidad del régimen de medicación validada	En comparación con una complejidad del régimen de medicación bajo (específico para diabetes), la complejidad moderada y alta del régimen de medicación para la diabetes se asoció con un menor logro de los objetivos de hemoglobina glucosilada. Adicionalmente, se observó que los pacientes con diabetes tipo 2 suelen	Al depender de los expedientes electrónicos como fuente de datos, el MRCI se calculó utilizando únicamente lo que había capturado en las notas, por lo tanto, cualquier medicamento o instrucción que no fue registrada, se omitió del cálculo. Dado que los participantes en este

	adultos con diabetes tipo 2, predominantemente hispana y desatendida.	de Microsoft Access Versión 1.0 de 65 ítems. Un MRCI alto específico para la diabetes se asoció con un menor logro del objetivo de A1C <7,0 % (OR ajustado = 0,09; IC del 95 % = 0,04-0,18) controlando por edad, sexo, origen étnico, seguro, IMC, tabaquismo, hipertensión e hiperlipidemia.	tomar varios medicamentos para disminuir su riesgo cardiovascular, incluidos medicamentos antihipertensivos, hipolipemiantes y aspirina, estos medicamentos aumentan el MRCI en general y pueden estar asociados con efectos secundarios en la reducción de glucosa.	estudio proceden de un único centro de práctica, la generalización de los resultados es limitada.
--	---	--	--	---

Recomendaciones

Discusión:

En nuestra revisión logramos describir los resultados de los distintos estudios analizados en cuanto a los parámetros utilizados y sus resultados generales respecto a la asociación de un índice de régimen de complejidad de medicamentos alto y su relación con lograr metas de control glucémico en pacientes adultos con diabetes tipo 2. Los resultados resultan heterogéneos a propósito de los distintos enfoques de cada estudio revisado, sin embargo, la afirmación constante en las conclusiones de la mayoría de los estudios es el pobre control glucémico (HbA1C >7%) en pacientes con MRCI denominado moderado o alto de acuerdo con los criterios de cada estudio. Una excepción a esta conclusión es el estudio realizado por Morello, Candis M., et al.⁵ (2018), en el cual se plantea un modelo de atención centrado en la persona con apoyo de una herramienta web y sesiones de duración de 60 minutos que apoya en la toma decisiones conjuntas para identificar las necesidades de cada paciente, brindar educación, capacitación y evaluación de la adherencia al tratamiento, comprensión del paciente de su enfermedad y evaluar la oportunidad de simplificar los regímenes, para lograr metas de control glucémico.

En la ausencia de revisiones sistemáticas que evalúen los puntos de corte del MRCI y su utilidad en la predicción del cumplimiento de metas de control glucémico y el desarrollo de complicaciones en pacientes adultos con diabetes tipo 2, este trabajo es un primer

paso para recopilar la información relevante y actual sobre este tema, de interés para la toma de decisiones en la clínica, respecto a la individualización de cada paciente tomando en cuenta el modelo de atención centrado en la persona en conjunto con los estándares internacionales que recomiendan la intensificación del régimen de medicamentos antidiabéticos para lograr metas de control glucémico. Los puntos de corte establecidos por Luzuriaga, Maria, et al. (2021)⁴, para el MRC del tratamiento antidiabético nos permite realizar una evaluación objetiva, para valorar en qué pacientes se puede realizar una simplificación del régimen de medicación para evitar la aparición de distrés relacionado con diabetes y mejorar la adherencia al tratamiento antidiabético.

Conclusiones

La utilidad de la aplicación de la herramienta MRCI para cuantificar el índice de complejidad del régimen de medicación se ha demostrado en los estudios que revisamos en este trabajo, sin embargo, no existe una estandarización respecto a los puntos de corte apropiados en la puntuación del MRCI para distinguir el nivel de complejidad del régimen, ya que en cada estudio se establece un margen alto, moderado y bajo a consideración del autor en cuestión, a su vez se han realizado adaptaciones para la medición del régimen de medicamentos antidiabéticos como en el estudio realizado por Luzuriaga, Maria, et al. (2021)⁴. En la práctica clínica se debe tomar en cuenta que la mayoría de los pacientes con diabetes tipo 2 padecen al menos otra enfermedad crónico-degenerativa que puede o no implicar un incremento del MRCI, afectando el cumplimiento de metas de control metabólico de las distintas patologías.

Referencias bibliográficas

1. Basto-Abreu A, et al. Prevalencia de prediabetes y diabetes en México. Ensanut 2022. Salud Publica Mex. 2023; 65 (supl 1): S163-8

2. Ab Rahman, Norazida, et al. "Medication regimen complexity and medication burden among patients with type 2 diabetes mellitus: a retrospective analysis." *Frontiers in Pharmacology* 13 (2022): 808190.
3. Ayele AA, Tegegn HG, Ayele TA, Ayalew MB. Medication regimen complexity and its impact on medication adherence and glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus in an Ethiopian general hospital. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2019 Jun 28;7(1):e000685. doi: 10.1136/bmjdr-2019-000685.
4. Luzuriaga, Maria, et al. "Complexity of antidiabetic medication regimen is associated with increased diabetes-related distress in persons with type 2 diabetes mellitus." *BMJ Open Diabetes Research and Care* 9.1 (2021): e002348.
5. Morello, Candis M., et al. "Improved glycemic control with minimal change in medication regimen complexity in a pharmacist-endocrinologist diabetes intense medical management (DIMM) "tune up" clinic." *Annals of Pharmacotherapy* 52.11 (2018): 1091-1097.
6. Russell AM, Opsasnick L, Yoon E, Bailey SC, O'Brien M, Wolf MS. Association between medication regimen complexity and glycemic control among patients with type 2 diabetes. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2023 May-Jun;63(3):769-777. doi: 10.1016/j.japh.2022.12.028.
7. Yeh A, Shah-Manek B, Lor KB. Medication Regimen Complexity and A1C Goal Attainment in Underserved Adults With Type 2 Diabetes. *Ann Pharmacother*. 2017 Feb;51(2):111-117. doi: 10.1177/1060028016673652.

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

Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud T-III Dr. José Castro Villagrana a cargo de Luis Daniel Salas Casas

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

Tabla No. 1

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior	31	100
Nuevo ingreso feb 2023	0	0
Recuperados feb 2023	0	0
Total	31	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 2

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo febrero 2023 – enero 2024

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Condición de participación	No	%
Activas	26	84
No activas	5	16
Total	31	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 3

Motivos por los cuales pacientes atendidos en el proyecto han sido incluidas en la condición de no activas durante el periodo febrero 2023 – enero 2024

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Motivos inactividad	No	%
Cambio de médico en centro de salud	0	0%
Cambio de institución que le atiende	4	80%
Cambio de domicilio	0	0%
Falleció	0	0%
Otro motivo	0	0%
Se ignora	1	20%
Total	5	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

2. Información demográfica:

Tabla No. 4

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con sexo

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Sexo	No	%
Femenino	18	58%
Masculino	13	42%
Otra asignación	0	0%
No hay dato	0	0%
Total	31	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 5

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Edad (años)	No	%
20-29	0	0%
30-39	1	3%
40-49	4	13%

50-59	9	29%
60-69	8	26%
70-79	8	26%
80 y más	1	3%
Total	31	100%

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 6

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y sexo

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Sexo Edad	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20-29 años	0	0%	0	0%	0	0%
30-39 años	1	6%	0	0%	1	3%
40-49 años	2	11%	2	15%	4	13%
50-59 años	5	28%	4	31%	9	29%
60-69 años	7	39%	1	8%	8	26%
70-79 años	2	11%	6	46%	8	26%
80 y más años	1	6%	0	0%	1	3%
Total	18	100%	13	100%	31	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

3. Diagnóstico y seguimiento

Tabla No. 7

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con el número de consultas recibidas durante periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

No. Consultas	No	%
1	2	6%
2	1	3%

3	0	0%
4	0	0%
5	2	6%
6	5	16%
7	7	23%
8	2	6%
9	4	13%
10	6	19%
11	2	6%
12 y más	0	0%
Total	31	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 8

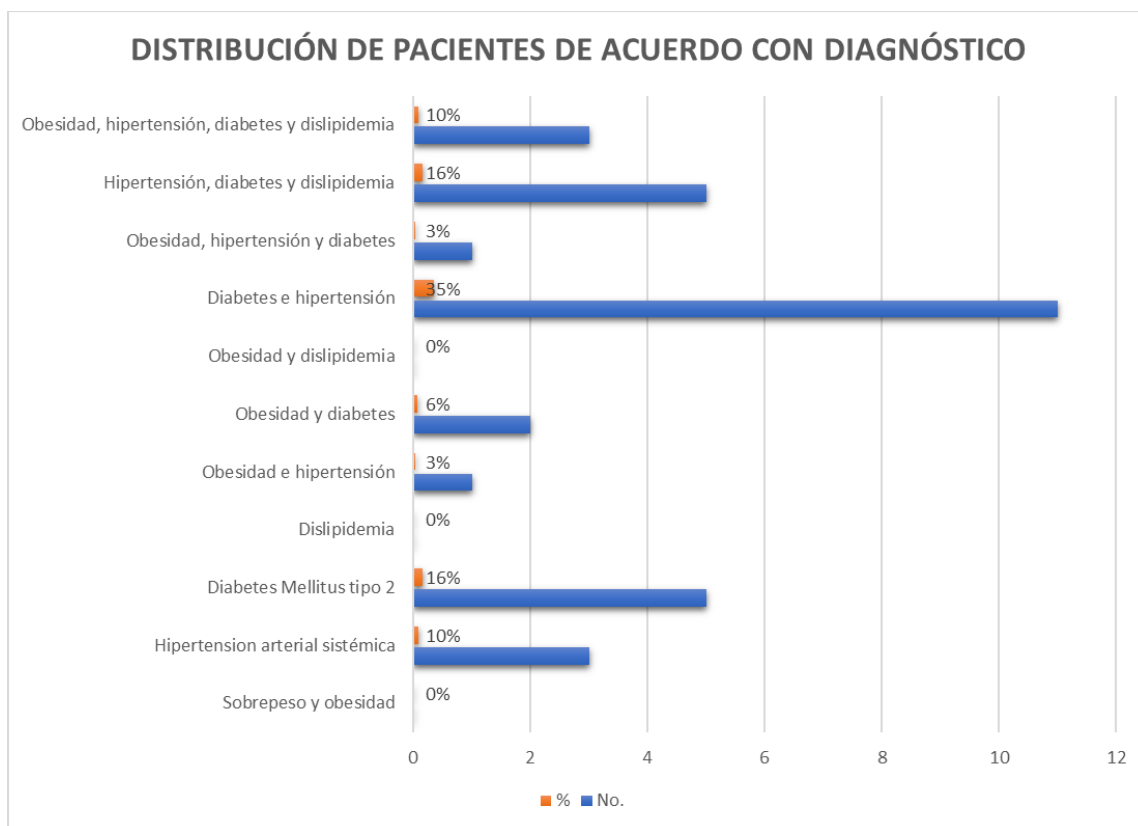
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con diagnóstico de enfermedad

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Diagnóstico	No.	%
Sobrepeso y obesidad	0	0%
Hipertensión arterial	3	10%
Diabetes Mellitus tipo 2	5	16%
Dislipidemia	0	0%
Obesidad e hipertensión	1	3%
Obesidad y diabetes	2	6%
Obesidad y dislipidemia	0	0%
Diabetes e hipertensión	11	35%
Obesidad, hipertensión y diabetes	1	3%
Hipertensión, diabetes y Dislipidemia	5	16%
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	3	10%
Total	31	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024



Gráfica 1. Distribución de cantidad de pacientes de acuerdo con diagnóstico de enfermedades crónicas. Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 9

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con diagnóstico de enfermedad y sexo

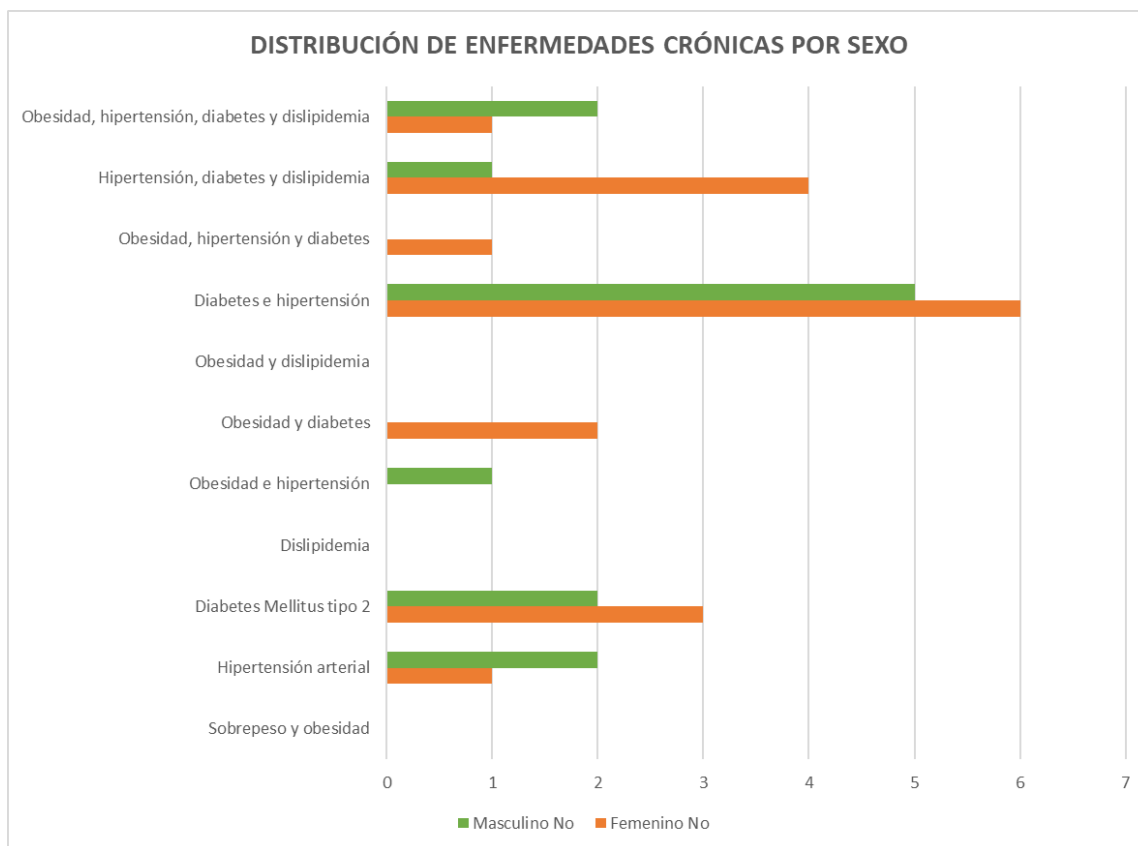
Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Sexo Dx	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sobrepeso y obesidad	0	0%	0	0%	0	0%
Hipertensión arterial	1	6%	2	15%	3	10%
Diabetes Mellitus tipo 2	3	17%	2	15%	4	13%
Dislipidemia	0	0%	0	0%	0	0%
Obesidad e hipertensión	0	0%	1	8%	1	3%
Obesidad y diabetes	2	11%	0	0%	2	6%

Obesidad y dislipidemia	0	0%	0	0%	0	0%
Diabetes e hipertensión	6	33%	5	38%	11	35%
Obesidad, hipertensión y diabetes	1	6%	0	0%	1	3%
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	4	22%	1	8%	5	16%
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	1	6%	2	15%	3	10%
Total	18	100%	13	100%	31	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024



Gráfica 2. Distribución de enfermedades crónicas distribuidas de acuerdo con sexo.

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 10

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de sobrepeso y obesidad

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Sobrepeso y obesidad	
	No.	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	0	0%
40-49 años	0	0%
50-59 años	0	0%
60-69 años	0	0%
70-79 años	0	0%
80 y más años	0	0%
Total	0	0%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No.11

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Hipertensión Arterial	
	No.	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	1	33%
40-49 años	0	0%
50-59 años	2	67%
60-69 años	0	0%
70-79 años	0	0%
80 y más años	0	0%
Total	3	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 12

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Diabetes Mellitus tipo 2	
	No.	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	0	0%
40-49 años	1	20%
50-59 años	2	40%
60-69 años	1	20%
70-79 años	1	20%
80 y más años	0	0%
Total	5	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 13

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de dislipidemia

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Dislipidemia	
	No.	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	0	0%
40-49 años	0	0%
50-59 años	0	0%
60-69 años	0	0%
70-79 años	0	0%
80 y más años	0	0%
Total	0	0%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 14

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Obesidad e hipertensión	
	No.	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	0	0%
40-49 años	1	100%
50-59 años	0	0%
60-69 años	0	0%
70-79 años	0	0%
80 y más años	0	0%
Total	1	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 15

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Obesidad y Diabetes Mellitus tipo 2	
	No.	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	0	0%
40-49 años	1	50%
50-59 años	0	0%
60-69 años	1	50%
70-79 años	0	0%
80 y más años	0	0%
Total	2	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 16

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y dislipidemia

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Obesidad y dislipidemia	
	No.	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	0	0%
40-49 años	0	0%
50-59 años	0	0%
60-69 años	0	0%
70-79 años	0	0%
80 y más años	0	0%
Total	0	0%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 17

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica	
	No.	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	0	0%
40-49 años	1	9%
50-59 años	0	0%
60-69 años	4	36%
70-79 años	5	45%
80 y más años	1	9%
Total	11	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 18

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2	
	No.	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	0	0%
40-49 años	0	0%
50-59 años	0	0%
60-69 años	1	100%
70-79 años	0	0%
80 y más años	0	0%
Total	1	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 19

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 y Dislipidemia	
	No.	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	0	0%
40-49 años	0	0%
50-59 años	4	50%
60-69 años	2	25%
70-79 años	1	13%
80 y más años	1	13%
Total	8	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 20

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia		
Edad	No.	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	0	0%
40-49 años	0	0%
50-59 años	2	40%
60-69 años	1	20%
70-79 años	1	20%
80 y más años	1	20%
Total	5	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

5. Resultados de control de enfermedad crónica

Tabla No. 21

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

Periodo febrero 2023 – enero 2024

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

	INICIO						FINAL					
	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total		Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Control	6	22%	8	30%	14	52%	17	63%	3	11%	20	74%
Fuera de control	7	26%	6	22%	13	48%	4	15%	1	4%	5	19%
Desconoce							2	7%		0%	2	7%
Total	13	48.15%	14	51.85%	27	100%	23	77.78%	4	14.81%	27	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 22

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

Periodo febrero 2023 – enero 2024

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Hba1c	Inicio		Final	
	No	%	No	%
Control	15	56%	14	52%
Fuera de control	9	33%	3	11%
Desconoce	3	11%	10	37%
Total	27	100%	27	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 23

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

Periodo febrero 2023 – enero 2024

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

HAS	Inicio		Final	
	No	%	No	%
Control	15	63%	22	92%
Fuera de control	9	38%	2	8%
Total	24	100%	24	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Tabla No. 24

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

Periodo febrero 2023 – enero 2024

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

HCT	Inicio		Final	
	No	%	No	%
Control	1	14%	4	57%
Fuera de control	6	86%	3	43%
Total	7	100%	7	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

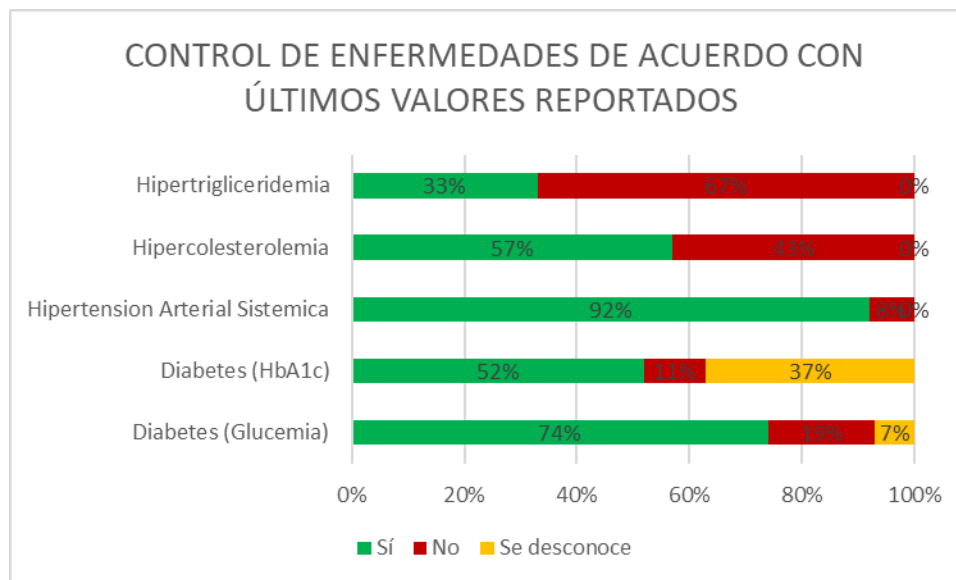
Tabla No. 25

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia y cifras de control de acuerdo con triglicéridos séricos
Periodo febrero 2023 – enero 2024

Centro de Salud T. III: Dr. José Castro Villagrana
Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

HTGL	Inicio		Final	
	No	%	No	%
Control	1	17%	2	33%
Fuera de control	5	83%	4	67%
Total	6	100%	6	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024



Gráfica 3. Distribución de control de enfermedades crónicas distribuidas de acuerdo con últimos valores reportados. Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Análisis

Todos los pacientes atendidos fueron previamente incluidos en el proyecto por la pasante anterior, no se agregaron nuevos pacientes dado el corto tiempo que se nos otorgaba para la consulta del modelo, en este caso eran lunes y martes, sin embargo, además de los pacientes citados se atendía a otros pacientes que archivo asignara al consultorio, aumentando así la carga de trabajo y disminuyendo el tiempo de atención a pacientes del modelo.

En RedCap, se encuentran activos 25 (84%), 1 de ellos dejó de asistir al centro de salud, no fue posible contactarlo a pesar de los esfuerzos realizados en conjunto con trabajo social, 3 de ellos fueron enviados a UNEME EC por descontrol glucémico y uno de ellos se encuentra en tratamiento por parte del instituto nacional de nutrición por el servicio de bariatría.

Se tiene registro de dieciocho pacientes femeninos (58%) y 13 masculinos (42%). La mayoría de los pacientes se encuentra en el grupo etario de entre los 50-59 años (29%).

El promedio de consultas fue de 7.3, con mayor porcentaje de 7 consultas.

El diagnóstico con mayor porcentaje fue diabetes tipo 2, encontrándose en 27 de los 31 pacientes atendidos, con predominio en el sexo femenino y en el rango de edad de 50 a 59 años. La principal enfermedad con la que se presentó fue la hipertensión, representando un 35% de todos los pacientes atendidos. Al final de mi servicio social, el 74% de los pacientes se encontraban con cifras de control glucémico dentro de metas terapéuticas, 52% con cifra de HBA1C como parámetro de control (HBA1C <7%), sin embargo, en este caso 37% de estos pacientes no contaban con este estudio para valorar su control.

El 80.6% tienen diagnóstico de sobrepeso u obesidad, con predominio en el rango de 50 a 59 años. La diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica fueron asociadas en igual medida este grupo de paciente, seguidas por dislipidemia.

Un total de 24 pacientes presentaban diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica de los cuales el 12.5% eran atendidos solo por esta patología, con predominio en el rango de 50 a 59 años. El 92% de los pacientes mostraron cifras de control durante al menos los últimos 2 meses.

El 41.9% de los pacientes fueron diagnosticados con algún tipo de dislipidemia, con predominio de la hipertrigliceridemia, con predominio en el rango de 50 a 59 años.

Respecto al control, en los pacientes con predominio de hipercolesterolemia, se observaron cifras por debajo de 200 mg/dl de colesterol total en el 57% de los pacientes. Se utilizó solamente el colesterol total, ya que muchos pacientes no contaron con cifras de HDL y LDL; en comparación, el 33% de los pacientes con hipertrigliceridemia mostraron control en el último mes atendidos.

Acción comunitaria

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

Concepto y modelos de promoción de la salud

El concepto de promoción de la salud fue descrito en 1986 en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud durante la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud organizada por la ONU. En esta carta se establece que: "La promoción de la salud es el proceso de capacitar a las personas para que incrementen el control sobre su salud, y para que la mejoren." Se establece también que esta capacitación no dependerá solo del sistema de salud, sino de la interrelación de otros factores como son las condiciones de vida, el equipo de atención a la salud, la persona y la relación interpersonal que se produce entre estos (3).

Las principales estrategias de promoción de la salud son:

- Elaborar una política pública que involucre a todos los sectores y niveles de la población y sus problemas, la cual considere e incorpore cambios en la legislación, la asignación de recursos financieros y su organización.
- Crear entornos de apoyo que favorezcan el cuidado mutuo entre las personas, sus comunidades y su medio ambiente (familiar, laboral y ambiental), para lograr un equilibrio benéfico.
- Fortalecer la acción comunitaria mediante acciones comunitarias concretas y efectivas para establecer prioridades, tomar decisiones, planificar estrategias y aportar medios, mediante empoderamiento y capacitación.
- Desarrollo de habilidades personales en lo individual y colectivo, aportando información, educación para la salud, y potenciando las habilidades para la vida, teniendo en cuenta todo el control que pueden ejercer sobre su salud.
- Reorientar los servicios de salud para que la responsabilidad sea compartida entre las personas, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones de servicios sanitarios y los gobiernos, quienes deben trabajar en la creación de un sistema que contribuya a la obtención de la salud. Tomando en cuenta la relevancia de la investigación, la formación profesional y la actualización permanente. (3)

Posterior a la definición del concepto de promoción de la salud, este se ha incorporado a diferentes modelos, a continuación, se enumeran algunos de los modelos más relevantes:

- Modelo contrahegemónico: se ve a la salud como un derecho social.
- Modelo basado en activos: refuerza aspectos relacionados con la equidad, determinantes sociales de la salud, intersectorialidad y participación.
- Modelo salutogénico: concibe un enfoque positivo de la salud, centrándose en el origen de esta.
- Modelo de salud comunitaria: enfocado en la salud pública y atención primaria dentro de las entidades locales y ciudadanas.
- Modelo costarricense de rectoría de promoción para la salud: trabaja desde la perspectiva de las necesidades y los derechos humanos, con un enfoque institucionalista.
- Modelos ecológicos: basado en diferentes niveles de intervención a nivel personal, relacional, familiar, comunidad y macroambiente. Pretende aplicar intervenciones en salud pública para la disminución de comportamientos de riesgo.
- Modelos de psicología positiva: abarcan modelos ecológicos, cognitivo, cognitivo/conductual y sistémicos. Promueven el bienestar y cómo manejar el estrés.
- Modelo basado en el "cuidado de sí": basado en la actitud que se tiene frente a la vida y el cómo la afrontamos, en la capacidad de respuesta personal y política respecto a la enfermedad y la vuelta. Promueve el autocuidado y el cuidado a los demás.
- Modelo para la contención de la violencia: basado en acciones de promoción de convivencia y prevención de la violencia.
- Modelos de promoción de la salud en la pandemia COVID-19: se basan en la mitigación y contención del virus SARS Cov-2 y la salud comunitaria vs. la

hospitalización y las vacunas. Promovió la atención de cambios sociales, en salud mental y en los rabajadores de la salud.

- Modelo socio-ecológico: se relaciona con los determinantes sociales en salud, un modelo comunitario de políticas públicas, que admite responsabilidad individual, colectiva y del gobierno. (4)

La integración de la promoción de salud en la atención sanitaria es relevante al tomar en cuenta la transición de los servicios hospitalarios centrados en la enfermedad y la discapacidad hacia los servicios comunitarios que se enfocan en la prevención de las enfermedades antes del surgimiento de alguna discapacidad. Se hace énfasis en asegurar la participación de los miembros de la comunidad en la planificación de servicios como parte integral de la gestión responsable de la atención médica. De esta forma las comunidades adquieren una mayor capacidad para enfrentar las condiciones sociales, económicas y ambientales que afectan su salud y bienestar, como la pobreza, el aislamiento social y el crimen (1). Trabajar desde la perspectiva de la promoción de salud permite a los administradores y gobernantes planificar programas y servicios con mayor certeza de que estos son los más necesarios para las personas de cada región.

La inclusión de la promoción de la salud en la prevención y manejo de enfermedades crónicas comprende la expansión del modelo de cuidados crónicos (CCM), con la finalidad de reducir la carga de las enfermedades crónicas y apoyar al mejoramiento de la salud de las personas y las comunidades. Este enfoque emplea medidas actuando sobre los determinantes sociales de la salud, así como promoviendo el desarrollo de servicios sanitarios de alta calidad. La adopción del MECC facilitará un cambio en la comprensión de cómo la atención individual se ajusta a los conceptos de salud de la población. Este modelo basado en la acción ampliará el enfoque de la práctica para trabajar hacia resultados de salud para las personas, las comunidades y las poblaciones, demostrando la asociación directa entre el sistema de salud y la comunidad (1).

La incorporación de la promoción de salud al CCM, dio lugar al desarrollo del modelo expandido de cuidados crónicos. En este modelo expandido se abarca a la salud como el resultado positivo de una interrelación entre el sistema de salud, el equipo de salud, la persona que padece la enfermedad, sus determinantes sociales y la interrelación que tenga con el mismo equipo (1). La adecuación del MECC al modelo de atención integral centrado en la persona se establece al integrar los elementos que lo conforman, este proceso se incorpora dentro de los subsistemas relación equipo médico -paciente, sistema de salud y comunidad. Los elementos del proceso de la atención centrada en la persona son los siguientes: explorar la enfermedad y el padecimiento, entender a la persona como un todo, elaborar un proyecto en común en colaboración con la persona, definiendo los objetivos e intensificar la relación de la persona con el médico (5).

Encuentros de salud

5to Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas: Encontrarnos para cuidarnos.

Se realizó el taller "Cuidado como un Derecho y una acción colectiva" con el objetivo de reconocer y fortalecer las capacidades individuales y colectivas que las personas participantes están desarrollando o podrían desarrollar para mejorar el cuidado de sus enfermedades crónicas.

cuyo propósito fue fortalecer las capacidades, tanto individuales como colectivas, que las personas participantes reconocen que han desarrollado o que pueden desarrollar, para aumentar el cuidado de sus enfermedades crónicas en sus cuatro direcciones: Cuidar a otras personas, Recibir cuidados de otras personas, el autocuidado y cuidado del entorno. Se llevó a cabo en julio de 2023 en el CST- III "Pedregal de las Águilas", y participé como coordinador del taller, organizando los puntos a tratar y apoyando a la participación sin forzar a las personas asistentes del grupo en que me tocó coordinar. Se anexa evidencia fotográfica en el apartado de anexos.

Relatoría

5to Encuentro de Pacientes con Enfermedad Crónica

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan	Coordinador: Luis Daniel Salas Casas	Relator: David Moisés Orendain Mejía
	Grupo 3. CST-III Pedregal de las Águilas	Fecha: 23/07/2023

1. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Motivación para acudir
Cristina Cisneros	F		"Importante mi salud, para convivir y para ver qué me pueden aportar"
Rosalba López	F		"Me gusta venir a las reuniones, aunque a veces no pueda. Me gustan estos encuentros"
Rosa Hernández	F		"Me gusta venir porque aquí me doy cuenta de que no estoy sola con mi enfermedad"
Cristina	F		Agradezco su invitación
Aida	F		"Nunca había asistido a uno de estos eventos. Cuando a uno le dan su diagnóstico, piensa que la vida ya se acabó, entonces he aprendido a vivir de la mano con el médico para sobrellevar la enfermedad, así como la importancia de la alimentación y el ejercicio. Me encantan los médicos que se interesan en nuestra salud. Por eso vine, para ver de qué se trata"
Víctor	M		"Asisto porque uno aprende de los doctores sobre cómo cuidarse y nos ayudan a diagnosticarnos adecuadamente"

Salvador Duran	M	67	"Tengo diabetes y he sufrido sus consecuencias, tengo pie de Charcot y es difícil"
Guadalupe	F	69	"Es la primera vez que vengo a las pláticas. El doctor me invitó y aquí estoy"
Ignacia Mercado	F	71	"Me invitó el doctor para que viniera, es la primera vez que vengo. No me gustaba venir aquí, pero hice el intento"
Lidia	F	69	"Me invitó mi esposo"
Martha Hernández	F	72	"Estoy aquí porque ya he asistido a otros convivios y me gusta venir porque aprendo muchas cosas aquí sobre mi enfermedad"
Gumecinda	F		"Cuando me diagnosticaron mi enfermedad me deprimía mucho, pero cuando vine al Centro de Salud había un pasante muy bueno que me atendía y que me dio la atención que necesitaba. Aprendí a alimentarme, aprendí muchas cosas y ya traje a mi hija para que se cuide también"
María Jardón	F	77	"Venía a tenderme acá y me atendían doctores ya grandes y no me atendían bien. Pero cuando llegaron los pasantes, la atención cambió y me gustó mucho cómo me atendían. Estoy muy contenta, no me siento enferma, tengo ganas de salir y trabajar"

2. Datos del Taller

Objetivo del taller: Reconocer y fortalecer las capacidades personales y colectivas, así como las relaciones que favorecen el cuidado de las personas que viven con enfermedades crónicas.	
Hora de inicio: 09:00 hrs	Hora de finalización: 13:00 hrs

3. Descripción detallada del taller: (1 de 3)

Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller

Utilice tantas hojas como sea necesario

Anote textualmente cada uno de los pasos (No anote, por ejemplo, "Paso 1")

Paso 1: Identificar aspiraciones y realizaciones

Somos personas que vivimos con enfermedades crónicas, ¿cuáles son nuestras principales aspiraciones respecto a esta situación, vivir con enfermedades crónicas?

Nuestras aspiraciones respecto a:

Lo personal y nuestra familia

Cristina: "Decidí hacerme amiga de mi enfermedad, logré tener buenos niveles de azúcar, responsabilizarme comer mejor, tomar más agua. Para mí es importante hacer un equipo con los doctores y conmigo misma. Mis aspiraciones son estar estable y ser independiente para controlar mi enfermedad"

Salvador: Una de mis prioridades es poderles enseñar a mis hijos y nietos lo que yo sé para que ellos no sufran esto que estoy sufriendo. Asistía a la UNEME y ahí nos daban pláticas. Yo llevaba a mi hijo y le decía que escuche porque, aunque él me decía que yo era el enfermo, era necesario que él escuchara también para que no llegara a donde yo estoy. Jamás pensé estar operado de las cataratas, de las córneas y del pie de Charcot"

Gumecinda: "Sabemos nuestras enfermedades que tenemos y hay que preparar a nuestra familia para que no viva lo que yo tengo. Tengo una hija que tiene sobrepeso y el doctor ha logrado que baje de peso, porque no quiero que llegue a donde estoy yo. Aprendimos a alimentarnos y a tomar suficiente agua. Venimos a las reuniones del grupo de ayuda y a ella le gusta participar. Para mí no hay nada imposible, con mi enfermedad hago de cuenta como si no la tuviera, porque me siento bien. Aquí los doctores nos dan la atención, nuestra medicina, nos dan un gran apoyo. Hemos recibido muchos consejos de ellos, estoy muy agradecida y yo creo que no nos vamos a ir de aquí"

Martha: Personal. "Estar estable, estar bien, concentrarme en lo que necesito para estar bien. Mi hipertensión está bien, estoy controlada y agradezco mucho su atención"

Lidia: "Agradezco mucho la atención que le dan los doctores a mi esposo ya que veo que va muy bien"

Aida: "Que la enfermedad esté estable. Que no empeore. Cuidando mi alimentación. También en mi familia le digo a mis hijas que les den una alimentación sana a sus hijos ya que uno no piensa que va a llegar a enfermarse. No quería ser diabética, me daba mucho miedo. Pero ahora he descubierto que con el ejercicio y la alimentación puedo controlar mi enfermedad y, así, puedo decirles a las personas que me rodean lo que hago y de alguna manera les puedo ayudar dándoles consejos sobre cómo me cuido para controlar mi enfermedad. Un buen medico se interesa por su paciente, lo revisa de cabeza a pies y no sólo está escribiendo cosas, recetando y pidiendo análisis. Y me gusta venir aquí porque los pasantes se preocupan por nosotros y no sólo es escribir y escribir. Aquí lo hemos encontrado: Buenos médicos"

Rosalba: "Yo estoy más que agradecida con el Centro de Salud porque aquí me salvaron la vida. Yo tenía ISSSTE y no hay comparación con la atención que nos dan aquí. Cuando llegué, la Dra Dani me preguntó sobre mi familia, sobre cómo estaba y se preocupó por mí como persona. El trato que nos dan el resto de los doctores ha sido igual, me tratan como ser humano. Una de mis aspiraciones siempre ha sido bajar de peso y aquí, lo he logrado. Yo con mi persona me siento a gusto, he notado mejoría y todo ha sido gracias al Centro de Salud"

Víctor: "Yo también considero que nos han ayudado para cuidarnos, como llevar nuestra enfermedad y, pensando en nuestro futuro, espero que estos grupos no desaparezcan, que puedan seguir ayudando a las personas de la forma en la que nos ayudan a nosotros"

Mary: "Yo estoy conforme porque ahora mis hijos empiezan a valorar ahora que ya saben que no puedo comer o tomar cosas y tratan de cuidarme a mí y a ellos mismos"

Gumecinda: "Hablando de mi hija, ella ya sabía que tengo diabetes y yo le decía que no tomara su café con azúcar, comía mucha tortilla y ahora ya ha reducido el azúcar las tortillas. Ya no toma refresco, ya es ella quien me pregunta de qué sabor quiero el agua. De aquí lo aprendió. Ya ahora come lo que debería, todo sin azúcar, ya no comemos grasas, comemos ensaladas, verduras"

Aida: "Es increíble que la juventud nos trate mejor de que los doctores mayores que según tienen experiencia, pero nos tratan peor"

Descripción detallada del taller: (2 de 3)

Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller

Utilice tantas hojas como sea necesario

Anote textualmente cada uno de los pasos (No anote, por ejemplo, "Paso 1")

Paso 2. Satisfacer necesidades.

En este segundo paso se trata de que en el grupo identifiquen qué tienen en común respecto a las necesidades que aparecen en la columna de la izquierda; así como identificar cuáles son las capacidades a su alcance para satisfacerlas.

¿Cuál es uno de los problemas que compartimos respecto a lograr una alimentación saludable? (elegir un problema)

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

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

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

¿Cuál es la meta que podemos acordar para mejorar nuestra alimentación de aquí al siguiente encuentro?

Dado el tiempo disponible, el grupo puede elegir una de las nueve necesidades que aparecen en la primera columna de la izquierda de la tabla.

	Identificar problemas	Tomar decisiones	Hacer uso de recursos*	Establecer una relación de colaboración con su persona tratante	Acordar metas de tratamiento y evaluar logros
Vida afectiva	Soledad Falta de apego	Verificar información Identificar sentimientos	Religión Doctores en el	Hablar los problemas y sentimientos	Mejorar comunicación con mi familia y

	Sentirse una carga Falta de información Falta de comunicación		Centro de Salud Apoyo familiar Autoestima Cursos Hablar con amigos escuchar y dar consejos	Preguntar dudas	externar mis sentimientos Sentirme mejor conmigo Eliminar creencias que limitan Sacar adelante a mi familia Seguirme cuidando y seguir asistiendo a las reuniones
--	---	--	---	-----------------	---

Descripción detallada del taller: (3 de 3)

<i>Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller Utilice tantas hojas como sea necesario Anote textualmente cada una de las preguntas (No anote, por ejemplo, "Pregunta 1")</i>		
Paso 3. Fortalecer el autocuidado		
Experiencias de dominio	Experiencias exitosas Metas cortas que sí se pueden lograr	Mejorar comunicación con mi familia y externar mis sentimientos Sentirme mejor conmigo Eliminar creencias que limitan Sacar adelante a mi familia Seguirme cuidando y seguir asistiendo a las reuniones

Descripción detallada del taller: (3 de 3)

Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller

Utilice tantas hojas como sea necesario

Anote textualmente cada una de las preguntas (No anote, por ejemplo, "Pregunta 1")

Paso 3. Fortalecer el autocuidado

Paso 3. Fortalecer el autocuidado		
Experiencias de dominio	Experiencias exitosas Metas cortas que sí se pueden lograr	Mejorar comunicación con mi familia y externar mis sentimientos Sentirme mejor conmigo Eliminar creencias que limitan Sacar adelante a mi familia Seguirme cuidando y seguir asistiendo a las reuniones

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

Tutoría de casos.

Este módulo se cursó simultáneamente a los otros a lo largo del año, principalmente en las sesiones virtuales en la plataforma zoom. Consistió en la presentación y discusión de casos clínicos, haciendo énfasis en el abordaje dentro de la estructura del modelo de atención integral, tomando en cuenta el contexto de cada paciente, sus aspiraciones y fortalezas, y sugiriendo cambios pertinentes para un mejor aprovechamiento y enfoque desde el modelo de atención centrado en la persona. En las sesiones posteriores a los casos clínicos, se profundizó en las áreas de oportunidad encontradas, las cuales podrían variar desde temas que requerían de un equipo multidisciplinario o de la revisión de guías de recomendación de práctica clínica.

- Inicialmente se realizó una revisión bibliográfica de los estándares de atención para hipertensión arterial sistémica (AHA 2017) y de diabetes (ADA 2023, IDF),

documentos que agrupan las recomendaciones con mayor evidencia científica actualizada para la atención de estas patologías.

- Posteriormente en el mes de mayo se presentó el caso clínico de una mujer en la sexta década de la vida, que vive con diabetes mellitus, dislipidemia, hipertensión arterial y trastorno de ansiedad generalizada. Durante la presentación fue notable la necesidad de abordar el manejo de emociones en la consulta médica, por consiguiente, en las próximas sesiones se abordaron los temas de "empatía" y "salud psicoemocional".
- En junio se realizaron preparativos y se organizó el quinto encuentro de personas con enfermedades crónicas por lo que las sesiones de este módulo fueron postergadas hasta el próximo mes.
- En julio se reanudó la presentación de casos clínicos con el caso de una paciente de 67 años con antecedentes de diabetes e hipertensión de larga evolución que ha progresado a enfermedad renal crónica G4. El tema de mayor relevancia fue el rechazo de la paciente a la terapia sustitutiva de función renal, en las siguientes reuniones se discutió sobre las opciones para mejorar la comunicación con la paciente tomando en cuenta sus metas personales y en el ámbito emocional aceptar las decisiones que ella tomara respecto al manejo de su enfermedad. Se hizo hincapié en la importancia de realizar una correcta entrevista y el abordaje psicoemocional, así como realizar acompañamiento a pesar de no indicar cambios en cuanto a su tratamiento.
- Del caso siguiente los temas que se notaron relevantes abordar fueron el tratamiento farmacológico oral para diabetes, así como la actualización de las guías para el manejo de hipertensión arterial (SEH 2023).
- Derivado los siguientes casos y de las actualizaciones en los estándares para el manejo de diabetes se nos dio un taller de manejo de insulinas dirigido por la doctora Amparo Martínez.

— Desde el mes de noviembre, en cada sesión se siguió la dinámica de formar equipos y evaluar el abordaje para los casos proporcionados desde el inicio de la sesión, mismos que estaban basados en los registros de pacientes integrados al programa. La discusión constaba de proponer cambios en el manejo o alternativas respecto al abordaje de estos casos. En la segunda parte de las sesiones se seguía el orden por número de equipo para la presentación de cada uno de los casos, exponiendo las conclusiones y recomendaciones a las que se llegó junto con la retroalimentación por parte de los asesores.

Durante este módulo se tuvo la oportunidad de compartir, preguntar y recibir asesoría acerca de la manera en que realizábamos nuestra práctica clínica dentro del centro de salud, gracias a la cual pudimos detectar ventajas y desventajas respecto al enfoque utilizado y encontrar áreas de crecimiento en el ámbito académico.

4. Conclusiones.

Con respecto a la realización del servicio social en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA) en mi punto de vista fue una experiencia enriquecedora desde la cual tuve la oportunidad de llevar a cabo mis primeros ejercicios de práctica clínica con las personas que acuden para solicitar atención médica, siendo esta una población diversa, en cuanto a los grupos de edad y así los motivos de consulta. En cuanto a la implementación del modelo de atención integral en el C.S.TIII Dr. José Castro Villagrana puedo comentar que a pesar de no ser llevado a cabo como se menciona en un inicio en el curso de inducción es una experiencia nueva y de gran impacto para el inicio de la práctica clínica de cualquier médico recién egresado. Como sugerencia algo que podría mejorar el desempeño de los pasantes y asegurar la implementación del modelo es que los directivos o encargados de las unidades de primer contacto tengan un panorama mínimo respecto a lo que se considera pertinente implementar en las consultas de seguimiento con este modelo de atención, así como la constante actualización al equipo

de salud con el que se relacionan el pasante y los pacientes, para así lograr una mejor relación equipo de salud- paciente, la cual como hemos revisado a lo largo de este trabajo es la base del modelo expandido para el cuidado de enfermedades crónicas en la cual se sustenta la adecuación de la UAM Xochimilco con el modelo de atención integral centrado en la persona que vive con enfermedades crónicas.

Al haber sido parte del proyecto no solo me llevo experiencia sino también conocimiento de la mayor calidad de evidencia científica para la atención y manejo de enfermedades crónicas y sobre todo me llevo algo que a pesar de ya haberlo conocido solo como un tema aislado durante la carrera, dentro del modelo pude llevar a la práctica, que es, el tener una práctica clínica con un enfoque diferente al que tradicionalmente se nos ha acostumbrado, un abordaje centrado en la persona que sin duda puedo relatar en mi caso, me ha ayudado a poder otorgar una atención médica de mejor calidad y consecuentemente que brinda mayor satisfacción tanto para el paciente como al equipo médico.

En cuanto a mi experiencia brindando atención medica a personas con enfermedades crónicas dentro del modelo de atención integral, ha sido grato no solo de manera personal sino también para los pacientes, ya que por su parte he recibido comentarios en cuanto a sentir que por fin un médico los escucha, los revisa, se interesa por su forma de vida, sus problemas, se interesa en brindar apoyo para buscar una solución a situaciones las cuales ni siquiera se habían percatado que les afectaban en su salud, y que no solo se ocupa de atender su enfermedad y otorgar una receta. No todos los pacientes dentro del proyecto son casos de éxito y ha habido pacientes que han tenido que ser referidos o que requirieron atención por parte de un distinto nivel de atención, incluso hubo un paciente que refirió preferir continuar sus consultas con otro médico, esto también me ayuda para reconocer hasta donde nos corresponde continuar el seguimiento y atención de nuestros pacientes y apuntar hacia una de las metas del modelo, el desarrollo de capacidades para lograr la autonomía del paciente, quien es capaz de reconocer y tomar las mejores

decisiones con respecto a su salud. Todos los comentarios recibidos a lo largo de mi año como pasante de servicio social son el más grande reconocimiento que me puedo llevar para mi ejercicio profesional y como persona, lo cual debo en gran medida a la constante capacitación académica y personal por parte de este proyecto principalmente y del apoyo de mi asesora y el equipo de enseñanza del centro de salud.

En cuanto a las ventajas que observé al realizar el servicio social en la secretaria de salud son: la gran cantidad de capacitación académica que por parte del centro de salud diariamente se tenía una sesión coordinada por enseñanza y presentada por los pasantes, en nuestro caso el acudir a las sesiones del diplomado, el contacto directo con el paciente y haber tenido un espacio asignado para las consultas y así llevar un orden respecto a agendar citas para los pacientes dentro del proyecto, tener un asesor clínico con quien acudir y poder realizar otras actividades dentro del centro de salud como planificación familiar o detecciones. En cuanto a las desventajas puedo mencionar que los tiempos de consulta asignados muchas veces no se llegan a respetar, así como el tiempo designado para el desarrollo de actividades del programa como es el caso de la planeación de los encuentros de salud. En este año específicamente sucede un hecho que desestabilizó la manera en que se manejaba este modelo dentro de mi centro de salud, consecuencia de la remodelación de este y de cambios en la administración y equipo de trabajo dentro de la unidad tuvo como consecuencia que no tuviéramos un espacio asignado para otorgar consultas, no hubo servicio de laboratorios ni estudios de gabinete y tampoco había oportunidad de agendar citas para los pacientes del programa, por lo que se atendía a los pacientes con los distintos médicos de base asignados a los consultorios restantes y nuestra oportunidad como pasantes fue solo estar como rotantes dentro de los mismos, así como apoyar en otras actividades dentro del centro de salud, esperando que pronto el modelo pueda readaptarse a los cambios que surgieron y a la remodelación del lugar, esto dejara de ser un inconveniente que por el momento condiciona todo el ritmo en cuanto a la atención de los pacientes del proyecto.

A lo largo de mi año de servicio social, tuve la oportunidad de atender a muchas personas que viven con enfermedades crónicas. Mis observaciones sobre sus aspiraciones y logros son las siguientes. En términos generales, estas personas anhelan una mejor calidad de vida. Buscan comprender a fondo sus enfermedades, identificar signos y síntomas que indiquen que sus enfermedades no están bajo control y saber cómo actuar cuando sea así para evitar complicaciones para las cuales muchas veces necesitan el apoyo de sus familiares y los pacientes refieren sentirse como una carga para ellos. Además, aspiran a mantener su bienestar físico y mental el mayor tiempo posible para continuar disfrutando de la compañía de sus seres queridos. En cuanto a sus logros, uno de los más destacados fue reconocer la importancia de la alimentación en el control de sus enfermedades crónicas, más allá de la terapia farmacológica. Este cambio de perspectiva les permitió incorporar hábitos alimenticios saludables en su vida cotidiana y transmitir estos conocimientos a sus seres queridos. A mi parecer el mejor logro que se puede tener en las personas incorporadas al proyecto es el desarrollo de capacidades para reconocer las acciones cotidianas que influyen en su salud y los cuidados que requiere su enfermedad crónica para valorar la toma de decisiones respecto a estas acciones perjudiciales para su salud de forma autónoma.

Durante la licenciatura mi formación de pregrado se caracterizó por un contraste de enfoques respecto a lo que estudiaba en libros y las actualizaciones en artículos científicos, incluso con lo que nos comentaban los profesores durante las clases, posteriormente durante el año de internado y el de servicio social, pude obtener un panorama más realista y desconcertante con respecto a lo que fue estudiar esta licenciatura y el ejercicio de la práctica médica en los distintos niveles de atención así como en las distintas regiones del país. Cada etapa académica se desarrolló en diferentes niveles de atención médica, implicó distintas responsabilidades, me permitió atender a diversas personas y, por supuesto, me ofreció diferentes perspectivas. Estos escenarios

me proporcionaron una variedad de herramientas y conocimientos que me serán útiles para su aplicación durante mi carrera profesional. Siempre existirán áreas de mejora para ser un mejor profesional, en lo personal, una parte importante es el desarrollo de capacidades para tener comunicación efectiva y asertiva, así como empatía para atender no solo a mis pacientes, sino también para mejorar mis relaciones interpersonales con colegas médicos y del equipo de salud en el que me encuentre ya sea como médico general o en alguna especialidad. Otra parte que considero importante para mi futuro inmediato es la constante actualización basada en el mejor grado de evidencia científica para brindar atención de calidad en mi práctica médica.

5. Referencias bibliográficas

1. Barr, V., et al. "The expanded chronic care model." *Hosp Q* 7.1 (2003): 73-82.
2. Tai, E-Shyong, and Tong-Wei Yew. "Person-Centred Care in Diabetes: What Is It Based On and Does It Work?." *The Singapore Family Physician* (2020): 11-15.
3. Pan American Health Organization, de la Salud OM, Salud y Bienestar Social C, Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud.
4. Franco Giraldo Á. Modelos de promoción de la salud y determinantes sociales: una revisión narrativa. *Hacia Promoc Salud*.
5. Cuba Fuentes M. S, , Romero Albino Z. O. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [Internet]. 2016;33(4):780-784. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36349330024>

Anexos

Se adjunta el informe final entregado a Servicios de Salud

INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE MEDICINA

1.- IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:	Luis Daniel Salas Casas
CARRERA:	Medicina
ESCUELA DE PROCEDENCIA	Universidad Autónoma Metropolitana
PROMOCIÓN	Febrero 2023 – Enero 2024
UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN SANITARIA	C.S.T-III Dr. José Castro Villagrana, Jurisdicción Sanitaria Tlalpan
PERIODO QUE REPORTA:	Febrero 2023 – Enero 2024
FECHA DE ENTREGA:	26 de enero de 2024

2.- SESIONES ACADÉMICAS

ACTIVIDAD	
SEDE DE LA SESIÓN	CS T-III José Castro Villagrana, Auditorio Casa Frissac, UAM Xochimilco, CS T-II Beatriz Velasco de Alemán
NUMERO DE SESIONES A LAS QUE ASISTIO	254 en total, dentro de las cuales 28 fueron sesiones parte del programa de enfermedades crónicas, 219 en el CS Ampliación Hidalgo, 2 en CS de la Jurisdicción de Tlalpan y las restantes como parte de las sesiones mensuales llevadas a cabo en casa Frissac.
PARTICIPO EN CAPACITACION AL PERSONAL DENTRO DE LA UNIDAD	- 12/07/2023 Sesión General Cáncer Cervicouterino
PARTICIPO COMO PONENTE (NOMBRE DE LA PONENCIA)	1. 07/03/2023 Día mundial de la obesidad y síndrome metabólico 2. 21/03/2023 Cáncer de laringe 3. 04/04/2023 Menopausia y Climaterio 4. 20/04/2023 Parto pretérmino y gestación prolongada

	<ol style="list-style-type: none"> 5. 18/05/2023 Inmunizaciones 6. 05/06/2023 Hipertensión Arterial Sistémica 7. 19/06/2023 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 8. 29/06/2023 Lesión Renal Aguda 9. 12/07/2023 Quistes pancreáticos 10. 12/07/2023 Sesión General Cáncer Cervicouterino 11. 20/07/2023 Patología vascular intestinal 12. 03/08/2023 Enfermedades del aparato digestivo, cardiopatía congénita 13. 10/08/2023 Lesiones ortopédicas pediátricas, lesiones dérmicas pediátricas 14. 15/08/2023 Trabajo de parto, registro cardiotocográfico 15. 22/08/2023 Amenorrea primaria y secundaria, infertilidad, climaterio y menopausia 16. 31/08/2023 Neumología: EPOC, derrame pleural, nódulos- neoplasia pulmonar 17. 18/09/2023 Ictericia, cirrosis, hepatitis virales 18. 25/09/2023 Síndrome metabólico/ obesidad 19. 26/10/2023 Repaso cardiopatías congénitas 20. 01/11/2023 Día internacional de la prevención de quemaduras 21. 13/11/2023 Enfermedad de Chagas: revisión de artículo 22. 23/11/2023 Eccema y urticaria 23. 07/12/2023 EPOC 24. 18/12/2023 Insuficiencia cardiaca 25. 16/01/2024 Insuficiencia venosa periférica 26. 25/01/2024 Artículo de revisión: dislipidemias
--	---

3.- ACTIVIDADES DE CAMPO

ACTIVIDAD	SI	NO
PRIMERA JORNADA NACIONAL DE SALUD (FEBRERO)		X
SEGUNDA JORNADA NACIONAL DE SALUD (MAYO)		X
TERCERA JORNADA NACIONAL DE SALUD (OCTUBRE)		X

CAMPAÑA ANTIRRABICA CANINA		X
PARTICIPACIÓN EN CERCOS EPIDEMIOLOGICOS (ESPECIFICAR NUMERO Y CAUSA)		X
ELABORACION DE MATERIAL EDUCATIVO (ESPECIFICAR DE QUE TIPO)	<ul style="list-style-type: none"> -Presentaciones de diapositivas de 26 temas mencionados en participación como ponente - Elaboración de carteles informativos para pacientes (educación en seguridad vial, educación psicoemocional y enfermedades transmitidas por vector) - Elaboración de carteles informativos para pacientes (Cáncer pulmonar, prevención de cáncer infantil, Cáncer cervicouterino, Dieta de la milpa) - Elaboración de carteles informativos e infografías para pacientes y población en general (Tutela responsable de animales domésticos, Alimentación saludable, Salud mental y adicciones). - Participación en material audiovisual derechos sexuales 	
PLATICAS EDUCATIVAS (ESPECIFICAR NUMERO)	<ul style="list-style-type: none"> - (4) Maltrato infantil, Cáncer de mama, Cáncer cervicouterino, Cáncer infantil, Métodos de Planificación familiar, Diabetes, Hipertensión, Obesidad. - (5) Cáncer de mama, Cáncer cervicouterino, Cáncer ovárico, Métodos de Planificación familiar, Diabetes, Hipertensión, Obesidad, 	

	<p>Taller para el manejo de tiempo libre saludable.</p> <ul style="list-style-type: none"> - (5) Pláticas en escuelas primarias sobre vacunación contra VPH. Planificación familiar, Diabetes, Hipertensión. - (4) Plática sobre enfermedades transmitidas por vector, salud mental y adicciones, alimentación saludable en niños y adolescentes, tutela responsable. 	
OTROS	<ul style="list-style-type: none"> - Rally Dieta de la Milpa llevado a cabo el 11/04/23 en el Módulo Deportivo Belisario Domínguez - Pláticas de promoción y prevención dentro de módulo (consulta) - 11/06/23 Encuentro por la Salud Integral - 23/06/23 5° Encuentro de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas 	

4.- ACTIVIDADES DE MÓDULO

ACTIVIDAD	NUMERO	OBSERVACIONES
CONSULTAS DE PRIMERA VEZ	30	Consultas para pacientes que acuden de primera vez para elaboración de Certificados de discapacidad, certificados médicos y pacientes sin expediente en la Unidad, quienes en su mayoría fueron pacientes pediátricos con padecimientos respiratorios.

CONSULTAS SUBSECUENTES	320	Consultas otorgadas en pacientes dentro del programa Enfermedades crónico-degenerativas que acuden a control y seguimiento. Consulta del módulo de enfermedades respiratorias.
HISTORIAS CLINICAS	30	Pacientes de primera vez que solicitan apertura de expediente clínico, pases de referencia, planificación familiar, certificado de discapacidad, renovación de historia clínica.
DETECCION DIABETES	34	Dentro del modelo de atención centrada en la persona a pacientes con enfermedades crónicas, por medio de glucosa capilar y hemoglobina glucosilada, la mayoría de ellos dentro de criterios para pre-diabetes.
DETECCION CACU (NO. DE CITOLOGÍAS REALIZADAS)	15	Se hace entrega de reportes, priorizando la entrega de citologías con alguna alteración por lo que se realiza su referencia oportuna a clínica de colposcopia o unidad de medicina familiar en caso de pacientes de jornadas de salud, para su atención y seguimiento
DETECCION DE CANCER DE MAMA	18	Llevada a cabo en el consultorio como parte de la exploración ginecológica, donde además se brindan recomendaciones e instrucciones sobre la autoexploración mensual. Como parte de apoyo en atención medica se entregan resultados de

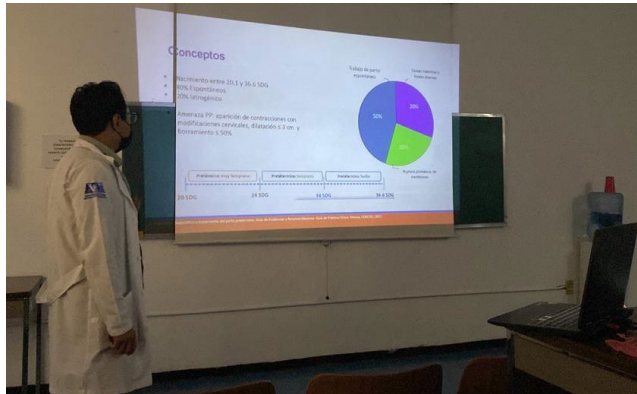
		mastografías priorizando resultados alterados para otorgar referencia oportuna y dar seguimiento o enviar a su unidad de medicina familiar correspondiente.
DETECCION DE HIPERTENSION ARTERIAL	22	Dentro del modelo de atención centrada en la persona a pacientes con enfermedades crónicas, se solicita bitácora de presión arterial y posteriormente se le brinda consulta para llevar a cabo su control y seguimiento. Detección en todas las consultas realizadas y
DETECCION ADICCIONES	16	Dentro del seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, se detectó principalmente alcoholismo y tabaquismo que aumenta su riesgo cardiovascular, reduciendo su calidad de vida por lo que mediante abordaje integral se solicita acuda al servicio de psiquiatría de esta unidad.
DETECCION DE VIOLENCIA FAMILIAR	X	
ATENCION PRENATAL	5	Se brindó consulta de primera vez y subsecuente de control prenatal, con elaboración de historia clínica y nota de evolución, llenado de carné prenatal e identificación de factores de riesgo. Se detecto además un caso de diabetes gestacional y se refirió a unidad e segundo nivel.

PLANIFICACION FAMILIAR	20	Se brindo información en cuanto a métodos anticonceptivos y se orienta en cuanto a los cuidados previos a un embarazo en mujeres en edad fértil.
PREVENCION DE ACCIDENTES	36	En la consulta de seguimiento del programa modelo innovador se atiende un número considerable de población geriátrica, se aplican cuestionarios sobre riesgo de caídas y se orienta en cuanto a medidas de prevención en actividades de la vida diaria.
CONTROL DEL NIÑO SANO	7	Dentro de la rotación en el consultorio con el pediatra de la unidad se realiza evaluación del estado nutricional, desarrollo psicomotor, identificación de signos de alarma, vacunación oportuna, se orienta en cuanto a lactancia materna y ablactación y detección de cáncer infantil.
TOTAL, DE CONSULTAS CON TUTOR.	180	Dentro de la consulta se realiza exploración física, interpretación de análisis de laboratorio y gabinete, realización de referencias, historia clínica, principalmente el tutor nos brinda asesoría de tratamiento.
TOTAL, DE CONSULTAS SIN TUTOR	177	Como parte del programa de enfermedades crónicas, la mayoría de las consultas son centradas en esta población, sin embargo, también se brinda consulta a pacientes pediátricos, embarazadas y consulta general.
CERTIFICADOS MEDICOS	20	En su mayoría fueron certificados médicos de pacientes en etapa

		escolar, y de adultos que los requerían para realizar actividades físicas.
OTROS	40	<ul style="list-style-type: none"> -Se brinda información oportuna sobre la vacunación Sarscov-2, influenza y esquemas en embarazo e infancia. - Apoyo en coordinación de clases a médicos internos de pregrado con los temas de dislipidemias y enfermedades parasitarias intestinales. - Apoyo en realización de certificados de discapacidad - Apoyo en programas de atención a cáncer en la mujer

EVIDENCIAS

Febrero – Abril 2023



Presentación de Tema: Parto pretérmino



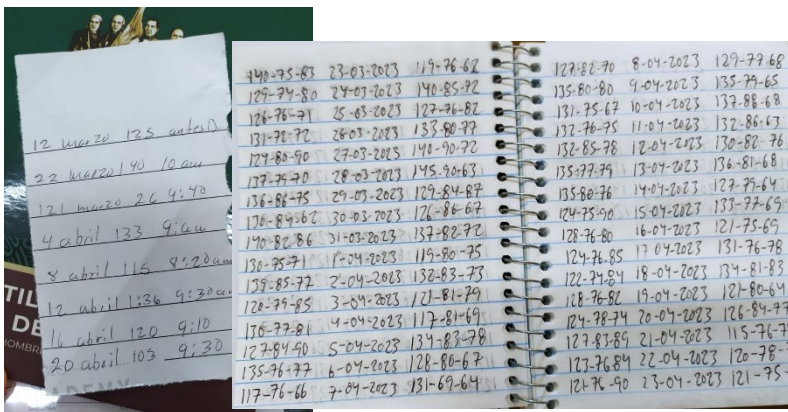
Atención dentro de pacientes con enfermedades crónicas



Presentación de Tema: Obesidad



Capacitación unidad libre de humo de tabaco



Evidencia de bitácoras solicitadas a pacientes



Participación en Rally dieta de la milpa

Mayo – Julio 2023



Presentación de Tema Inmunizaciones



Atención dentro de consultorio 6 a pacientes con enfermedades crónicas



Presentación de Tema: Hipertensión Arterial Sistémica



Sesión General cáncer cervicouterino

8 am	108	63	56	Pm	110	50	50
8 am	100	60	55	Pm	100	53	58
8 am	103	63	58	Pm	104	65	60
8 am	107	57	60	Pm	103	52	58
+ 8 am	106	57	50	Pm	106	56	49
* 8 am	106	57	51	Pm	121	58	62
** 8 am	107	60	51	Pm	112	56	63
x 7 am	112	63	57	Pm	111	65	60
8 am	147	76	60	Pm	103	55	57
8 am	135	72	62				
7 am	151	78	57	Pm	111	66	65
7 am	130	70	55	Pm	117	74	66
8 am	132	77	59				
8 am	130	77	58				
7	137	76	54				
7	126	69	55				
7 am	145	67	61				
	134	77	58				
	138	77	55				
	138	78	50				
	110	70	60				

Evidencia de bitácoras solicitadas a



Encuentro nacional por la salud integral



Participación en 5° Encuentro de pacientes que viven con Enfermedades Crónicas



Platicas en sala

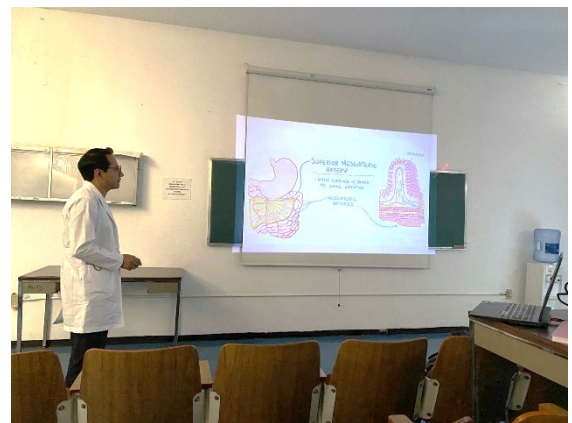


Convivencia de Pasantes de Servicio Social

Agosto – Octubre 2023

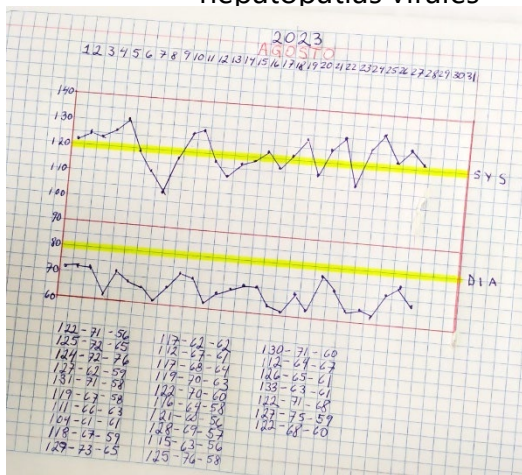


Presentación de Tema Enfermedades del Aparato Digestivo



Presentación de Tema: Cirrosis y hepatopatías virales

Presentación de Tema



Evidencia de bitácoras solicitadas a pacientes

Participación en sesiones Casa Frissac

Noviembre 2023 – Enero 2024



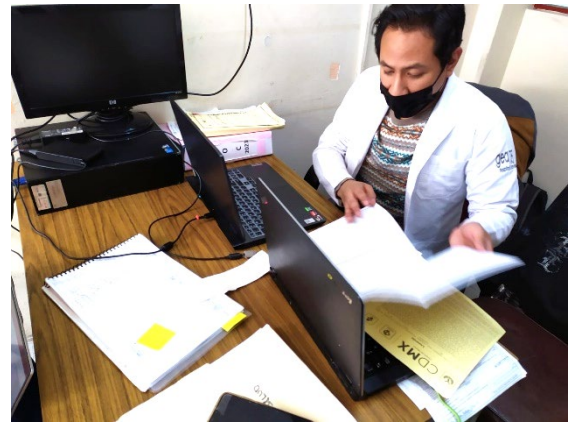
Presentación de Tema Insuficiencia Venosa Crónica



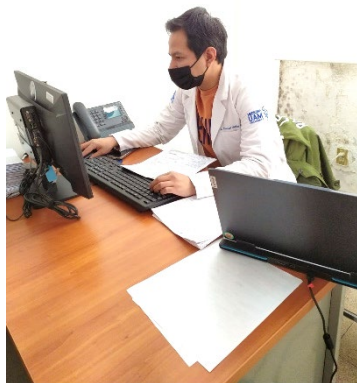
Presentación de Tema Insuficiencia Cardiaca



Presentación de Tema: Revisión de artículo de dislipidemias



Entrega de resultados de mastografías y referencia oportuna



Atención a pacientes, entrega de resultados de citologías y referencia oportuna



Apoyo en entrega de resultados de tamiz neonatal