



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA  
DE SALUD



**Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco**  
División de Ciencias Biológicas y de la Salud (CBS)  
Licenciatura en Medicina

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

## **ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CARDIOMETABÓLICAS EN UN CENTRO DE SALUD DE XOCHIMILCO**

**MPSS María Ximena Arias Padilla**  
Matrícula 2172027899

Promoción de servicio social  
Febrero 2023 – Enero 2024

Asesores:

Dr. Víctor Ríos Cortázar

Febrero 2024



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA  
DE SALUD



**Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco**  
División de Ciencias Biológicas y de la Salud (CBS)  
Licenciatura en Medicina

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

## **ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CARDIOMETABÓLICAS EN UN CENTRO DE SALUD DE XOCHIMILCO**

**MPSS María Ximena Arias Padilla**  
Matrícula 2172027899

Promoción de servicio social  
Febrero 2023 – Enero 2024

Asesor Interno: Víctor Ríos Cortázar  
Asesora Externa: Alejandra Gasca García

Febrero 2024

## Contenido

Presentación.....	3
El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco (MAICP) .....	4
El diplomado.....	6
Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades.....	6
Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados.....	14
Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas. ....	26
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. ....	26
Información demográfica .....	28
Diagnóstico y seguimiento .....	29
Resultados de control de enfermedad crónica.....	40
<b>Acción Comunitaria</b> .....	43
Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos....	61
Conclusiones .....	62
Referencias bibliográficas.....	63
Anexos .....	64
<b>INFORMES TRIMESTRALES</b> .....	64
Primer Informe. Febrero 2023 – Abril 2023 .....	64
Segundo Informe. Mayo 2023 – Julio 2023 .....	66
Tercer Informe. Agosto 2023 – Octubre 2023 .....	68
Cuarto Informe. Noviembre 2023 – Enero 2024.....	70
Informe Final. Febrero 2023 – Enero 2024.....	72
<b>MATERIALES EDUCATIVOS</b> .....	74
<b>OTRAS EVIDENCIAS</b> .....	79

## Presentación

El presente documento es el reporte final del servicio social una servidora, pasante de medicina de la UAM Xochimilco, donde se plasman los resultados obtenidos después de un año como parte del proyecto de “atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto, un enfoque de capacidades”, en el centro de salud T-II San Mateo Xalpa, Xochimilco.

En la primera parte de este escrito se expone mi experiencia el proyecto, la teoría del modelo aplicado en la atención a los pacientes y, posteriormente se integran los trabajos realizados como parte del diplomado que se tomó simultáneamente a la práctica clínica en el centro de salud. En los capítulos “modulo 3” y “modulo 4” se describen las características de los pacientes atendidos con el modelo y los resultados alcanzados en el control de sus enfermedades. Finalmente se exponen los aprendizajes obtenidos y conclusiones posteriores a este año de trabajo.

Para dar un poco de contexto, explicaré brevemente mi incorporación al servicio y actividades realizadas durante este año:

El día de la selección de plaza de servicio, por un cambio inesperado de planes, elegí sin mucha reflexión el proyecto de “crónicos” en el Centro de Salud T-II San Mateo Xalpa (SSPCDMX), ubicado en un pueblo de Xochimilco en la montaña. Después de casi tres semanas de entrega de documentos y capacitación sobre los programas de la institución, finalmente me incorporé a mi centro de salud el día 27/02/2023. Aún recuerdo la bienvenida de la directora del centro de salud, “deben recordar: ustedes ya son médicos, no estudiantes”.

En el C.S.T. II San Mateo Xalpa, el módulo 7 es el asignado al programa de crónicos. Trabajamos ahí dos pasantes (MPSS 1 y 2) en compañía de nuestro asesor, el Dr. Alan Yishai Camacho Sabás. En este módulo damos la consulta de manera conjunta de lunes a jueves, pues los viernes los pasantes acudimos al diplomado del modelo de atención centrada en la persona mientras el Dr. Camacho queda a cargo del consultorio.

En el módulo 7 llevamos nuestra propia agenda, se nos permite citar hasta 10 pacientes incorporados al proyecto, y algunos más con enfermedades crónicas que nos refieren de otros módulos. Según la demanda del centro de salud posteriormente pueden asignarnos más pacientes de la consulta general. Para cada consulta tenemos un tiempo de 20 minutos.

Durante los primeros 5 meses de mi estancia, los martes estuvieron reservados al Grupo de Ayuda Mutua, a cargo de mi asesor (el Dr Camacho), donde realizábamos sesiones educativas y de actividad física, monitoreo de somatometría y laboratorios, así como consulta médica a los pacientes de dicho grupo. Esta actividad terminó con la reacreditación con excelencia de nuestro G.A.M. “vida en plenitud”.

Ocasionalmente dejé el módulo 7 cuando tuve el encargo de atender en diversas ferias de salud, participar dando pláticas en sala general y en escuelas, siendo apuntadora en las dos jornadas de vacunación antirrábica, y en caso de inasistencia de algún medico dando consulta general. Durante 2 quincenas del año me rotaron en los servicios de epidemiología y gestión de calidad. Cabe mencionar que aproximadamente en el mes de septiembre fue modificado el horario de mi asesor

(descanso lunes y martes) por lo que los pasantes atendimos por nuestra cuenta el módulo prácticamente todos los días a excepción de los miércoles.

Dada esta información general, pasaré a describir el modelo que se buscó aplicar en cada consulta con los pacientes crónicos.

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

Derivado del gran aumento de enfermedades crónico-degenerativas, y dejando detrás la medicina que debía enfocarse en la atención de padecimientos agudos, surge en E.U.A. a finales de los 90's, un "modelo de cuidados crónicos". Debido a que se notó la importancia y la utilidad de este modelo no solo para el cuidado de los pacientes crónicos, si no para la prevención de estas enfermedades y promoción de la salud, unos años después se propuso el "modelo expandido de cuidados crónicos", el cual hace un mayor énfasis en el papel de la comunidad y los determinantes sociales sobre la salud de las personas.<sup>1</sup>

El propósito general de este modelo es cambiar la forma en la que es abordado el paciente para que puedan encontrarse nuevas soluciones para el control de sus enfermedades crónicas. Este modelo engloba a tres grandes subsistemas: **relación médico-paciente, los servicios de salud y la comunidad.**<sup>1-2</sup>

Para que se pueda llevar una vida de calidad minimizando la progresión de la enfermedad, es el paciente, como dueño de su cuerpo, quien debe tomar las riendas de su salud, participar activamente en las decisiones que a esto conciernen y, por lo tanto, estar adecuadamente informado de las posibilidades existentes.<sup>1-2</sup>

El médico tratante deberá estar adecuadamente capacitado, ocupando siempre medicina basada en evidencia (la mejor evidencia disponible + la pericia clínica + preferencias del paciente), y no será suficiente solo su asistencia, si no que el apoyo al paciente deberá ser integral y en coordinación con otras áreas (como enfermería, nutrición, trabajo social, psicología, grupos de ayuda mutua) según las necesidades de cada persona.<sup>2-3</sup>

A partir de este concepto es que podemos decir que la relación profesional de la salud- paciente, no será una vertical o paternalista, si no que este modelo propone que el profesional sea solo un guía que ayude a la persona a identificar los problemas existentes y que este busque por sí mismo soluciones para lograr un verdadero control de su enfermedad, incluyendo por su puesto no solo el aspecto farmacológico, sino la formación de hábitos, el rompimiento de círculos viciosos, etc. Es a esto a lo que se conoce como "toma de decisiones compartidas".<sup>2</sup>

Para lograr una aproximación al paciente como la anterior, es necesario por parte del profesional de la salud una escucha activa, y por su puesto un enfoque centrado en la persona, ya que sin considerar las preferencias, prioridades, principios o contexto del paciente, nunca se podrá sospechar de ciertos obstáculos que impiden el manejo de una enfermedad más allá de lo biológico.<sup>4</sup>

Durante la atención a los pacientes en mi año en el CST II San Mateo, se hizo el esfuerzo por la implementación de este modelo en la clínica, practicando la escucha activa a los pacientes, animándolos a exponer su contexto, expectativas y dificultades para el control de sus enfermedades. Adecuando los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos con base a las necesidades de cada persona. Cabe mencionar que una de las mayores dificultades encontradas en este proceso fue el desconcierto de los pacientes ante la toma de decisiones compartidas y el autocuidado, dejando en segundo plano la limitada cantidad de tiempo para profundizar en la persona.

El sistema de salud, es decir, las organizaciones o institutos encargados de proporcionar y coordinar los servicios, también deben visualizarse como parte de este todo que envuelve el cuidado de la salud del paciente. El modelo propone que para un adecuado funcionamiento deben abordarse cuatro aspectos del sistema de salud: desarrollo de habilidades personales para el autocuidado, reorientar el diseño de prestación de servicios, apoyo a la toma de decisiones y sistemas de información.<sup>1</sup>

El “desarrollo de habilidades para el autocuidado” se refiere a proporcionar servicios que den posibilidades de aprender herramientas; “reorientar el diseño de prestación de servicios” hace alusión a los cambios en el sistema, organización o infraestructura necesarios para una atención más integral; “apoyo a la toma de decisiones” es la creación de guías que faciliten la elección de los mejores componentes de un tratamiento; “ sistemas de información” se refiere a los datos estadísticos para mejorar los servicios de salud.<sup>1</sup>

En San Mateo, en nuestro tiempo de consulta, o en las sesiones educativas a los grupos de ayuda mutua, se promovió la enseñanza de herramientas para el autocuidado en lo posible, explicando el origen e historia natural de las enfermedades cardiometabólicas, los rangos normales de glucemia y presión arterial, las diversas formas de realizar actividad física, combinaciones saludables de alimentos y cuidado de los pies para prevención de úlceras. También se mostró la correcta administración de la insulina y los posibles ajustes a su dosis en caso de hipoglucemia.

Las pautas seguidas para el tratamiento farmacológico fueron basadas en las últimas guías internacionales (ADA, AHA, ESH) y guías de práctica clínica (GPC) mexicanas. Se consideró de acuerdo a las preferencias, efectos secundarios y posibilidades económicas modificaciones en estos tratamientos. Desafortunadamente en más de una ocasión nos vimos orillados a realizar un cambio de medicamento por su falta de disponibilidad en el centro de salud y la incapacidad del paciente para obtenerlo por sus medios. De la misma manera, se buscó facilitar en lo posible la asistencia de los pacientes a su consulta mensual, realizando llamadas de recordatorio, reagendando citas y priorizando horarios según las necesidades.

En el proyecto de crónicos, llevamos un registro de los pacientes atendidos en un programa llamado RedCap, donde ingresamos sus cambios en somatometría, laboratorios de control y tratamiento farmacológico. A su vez, ingresamos datos similares en la plataforma “SIC” de secretaría de salud.

Finalmente, la comunidad es un elemento indispensable del modelo expandido. Todos vivimos rodeados por cierto círculo de personas, sean familia, amigos, colegas o un pensamiento colectivo, las diversas políticas establecidas por una comunidad son determinantes sociales. Puede ser de conocimiento común el que realizar actividad física y alimentarse sanamente prevengan la aparición o progresión de enfermedades crónicas. Pero ¿por qué esto no parece ser suficiente? Es necesaria una inclusión y participación más activa de los individuos que rodean el contexto de cada persona,

para poder lograr así una mejor comprensión, apoyo y creación de una cultura que promotora de salud.<sup>1,4</sup>

El modelo expandido incluye como elementos de esta comunidad a las políticas públicas saludables (ej. desayunos saludables en las escuelas), la creación de entornos saludables (ej. gimnasios urbanos) y el fortalecimiento de la acción comunitaria (ej. grupos de ayuda mutua).

Como se comentará posteriormente, parte del proyecto de cónicos consiste en un encuentro de pacientes semestral, en el que se busca fortalecer el aspecto de “comunidad” del modelo. Se realiza una reunión con todos los pacientes con enfermedades crónicas, o sanos interesados, de la jurisdicción sanitaria (correspondiente a todos los centros de salud de una delegación de la CDMX) donde los participantes tienen la posibilidad de compartir sus experiencias y expectativas acerca de su salud en diversos ámbitos de su vida.

## El diplomado

Todos los viernes, los pasantes del programa de crónicos y algunos de sus asesores del centro de salud, asistimos al diplomado “Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto. Un enfoque de Capacidades.”

El objetivo general de estas sesiones es aprender a “adaptar la práctica clínica ambulatoria los principios, estrategias y recursos de un modelo de atención integral centrado en la persona, basado en un enfoque de capacidades, individuales y colectivas, para que las personas que viven con enfermedades crónicas logren aumentar el control de sus enfermedades, prevengan complicaciones y mejoren su calidad de vida.”

Este diplomado dividen en cuatro módulos, tres secuenciales y uno paralelo a estos que se intercala cada 15 días. Los tres primeros módulos se viven de manera presencial, realizándose lecturas que posteriormente se exponen en clase y se reflexionan en grupo. El módulo 4 se realiza en línea, presentado casos de pacientes del programa, dando posteriormente retroalimentación y proponiendo un tema de oportunidad para la siguiente sesión de este módulo.

<b>Módulo 1</b> Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades.	<b>Módulo 2</b> Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de los resultados.	<b>Módulo 3</b> Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas.
<b>Módulo 4</b> Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos.		

A continuación, se presentaran los trabajos finales correspondientes a cada módulo.

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

## **EL PAPEL DE LA EMOCIÓN EN LAS ENFERMEDADES CARDIOMETABÓLICAS Y SU POSIBLE ABORDAJE DESDE LA ATENCIÓN MÉDICA CENTRADA EN LA PERSONA**

### **Introducción**

El síndrome metabólico, o cardiometabólico, es un conjunto de factores interrelacionados entre sí (obesidad abdominal, resistencia a la insulina, hipertensión y dislipidemia) que aumentan el riesgo cardiovascular y que actualmente son responsables de una gran parte de la morbimortalidad en el país (1).

Cómo comentábamos en clase, se han creado múltiples programas para la prevención y tratamiento de estas patologías y sus complicaciones, sin embargo, la incidencia de las enfermedades cardiometabólicas continúa en aumento: la obesidad, hipertensión y diabetes mellitus se mantienen dentro de las principales veinte causas de enfermedad, ocupando los lugares 7, 8 y 11 respectivamente (2) y, concordantemente, los primeros lugares en la lista de causas de mortalidad son ocupados por las enfermedades cardíacas y la diabetes mellitus (3).

En este ensayo me gustaría dar mi reflexión sobre la causa de la persistencia en el aumento de incidencia y prevalencia de estas enfermedades, y sobre cuáles serían las posibles contramedidas que podríamos aplicar desde nuestro papel actual como médicos generales haciendo énfasis en la atención centrada en la persona.

### **Los factores implicados en el desarrollo de enfermedades cardiometabólicas**

Para delimitar mi abordaje del tema, quisiera primero retomar los elementos que conforman este abanico de patologías interrelacionadas. Según los criterios de la NCEP/ATP3 el diagnóstico de síndrome metabólico se realiza cuando se cumplen tres o más de los siguientes criterios: 1) presión arterial sistólica  $\geq 130$  mm/Hg y/o presión arterial diastólica  $\geq 85$  mm/Hg, 2) niveles de triglicéridos  $\geq 150$  mg/dL, 3) niveles de HDL  $< 40$  mg/dl en hombres y  $< 50$  mg/dl en mujeres, 4) niveles de glucosa  $\geq 100$  mg/dL y 5) circunferencia abdominal  $\geq 88$  cm para las mujeres y  $\geq 102$  cm en hombres (1). Recordando la fisiopatología de esos padecimientos es fácil deducir que uno de los principales desencadenantes de todo el síndrome es el exceso de grasa corporal o, en otras palabras, el sobrepeso y la obesidad. Según la World Obesity Federation, en 2019 cinco millones de muertes estuvieron asociadas con la obesidad (4).

Aunque se han descrito una serie de componentes dentro de la fisiopatología de la obesidad, podemos establecer que el exceso de consumo y la falta de gasto energético son los principales agentes causales, es decir, podemos generalizar el problema en la falta de hábitos de alimentación y actividad física saludables. Para nuestra suerte, sobre estos factores tenemos gran capacidad de acción.

Ahora bien, si el problema es tan simple, ¿por qué continúa la pandemia de obesidad? Según la Ensanut 2022 (4), la prevalencia mundial de obesidad se triplicó entre 1975 y 2016, y actualmente México es el 5to país con mayor prevalencia de obesidad en la región de las Américas. En nuestro país 75.2% de la población vive con sobrepeso u obesidad. ¿Cuáles son los determinantes sociales que impiden que nuestra población desarrolle hábitos saludables?

Se ha hablado mucho del papel de la cultura gastronómica, la economía nacional, la educación en la salud, el tiempo y espacio para realización de actividad física; pero es que justamente ya existen diversos programas para atacar estas situaciones: etiquetado e impuesto sobre alimentos, educación



en la salud en el programa escolar, difusión masiva de programas de alimentación y actividad física, etc. Además, sorprendentemente, de acuerdo con la Ensanut 2022 (4), el grupo etario, la escolaridad y el nivel socioeconómico no marcó diferencias importantes en la prevalencia de esta enfermedad (Ver anexo 2).

Por lo tanto, con base en lo que he podido observar en mi consulta y en mi experiencia personal, quisiera proponer aquí un elemento sobre el que se habla poco, en mi opinión porque suele darse por sentado que no hay gran cosa que hacer: el componente emocional.

Para poder abordar este aspecto, primero quisiera definir el contexto social en el que estamos embebidos y la posible psicología colectiva que considero existe detrás del problema de la obesidad.

### **El capitalismo como determinante social**

Para alguno tal vez parecerá fuera de lugar hablar en un ensayo de salud sobre este término originado en las ciencias de la economía, pues inicialmente el capitalismo hacía referencia a un modelo de producción, el cual “sólo” implicaba que eran agentes privados, y no el gobierno, quienes controlaba los medios de producción (5). Sin embargo, como menciona Guitart (6), el capitalismo se convirtió en un “macrosistema”, un modelo que afecta no solo un ámbito de la realidad, sino que tiene implicaciones amplias en la formación de identidad de la sociedad; para explicarme mejor, otros ejemplos de macrosistemas son el comunismo, el islamismo, el cristianismo, etc.

El capitalismo implica que los individuos formen empresas en busca de su propio interés antes que el de la sociedad (y que esto de paso pueda ser beneficioso para el resto, la “mano invisible” de Adam Smith) (5). Aclaro desde este momento que no estoy ni a favor ni en contra de este sistema, solo lo tomo como base de partida para explicar ciertos fenómenos sociales que se han visto relacionados.

El capitalismo tiene entre sus pilares elementos como la competencia, el individualismo y el consumismo. Desde una visión tradicional, una sociedad donde existe competencia es una sociedad de desigualdad, pues uno siempre buscará estar sobre otro y además sería falso decir que todos tuvieron las mismas oportunidades de inicio. Con la competencia se crean infinitas opciones para elegir, lo cual da paso a la espera constante de novedad; se trabaja continuamente por lograr el reconocimiento y en medio de todo el bullicio se encuentra recompensa y alivio en los placeres inmediatos, que en su mayoría son valores superficiales. La competencia y la búsqueda del interés propio tiende a favorecer el egoísmo y el aislamiento; somos seres sociales, ¿cómo no percibir un vacío si creamos aislamiento en medio de la multitud?

### **El capitalismo como desencadenante de emociones negativas**

Pero ¿cómo relaciono todo esto con el síndrome metabólico y la salud? Vivimos en un contexto en el que no es nada raro tener sentimientos constantes de miedo, ansiedad, estrés, depresión, y que además estos tienden a ser reprimidos. De acuerdo con las últimas estadísticas de la OECD (7), México es el segundo país de entre los que integran esta organización, en el que se laboran más horas al año, y aun así una gran parte de la población recibe apenas el salario mínimo y lucha diariamente con problemas económicos, desigualdad de oportunidades, discriminación por las apariencias, etc.

De nuevo hago una aclaración, esto es una generalización del estilo de vida propiciado por uno de los macrosistemas predominantes a nivel global, sin embargo, existen muchos otros elementos a

considerar y el contexto individual de cada persona en particular es diferente, sin embargo, para poder abordar esta complejidad no sería suficiente, ni de cerca, un único ensayo.

### **Las emociones y la alimentación**

Ahora bien, diversas investigaciones han hablado del papel del estrés y las emociones en la conducta alimenticia, y en la alimentación alta en carbohidratos como método de afrontamiento de las emociones negativas.

Por un lado, aunque la activación del sistema nervioso simpático en el estrés agudo disminuye el apetito, se ha descubierto que, en situación de estrés crónico, por afectación al eje hipotálamo-hipófisis-adrenal se pierde la contra regulación anorexigenica; sumado a esto, la ingesta de alimentos agradables para los sentidos (por lo general de alta densidad energética) producen efectos placenteros que reducen la percepción del estrés y generan sistemas de recompensa comparables con aquellos producidos por sustancias de abuso. Por si fuera poco, también se ha encontrado que existe un mayor número de receptores para glucocorticoides en el tejido adiposo visceral que en el subcutáneo, sumando así un punto más al papel del estrés en desarrollo de síndrome metabólico. (8)

Pero no solo es el estrés, un resto de emociones negativas que faltan por nombrarse y delimitarse (desde enojo hasta aburrimiento) también se han asociado con la motivación para comer, con la selección de los alimentos y con los sentimientos a la hora de consumirlos (9). Aunque cada caso será particular, hay que hacer notar que de acuerdo con el informe de la Ensanut 2022 (4), 77.1% de las personas con sobrepeso u obesidad mencionaron que alguna vez un médico les dijo que padecían depresión; independientemente de si la observación del médico fuera certera o no, ¿cuál se habrá presentado primero? ¿la enfermedad o la depresión?

Palomino-Pérez (9) explica el término del “comer emocional”, como la situación en que las personas aumentan su ingesta de alimento como un “mecanismo disfuncional de afrontamiento de las emociones negativas” y cita la revisión de Ganley (1989), según la cual hasta ¾ partes de los sujetos con sobrepeso y obesidad recurren a este método como medio de escape.

Por otra parte, en este contexto social que se ha tornado turbio, no puede faltar mencionar la “resignación” presente en algunos individuos, que optan por vivir afrontando las dificultades al día. Esto puede ser un factor para la falta de cultura de prevención, pues para muchos la salud se ha convertido en algo secundario, que hasta que no les impida realizar sus actividades será mejor enfocar sus energías en otros problemas, en llenar u opacar los sentimientos generados por su realidad.

### **La atención centrada en la persona en el abordaje de las emociones: el reto del médico**

Ahora, supongamos que aceptamos la presencia más o menos generalizada de las emociones negativas antes descritas, y la relevancia de su abordaje para el cuidado y manejo de las enfermedades crónicas. Somos médicos, no psicólogos, no políticos, ¿hay algo que podamos hacer desde las limitaciones de nuestro consultorio?

Fue ya desde hace tiempo que se creó lo que se llama “modelo de cuidado crónico expandido”, el cual, tomando en cuenta la influencia de los determinantes sociales, reúne la mejor evidencia para proporcionar un método de atención que logre la prevención y manejo exitoso de los padecimientos crónicos (10).

Entre los conceptos que engloba este modelo se incluye la llamada “atención centrada en la persona”, la cual consiste en ver al individuo dentro de todo su contexto y no limitar su identidad a una enfermedad; es ver el todo para relacionar y encontrar las “raíces” del problema, para encontrar métodos de mejora continua y no un tratamiento meramente sintomático o “paliativo”. A su vez, la atención centrada en la persona implica tomar en consideración esta situación en la que se desarrolla la vida del paciente a la hora de diagnosticar, informar y dar tratamiento, respetando además las creencias, valores, prioridades y decisiones de cada individuo (11).

Si nosotros en cada consulta decidimos dar relevancia a las emociones, a mi parecer lo primero que debemos hacer es romper este ciclo de acciones que ya identificamos favorecen su desarrollo negativo, al menos dejar de ser parte de los contribuyentes. Si nos observamos, debido la percepción tradicional de la medicina y las demandas del sistema de salud, tendemos a adoptar el modo de “la alta productividad”. En la sobrecarga de trabajo, el cansancio acumulado, los problemas personales y, tal vez incluso la búsqueda de la ganancia personal sobre el beneficio ajeno (aun si es inconsciente), olvidamos buscar a la persona que representa cada paciente. Puede que sea tiempo de retomar la calidad sobre la cantidad, podemos lograrlo preparándonos y planeando nuestras consultas, tomándonos el tiempo de conocer a nuestros pacientes, manteniéndonos actualizados para proporcionar medicina basada en evidencia.

Somos humanos y no podemos eliminar a la persona que nosotros mismos somos, sin embargo, podemos buscar activamente formas de que cada paciente se sienta atendido y escuchado, de conocerlo mejor... para ventaja nuestra, una enfermedad crónica implica que lo veremos por tiempo indeterminado.

Sin desestimar la relevancia del diagnóstico psiquiátrico, en mi opinión algunas emociones y comportamientos tal vez son demasiado sutiles para ser percibidos y nombrados por alguien que no sea quien los vive, pero creo que pueden estar lo suficientemente presentes para repercutir en otros aspectos de la salud y calidad de vida.

En alguna película o libro que no logro recordar, aprendí la frase: “quien va al psicólogo es porque no tiene quien le haga de psicólogo en casa”. Opino que aunque nuestra intervención es corta, es relevante, y es probable que en más de una ocasión hayamos tomado el lugar de ese psicólogo. Un reconocimiento al esfuerzo, una palabra de ánimo, una simple atención de escucha e interés puede hacer la diferencia, ese es el acompañamiento que podemos dar a nuestros pacientes. No tenemos el conocimiento para dar terapia, y mucho menos vamos a apropiarnos de problemas ajenos, pero tal vez aprendiendo a ver a la persona y dando el ejemplo a otros colegas podremos lograr mejores resultados.

Regresando a nuestra discusión principal: estamos hablando de mejorar hábitos y afrontar sanamente las emociones. Nadie puede lograr un cambio en el comportamiento de otra persona, la persona en la que se busca el cambio debe decidir hacerlo por sí misma; de hecho, ese es el peso y el beneficio de la libertad de cada persona. El paciente debe comprender que él es el principal responsable del cuidado de su enfermedad y que su pronóstico dependerá de su constancia y su forma de enfrentar los retos que se le presenten (12).

Si necesitamos que nuestros pacientes “decidan”, nuestro papel en realidad está en proporcionar información comprensible para que la persona pueda formar su criterio y establecer por sí misma la importancia y prioridad que dará al cuidado de su salud. De esta manera, tratando al paciente como

un igual, estableceremos tratamientos y metas que el paciente sea y se sienta capaz de cumplir, logrando un mejor apego. Además, si informamos y acompañamos al paciente, este aprenderá identificar por sí mismo la mayoría de las circunstancias que llevan a las fallas en su tratamiento e incluso podrá establecer su propio plan de solución, especialmente cuando hablamos del aspecto emocional. Esto es lo que se denomina empoderamiento, autocuidado y toma de decisiones compartidas (11, 13).

En cuanto a las dificultades de nuestro contexto social actual, si bien difícilmente podremos cambiar un sistema tan complejo por nosotros mismos, creo que es importante recordar que la sociedad moldea a los individuos, pero son también los individuos los que conforman la sociedad, por lo que, aunque parezca poco, el ser conscientes de las fallas de este sistema y poner nuestro grano de arena con el ejemplo es el primer paso para el cambio.

### **Conclusiones**

En cuanto a las implicaciones emocionales del macrosistema capitalista y la relevancia de estas en la persistencia de la alta presencia de las enfermedades cardiometabólicas, es justo decir que hacen falta trabajos de investigación que confirmen cuantitativamente el impacto del estrés, la ansiedad y la depresión (o incluso sentimientos aun no catalogados como patológicos) en el desarrollo de estas patologías.

Independientemente del resultado de estas investigaciones, considero que sería de utilidad que se incluyera en el programa obligatorio de la carrera de medicina bases de psicología o manejo de emociones, esto tanto para poder dar a los pacientes recomendaciones básicas como para aplicarlo en nosotros mismos y dar una atención de mejor calidad.

Por otro lado, no dejan de ser necesarios ajustes para que sistema de salud en México sea el ideal para la aplicación del modelo de cuidado de crónicos: se debería disponer de mayor tiempo de consulta (mínimo 30 minutos), contratar a mayor cantidad de personal de salud para mejor distribución del trabajo, mejorar la disponibilidad de medicamentos, tener mayor disponibilidad para referencia a atención multidisciplinaria o especializada. Hago un llamado de atención a las autoridades a mejorar su organización y a no dejar de intentarlo a pesar de las dificultades que implica.

A mi parecer el que este modelo de atención centrada en la persona pueda revisarse en diversas fuentes, participen las universidades y que comience a aplicarse en programas gubernamentales, está marcando ya el inicio del progreso y nos da la esperanza de un futuro un poco mejor.

### **Bibliografía**

1. Castro-Quintanilla DA, Rivera-Sandoval N, Solera-Vega A. Síndrome metabólico: generalidades y abordaje temprano para evitar riesgo cardiovascular y diabetes mellitus tipo 2. Revista Médica Sinergia. 2023; 8 (2): e960
2. Dirección General de Epidemiología. Anuario de Morbilidad 1984 -2022 [Internet]. México: Secretaría de Salud; julio 2023 [consultado agosto 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/anuarios-de-morbilidad-1984-a-2022>
3. INEGI. Estadística de defunciones registradas de enero a junio de 2022. Comunicado de prensa núm. 29/23 [Internet]. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; enero 2023 [consultado agosto 2023]. Disponible en:

<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/DR/DR-Ene-jun2022.pdf>

4. Campos-Nonato I, Galván-Valencia O, Hernández-Barrera L, Oviedo-Solís C, Barquera S. Prevalencia de obesidad y factores de riesgo asociados en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. *Salud Publica Mex.* 2023;65(supl 1): S238-47.
5. Jahan S & Mahmud AS. ¿Qué es el capitalismo? *Finanzas & Desarrollo.* 2015;52(2):44-5
6. Guitart ME. The consumer capitalist society and its effects on identity: a macro cultural approach. *Rev. psicol. polít.* 2011; 11 (21): 159-170
7. OECD. Hours Worked: Average annual hours actually worked. *OECD Employment and Labour Market Statistics (database)* [Internet]. Francia: OECD; 2023 [consultado agosto 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/data-00303-en>
8. Cortés-Romero CE, Escobar-Noriega A, Cebada-Ruiz J, et al. Estrés y cortisol: implicaciones en la ingesta de alimento. *Rev Cuub Inv Biomed.* 2018;37(3): 1-15
9. Palomino-Pérez AM. Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Rev Chil Nutr* 2020; 47(2): 286-291. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000200286>
10. Barr VJ, et al. The Expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hospital Quarterly.* 2003; 7(1): 73-82.
11. Shyong TE, Wei YT. Person-centred care in diabetes: what is it based on and does it work? *The Singapore Family Physician.* 2020 16(7): 11-5.
12. Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, et al. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open.* 019;9:e027775.
13. Elwyn G, et al. Shared Decision Making: A model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med* 27(10):1361-7. DOI: 10.1007/s11606-012-2077-6

## Anexos

### Anexo 1. Principales causas de muerte México 2022

LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE<sup>1</sup> DESGLOSADAS POR SEXO  
(Enero-junio 2022<sup>2</sup>)

Rango	Total	Hombre	Mujer
1	Enfermedades del corazón 105 864 En 2021 fueron 113 631	Enfermedades del corazón 57 075 En 2021 fueron 62 490	Enfermedades del corazón 48 780 En 2021 fueron 51 136
2	Diabetes mellitus 59 996 En 2021 fueron 73 615	Diabetes mellitus 30 118 En 2021 fueron 37 908	Diabetes mellitus 29 877 En 2021 fueron 35 706
3	Tumores malignos 44 533 En 2021 fueron 44 066	Tumores malignos 21 399 En 2021 fueron 21 410	Tumores malignos 23 132 En 2021 fueron 22 655
4	COVID-19 30 680 En 2021 fueron 139 820	COVID-19 18 710 En 2021 fueron 86 225	COVID-19 11 968 En 2021 fueron 53 591
5	Enfermedades del hígado 20 608 En 2021 fueron 20 624	Enfermedades del hígado 15 065 En 2021 fueron 15 026	Enfermedades cerebrovasculares 9 147 En 2021 fueron 9 114
6	Enfermedades cerebrovasculares 18 632 En 2021 fueron 18 748	Accidentes 14 077 En 2021 fueron 13 359	Influenza y neumonía 6 147 En 2021 fueron 11 844
7	Accidentes 18 258 En 2021 fueron 17 182	Agresiones (homicidios) 13 495 En 2021 fueron 15 273	Enfermedades del hígado 5 539 En 2021 fueron 5 597
8	Agresiones (homicidios) 15 561 En 2021 fueron 17 462	Enfermedades cerebrovasculares 9 484 En 2021 fueron 9 634	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 4 421 En 2021 fueron 4 178
9	Influenza y neumonía 14 805 En 2021 fueron 30 621	Influenza y neumonía 8 653 En 2021 fueron 18 776	Accidentes 4 148 En 2021 fueron 3 807
10	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 9 433 En 2021 fueron 9 021	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 5 012 En 2021 fueron 4 843	Insuficiencia renal 3 030 En 2021 fueron 3 034

■ Enfermedades del corazón    ■ Diabetes mellitus    ■ Tumor maligno  
■ Accidentes    ■ Agresiones (homicidios)    ■ Enfermedades transmisibles    ■ Otras enfermedades no transmisibles  
■ COVID-19

<sup>1</sup> Los criterios para la selección corresponden a la Lista Mexicana, los cuales se encuentran en el Anexo 2 «Criterios para la selección de las principales causas de muerte».

P: Información preliminar

Fuente: INEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas, enero-junio 2022<sup>2</sup>

Tomado de INEGI (3)

## Anexo 2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en México 2022

### PREVALENCIAS DE SOBREPESO Y OBESIDAD\* MEDIDOS POR ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) Y PREVALENCIAS DE ADIPOSIDAD ABDOMINAL,‡ EN ADULTOS MEXICANOS ≥20 AÑOS DE EDAD. MÉXICO, ENSANUT CONTINUA 2022§

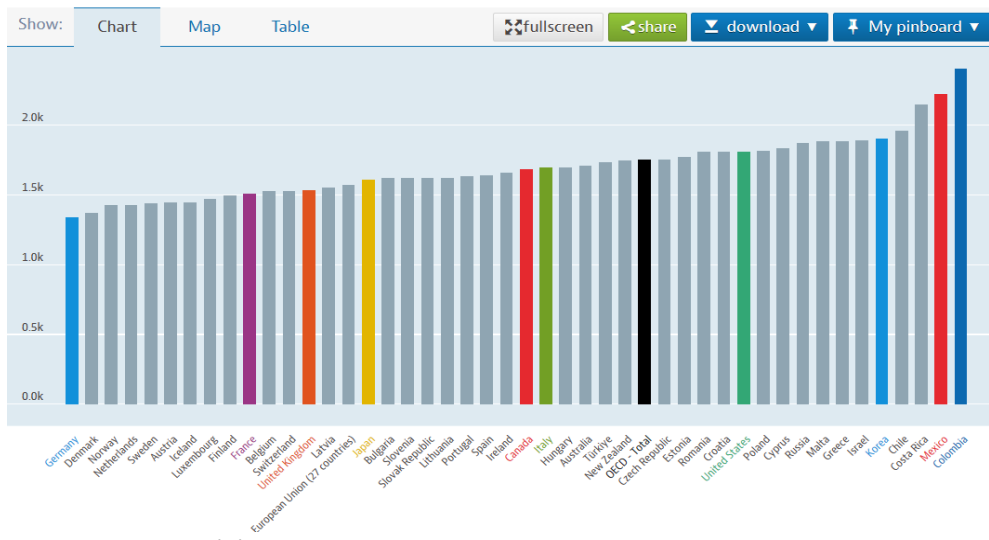
	Índice de masa corporal			Circunferencia de cintura		Total	
	Normal	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso y obesidad	Adiposidad abdominal	n	%
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	expandida (millones)	%
Total	23.6 (22.2,25.1)	<b>38.3 (36.8,39.9)</b>	<b>36.9 (35.0,38.7)</b>	75.2 (73.7,76.7)	<b>81.0 (79.5,82.5)</b>	8 563	83 063.6
Sexo							
Hombres	25.3 (23.0,27.8)	<b>41.2 (38.7,43.7)</b>	32.3 (29.6,35.1)	73.5 (71.0,75.8)	73.9 (71.0,76.6)	3 161	39 220.4
Mujeres	22.1 (20.4,23.9)	35.8 (33.8,37.8)	<b>41.0 (38.7,43.3)</b>	76.8 (74.9,78.5)	<b>87.9 (86.4,89.3)</b>	5 402	43 843.2
Grupo de edad (años)							
20-39	30.0 (27.5,32.7)	35.0 (32.6,37.4)	33.0 (30.7,35.5)	68.0 (65.3,70.6)	70.9 (67.9,73.7)	3 077	37 179.7
40-59	14.9 (13.3,16.8)	40.2 (37.6,42.9)	44.4 (41.5,47.4)	84.6 (82.8,86.3)	89.4 (87.5,91.0)	3 325	29 213.0
60 o más	24.5 (22.1,27.1)	42.5 (39.1,46.0)	32.2 (29.2,35.4)	74.7 (72.1,77.2)	88.4 (86.4,90.1)	2 161	16 670.9
Escolaridad							
Primaria o menos	21.9 (19.6,24.5)	39.9 (37.3,42.6)	36.6 (33.5,39.8)	76.5 (74.0,78.9)	84.1 (81.5,86.4)	2 953	23 330.1
Secundaria o bachillerato	23.5 (21.5,25.7)	36.7 (34.4,39.0)	38.9 (36.6,41.2)	75.5 (73.3,77.6)	81.7 (79.6,83.5)	4 312	43 201.7
Licenciatura o más	26.3 (22.8,30.1)	40.4 (36.0,45.0)	32.0 (28.6,35.7)	72.5 (68.6,76.0)	75.2 (71.3,78.7)	1 298	16 531.8
Localidad							
Rural	25.6 (23.0,28.4)	37.0 (34.5,39.5)	35.7 (32.0,39.6)	72.7 (69.8,75.4)	78.5 (75.6,81.2)	2 248	16 843.8
Urbana	23.1 (21.5,24.8)	38.7 (36.9,40.5)	37.2 (35.1,39.3)	75.8 (74.1,77.5)	81.7 (79.9,83.3)	6 315	66 219.8
Nivel socioeconómico							
Bajo	27.3 (24.7,30.1)	35.4 (32.8,38.1)	35.8 (32.9,38.8)	71.2 (68.4,73.9)	77.4 (74.6,79.9)	2 966	25 651.5
Medio	20.5 (18.2,22.9)	38.9 (35.9,42.1)	39.4 (36.6,42.2)	78.3 (75.9,80.6)	83.2 (80.9,85.3)	2 866	26 799.5
Alto	23.3 (20.8,25.9)	40.2 (37.6,42.9)	35.6 (32.7,38.5)	75.8 (73.2,78.3)	82.1 (79.5,84.4)	2 731	30 612.7

Tomado de Campos-Nonato I, et al. (4)

## Anexo 3. Comparativa países OCDE número de horas trabajadas al año 2022

Hours worked Total, Hours/worker, 2022 or latest available

Source: Hours Worked: Average annual hours actually worked



Tomado de OECD (7)

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

## **IMPORTANCIA DEL ACCESO A MEDICAMENTOS GLP-1 EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES RENALES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**COAUTORAS:** MPSS María Ximena Arias Padilla; MPSS Mayra Itzel Cortez González.

### **Introducción**

La diabetes mellitus tipo 2 tiene un importante papel en la carga de morbimortalidad a nivel mundial y nacional (prevalencia de 18.3% en México, ENSANUT 2022). Cuando esta enfermedad no es detectada o tratada oportunamente tiende a desarrollar complicaciones crónicas que aminoran de manera importante la calidad de vida de las personas que las padecen. Una de las complicaciones más graves y con mayor peso para la salud pública es la enfermedad renal crónica (ERC). Esta complicación, y otras, pueden prevenirse o retrasarse si se da un tratamiento oportuno y se logran niveles glucémicos adecuados (Hemoglobina glucosilada [HbA1c] <7%); sin embargo, los nuevos y mejores tratamientos hipoglucemiantes (que además prometen efectos cardionefroprotectores) aún se comercializan en precios elevados, no costeables para personas de clase socioeconómica baja o media. En nuestra práctica en los centros de salud nos hemos encontrado con que estos medicamentos tampoco están disponibles para otorgarse de forma gratuita y por lo mismo no son accesibles para la mayor parte de nuestros pacientes. En esta revisión se pretende abordar el papel que pueden tener los nuevos fármacos hipoglucemiantes, enfocándonos en los agonistas de receptores GLP-1, para el control glucémico y la prevención de complicaciones renales. Esto con el propósito de justificar la necesidad de su adquisición por la secretaría de salud pública, y así tener la oportunidad de dar un mejor tratamiento a los pacientes que los requieren.

**Objetivo general:** Evaluar el beneficio de los medicamentos agonistas del GLP-1 en la prevención y retraso de la progresión de complicaciones renales en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que cuenten o no con diagnóstico de enfermedad renal.

### **Objetivos específicos**

1. Indagar el efecto de los GLP-1 AR en el retraso en la progresión de la enfermedad renal crónica en sus distintos estadios
2. Analizar la ventaja del uso de fármacos GLP-1 en pacientes con enfermedad renal versus otros tratamientos hipoglucemiantes orales (énfasis en inhibidores de SGLT2 e inhibidores de DPP-4)
3. Comparar el efecto del uso de fármacos no GLP-1 versus GLP-1 sobre las complicaciones no renales de la diabetes mellitus

### **Protocolo de revisión**

La diabetes es una enfermedad multifactorial caracterizada por hiperglucemia secundaria a una inadecuada secreción o acción de la insulina. La hiperglucemia prolongada tiene como consecuencia complicaciones microvasculares (nefropatía, neuropatía, retinopatía) y macrovasculares (enfermedad coronaria, enfermedad arterial periférica y enfermedad cerebrovascular).<sup>1</sup>

Es bien conocido que la diabetes mellitus y sus complicaciones son un creciente problema de salud pública. De acuerdo con el estudio de Global Burden Disease de 2019 (que evalúa a 204 países), en ese año la diabetes mellitus fue la 3ra y 5ta causa mundial de enfermedad en adultos de 50 a 74 años y  $\geq 75$  años respectivamente.<sup>2</sup> En México, de acuerdo con el anuario de morbilidad 2022; la diabetes es la 11va causa de enfermedad a nivel nacional, posicionándose en el 9no lugar en el grupo de 45 a 59 años de edad y en el 6ta en el grupo de  $\geq 60$  años.<sup>3</sup>

Por otro lado, según un estudio realizado en 2019 por Ovalle-Luna OD, et al., en el que se evaluaron expedientes de 36 UMF (Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS) de las delegaciones Norte y Sur de la CDMX, Oriente y Poniente del estado de México, así como de la delegación Nuevo León; se encontró que las complicaciones microvasculares fueron más frecuentes (25.4%) que las macrovasculares (6.4%), y entre estas la complicación más frecuente fue el pie diabético (17%), seguido de la ERC (7.2%), la insuficiencia cardiaca (5.3%) y la retinopatía (4.4%).<sup>5</sup>

A si mismo, a pesar de que se conoce que la enfermedad cardiovascular representa el 50.1% de las causas de muerte en los pacientes con diabetes Mellitus, de acuerdo al estudio de Global Burden of Disease, en los últimos 20 años se encontró que el aumento los años de vida ajustados a discapacidad (DALYs) por enfermedad la enfermedad renal (130 a 196%) ha sido notablemente superior al encontrado por enfermedades cardiovasculares (46.1 a 66.6%).<sup>1-2</sup> Y aunque estas cifras no son exclusivas de casos secundarios a diabetes, se conoce que tanto diabetes mellitus como hipertensión son las principales causas de enfermedad renal crónica, ya que la ERC tiene una prevalencia en aproximadamente el 25 a 40% de los adultos con diabetes a nivel mundial, y de 14% en México (2012).<sup>6</sup>

La ERC se define como una disminución de la función renal demostrada por una tasa de filtración glomerular (TFG)  $< 60$  ml/min/1.73m<sup>2</sup> o por marcadores de daño renal (albuminuria  $\geq 30$  mg/dl en 24h, anormalidades en sedimento, trastornos hidroelectrolíticos, anormalidades histológicas o de imagen, antecedente de trasplante renal), o ambas, de al menos 3 meses de duración. La ERC es una de las principales causas de hospitalización y atención en urgencias y en 2016 fue la 10ma causa de muerte a nivel nacional.<sup>6</sup>

Ahora bien, se ha descrito que mantener un control óptimo de las cifras de glucosa sérica reduce el desarrollo de enfermedad renal crónica (teniendo como meta mantener niveles de HbA1c  $< 7\%$ ). Para esto, reiteradamente se ha establecido a la metformina como la mejor farmacoterapia inicial para la diabetes mellitus tipo 2, a excepción de existir contraindicación por enfermedad renal KDIGO 4-5 preexistente (TFG  $< 30$  ml/min/1.73m<sup>2</sup>, ACr  $> 30$  ml/min), falla hepática, falla cardiaca descompensada, intolerancia al medicamento, indicación para inicio de insulino terapia (HbA1c  $> 9-10\%$ ).<sup>1</sup>

Sin embargo, la monoterapia no siempre es efectiva y, de acuerdo a las recomendaciones de la última actualización de la guía práctica clínica mexicana (2019) y de la ADA 2023, si posterior a 3-6 meses no se alcanzan metas de control, está indicado iniciar terapia doble añadiendo a la metformina otro hipoglucemiante no insulínico, y de ser necesario prescribir terapia triple. Posteriormente, tanto la ADA 2023 y la GPC 2019 sugieren incluir, si no se ha hecho ya, a los fármacos agonistas del GLP-1 previo al inicio de la insulino terapia.<sup>6-7</sup>

Cabe mencionar que está fuertemente recomendado por estas guías considerar sobre otros agentes hipoglucemiantes a los los inhibidores del SGLT2, los inhibidores de la DPP4, y los agonistas del receptor GLP-1 ya que se asocian con menor riesgo de hipoglucemia y protección o beneficios



adicionales en caso de comorbilidades.<sup>6</sup> Sin embargo estos últimos medicamentos de elección (iDPP-A, GLP-1 AR, iSGLT-2) son fármacos altamente costosos (\$1300-3800 mensuales, consultado noviembre 2023), y según la ENSANUT 2022, 15.1% de la población con un nivel socioeconómico bajo y 19.4% con nivel medio padece diabetes mellitus tipo 2; además 13.5% de las personas sin derechohabencia también padecen esta enfermedad.<sup>4</sup>

En nuestra práctica diaria como médicos pasantes de servicio social en centros de la secretaría de salud de la Ciudad de México, hemos podido percatarnos de la falta del acceso gratuito a estos nuevos medicamentos hipoglucemiantes, y de que la gran mayoría de nuestros usuarios pertenece a una situación socioeconómica que tampoco les permite adquirir estos fármacos por su cuenta.

Por lo tanto, nos parece importante establecer la relevancia del acceso a estos últimos fármacos para la mejora en la calidad de vida de nuestros usuarios, para que de ser necesario se haga un llamado a las autoridades para volver disponibles estos medicamentos a la población que los requiera. Debido a su falta casi total de disponibilidad en los centros de salud, hemos decidido enfocar este trabajo en los beneficios otorgados por el grupo farmacológico de los GLP-1 RA, enfocándonos en investigar sus propiedades nefroprotectoras, por la alta prevalencia y repercusiones para la calidad de vida que tiene esta complicación microvascular.

“Los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1) son una familia de fármacos antihiperoglucemiantes”<sup>8</sup>, estos fármacos cuentan con efecto incretínico el cual se refiere al fenómeno por el cual la respuesta secretora de insulina a la estimulación de glucosa. A nivel renal se ha encontrado que con el uso los GLP-1RA se presenta aumento de la diuresis y como natriuresis a expensas de disminución de excreción de albúmina, además disminuye la inflamación renal, lo cual a su vez baja el estrés oxidativo y por tanto baja la muerte celular, influyendo de forma positiva en excreción de albúmina. Debido a esto, la ADA 2023 nombra a los agonistas del GLP-1 como uno de los fármacos de elección en caso de buscar protección o contar con complicaciones cardiorrenales.

7

**Pregunta de investigación (PICO):** En adultos con diabetes mellitus tipo 2 ¿el uso o no de medicamentos inhibidores de la GLP 1 marca alguna diferencia en el desarrollo de complicaciones renales y su progresión?

## **Metodología**

### **Estrategia de búsqueda**

Se realizó la búsqueda de artículos de interés durante la última quincena del mes de noviembre 2023 y la primera quincena de diciembre 2023. Los estudios que fueron utilizados con el motivo de realizar la revisión se extrajeron de bases de datos que albergan literatura científica especializada, incluyendo las siguientes:

- PubMed
- Elsevier, ScienceDirect Freedom Collection
- Wiley Online Library Full Collection
- Cochrane
- Google Scholar

Los filtros de la búsqueda se determinaron con el fin de acceder a la literatura en idioma español e inglés con no más de 5 años de antigüedad a la fecha de entrega del protocolo (diciembre 2023) dando prioridad a aquellas revisiones sistemáticas con metaanálisis, utilizando términos MeSH y los tres operadores booleanos básicos AND, OR, NOT:

**P:** Diabetes Mellitus, Type 2 AND Kidney Disease, Chronic OR Diabetes Complications

**I:** Glucagon-Like Peptide-1 Receptor, agonist

**C:** (NOT Glucagon-Like Peptide-1 Receptor, agonist) (Sodium-Glucose Transporter 2 Inhibitors OR Dipeptidyl-Peptidase IV Inhibitors)

**O:** Glomerular Filtration Rate OR Albuminuria OR Renal Outcomes

Tabla 1. Filtros de búsqueda

IDIOMA ESPAÑOL	IDIOMA INGLÉS
Diabetes Mellitus tipo 2	Diabetes Mellitus, Type 2
Agonistas del receptor de GLP1	Glucagon-Like Peptide-1 Receptor, agonist
Nefropatía diabética	Diabetic Nephropathies (Diabetic Kidney Disease)
Insuficiencia renal crónica	Kidney Disease, Chronic
Progresión enfermedad renal	Kidney Disease, Outcomes
Prevención enfermedad renal	Kidney Disease, prevention
Complicaciones de la diabetes	Diabetes Complications

Con diversas combinaciones de estas claves de búsqueda se obtuvieron un total inicial 33 artículos, de los cuales, de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 9, se presenta de forma gráfica en la figura 1.

Criterios de inclusión:

- Revisiones sistemáticas de no más de 5 años de publicación
- Todos los artículos que incluyan pacientes con diabetes tipo 2 de más de 6 meses de diagnóstico sin importar sexo, edad, nacionalidad ni nivel socioeconómico
- Que estudian a pacientes con o sin enfermedad renal
- Todos los artículos que tengan como terapia fármacos GLP 1, sin importar si es o no monoterapia
- Incluir todos los artículos que incluyan a pacientes con enfermedad renal y uso de terapia con GLP-1

Criterios de exclusión:

- Estudios que incluyan pacientes con otro subtipo de diabetes mellitus
- Estudios que no incluyan complicaciones renales
- Estudios que no tomen en cuenta la tasa de filtración glomerular y/o albuminuria como parámetro para estadificar daño renal

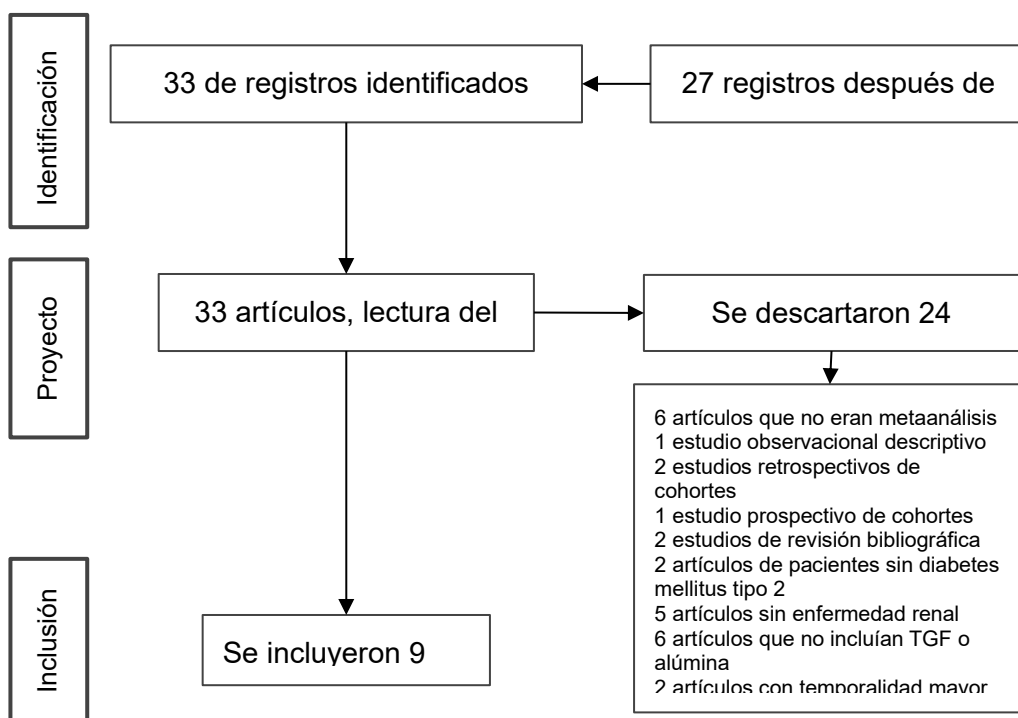


Fig 1, Diagrama de inclusión de ensayo

Tabla 2. Ejecución y resultados

ARTÍCULO	POBLACIÓN Y DISEÑO DE ESTUDIO	GRUPO DE TRATAMIENTO O MANEJO DE LA INFORMACIÓN	HALLAZGOS	LIMITACIONES
<b>Caruso I, et al (2022)</b> <sup>11</sup>	Revisión sistemática y metaanálisis para reunir la evidencia de estudios del “mundo real” de la efectividad de los GLP-1RA contra otros fármacos en el pronóstico cardiovascular y renal en pacientes con diabetes tipo 2	Se buscaron estudios del mundo real (basados en análisis de expedientes médicos, reclamos de seguro médico, encuestas) para obtener evidencia de la práctica clínica del día a día en subgrupos con un entorno menos controlado. De 160 estudios iniciales se seleccionaron finalmente 20 artículos. En cuanto a la función renal se investigaron principalmente cambios en la TFG y albuminuria.	Los diversos estudios (con datos de Italia, EUA, Suiza) mostraron que en pacientes <b>con función renal conservada o levemente disminuida hubo beneficio significativo de los GLP-1RA en reducción estimada de la TFG y microalbuminuria</b> versus el uso de otros hipoglucemiantes (incluyendo iDPP4 e insulina), con <b>excepción de los iSGLT2</b> .  Por su parte los iSGLT2 fueron ligeramente superiores en la prevención cardiovascular, aunque es posible que esto se deba principalmente a su velocidad de instauración del efecto protector	La información de los estudios “del mundo real” pudo ser confusa y complicada de seleccionar. El metaanálisis fue limitado a los desenlaces cardiovasculares, debido a la heterogeneidad y escasez de los resultados desenlaces renales en los estudios seleccionados. La mayor parte de los estudios del mundo real carecen de información sobre la duración de la diabetes y los niveles de HbA1c, y otros datos antropométricos que son marcadores importantes de contribuyentes al daño cardiorenal
<b>Duan XY, et al (2021)</b> <sup>12</sup>	Revisión sistemática y metaanálisis para evaluar el efecto cardiorenal de	Se seleccionaron 14 estudios placebo-controlados de ensayos sobre desenlace cardiorenal, 7 de los cuales consisten en iSGLT2 y 7 en GLP-	Se encontró que <b>los iSGLT2</b> (principalmente Dapagliflozina y la Empagliflozina) disminuyeron más el riesgo de deterioro de la función renal en comparación con los GLP-	El estudio evaluó los ensayos seleccionados contra buscando el menor riesgo de sesgo. Todos los estudios fueron ensayos que compararon con placebo, por

	diversos iSGLT2 y GLP-1AR en pacientes con diabetes mellitus tipo 2	1RA. Se incluyeron 5 tipos de intervenciones con iSGLT2 (canagliflozina, dapagliflozina, empagliflozina, sotagliflozina, ertugliflozina) y 7 con GLP-1RA ((lixisenatide, dulaglutide, liraglutide, albiglutide, exenatide, semaglutide subcutánea y oral)	1RA (mejor opción exenatide). La sotagliflozina fue uno de los fármacos más efectivos para disminuir el riesgo de infarto de miocardio, evento cerebral vascular, eventos adversos cardiovasculares mayores y falla cardíaca; mientras que la ertugliflozina fue la menos efectiva para disminuir cualquier riesgo cardio renal	lo que el análisis de los datos para describir la superioridad de un fármaco se realizó de manera indirecta. No se logró identificar los mecanismos por los que distintos fármacos de un mismo grupo lograron diferentes efectos en la protección cardiorrenal
<b>Honwei C, et al (2022)</b> <sup>13</sup>	Revisión sistemática y metaanálisis para comparar la efectividad de los iSGLT2, GLP-1AR y los iDPP-4 en el beneficio cardio renal en pacientes con nefropatía diabética	De 377 artículos se seleccionaron 16 estudios (46 292 pacientes), tomando como criterios de inclusión que estos estuvieran en fase III o IV, fueran prospectivos, controlados aleatorizados; que se centrarán en los desenlaces cardiovasculares o renales, que todos los pacientes abordados fueran adultos con diabetes tipo 2 y nefropatía diabética, y que el comparador fuera placebo. 10 de los estudios estudiaron específicamente los desenlaces renales (6 con iSGLT2, 3 con GLP-1AR y uno con iDPP-4)	Se encontró que los iSGLT2 y los GLP-1 redujeron significativamente el “desenlace del componente renal” (aumento al doble de la creatinina sérica o disminución de $\geq 40\%$ de la TFG, desarrollo de enfermedad renal terminal o muerte por ERC), 36% y 14% respectivamente comparado con placebo <b>Los SGLT2 redujeron mejor</b> el riesgo en comparación con los GLP-1RA (26%) y los iDPP-A (36%). La diferencia del beneficio renal no fue significativa entre los GLP-1 y los iDPP-4 En cuanto a la prevención cardiovascular, se encontró igualmente superioridad en los SGLT2 en comparación con los otros grupos farmacológicos, su efecto es atribuible al tener propiedades natriuréticas y diuréticas, haciendo la optimización del trabajo cardíaco con disminución del volumen ventricular atribuyendo a la mejoría de gasto cardíaco	Los estudios revisados fueron poco específicos o difieren en el estadio de ERC de los pacientes incluidos (aunque todos $< 90\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ ), fármaco usado dentro de cada grupo farmacológico, dosis del fármaco y la duración de tratamiento. Por otro lado, al elegir artículos para evaluar simultáneamente el riesgo cardiovascular puede que los pacientes con nefropatía diabética no hayan sido completamente aleatorizados El criterio para definir nefropatía diabética fue distinto en cada estudio incluido
<b>Kawai Y, et al (2022)</b> <sup>14</sup>	Revisión sistemática y metaanálisis para establecer si los iSGLT2 o los GLP-1RA son más efectivos para prevenir eventos cardiovasculares y renales en pacientes tipo 2	Se seleccionaron analizaron 9 estudios controlados aleatorizados (81,206 pacientes) que abordaron riesgo de efectos adversos cardiovasculares mayores y “desenlaces del componente renal” en adultos con diabetes tipo 2, con o sin albuminuria, en tratamiento con iSGLT2 o GLP-1RA vs placebo	Se encontró que los iSGLT2 no disminuyeron el riesgo de eventos cardiovasculares mayores en comparación con GLP-1RA. Sin embargo, los <b>iSGLT2 se asociaron con una mayor disminución del riesgo renal</b> en pacientes tanto con y sin albuminuria	Los estudios incluidos evaluaron distintas formas de “desenlaces renales”. Se menciona que no se logró evaluar un subgrupo de datos de algunos estudios incluso después de contactar a los autores (riesgo de sesgo) Queda en duda si los resultados de esta revisión pueden ser aplicados a pacientes con ERC avanzada, porque la mayoría de los estudios incluía a pacientes con TFG $\geq 30\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$
<b>Kristen S,</b>	Revisión	7 artículos	Se demuestra que el tratamiento	En dos artículos de los 7

<p><b>et al (2019)</b> 15</p>	<p>sistemática para evaluar resultados de la mortalidad cardiovascular y renal en pacientes con diabetes tipo 2</p>	<p>aleatorizados y controlados con placebo que probaran los agonistas del receptor de GLP-1 en pacientes con diabetes tipo 2.</p> <p>56004 pacientes en total</p> <p>Todos los ensayos contaron con más de 3000 pacientes.</p>	<p>GLP-1 AR redujo el ingreso hospitalario y/o mortalidad por macroalbuminuria de nueva aparición</p> <p>Disminución de la tasa de filtración glomerular hasta un 40% o el aumento de la creatinina sérica.</p> <p>Disminución de la progresión de enfermedad renal</p> <p>*Disminución de 17% del riesgo de muerte por causa renal</p> <p>“Los GLP-1RA reducen el riesgo de empeorar la función renal cuando se toman en cuenta una amplia gama de desenlaces, sin embargo, cuando se evalúa el beneficio basado en el descenso de la TFG o aumento de la creatinina, este no es significativo y es mucho menor al observado con los iSGLT2”</p>	<p>seleccionados no estaban disponibles por lo cual el número de pacientes analizados fue menor al grupo inicial.</p>
<p><b>Li X, et al (2022)</b> 16</p>	<p>Revisión sistemática y metanálisis del efecto de los agonistas GLP-1 en la protección renal en pacientes con diabetes tipo 2</p>	<p>Ensayos aleatorizados</p> <p>Efectos de los agonistas de los receptores GLP-1 en la protección renal en comparación con placebo o la insulina glargina</p> <p>7 artículos</p> <p>44965 pacientes</p>	<p>Los pacientes que utilizaron GLP-1 AR no mejoraron de forma significativa la concentración de creatinina en comparación con pacientes que no los utilizaron.</p> <p>En modelo de animales y celulares se ha documentado que los agonistas del receptor GLP-1 tiene efecto antioxidante directo sobre el glomérulo, así como conducir a una reducción del receptor para productos finales de la glicación avanzada con ello reducción de especies reactivas de oxígeno así mismo el estrés oxidativo por ende la muerte celular en glomérulo.</p>	<p>Debido a que los resultados derivan de investigaciones cardiovasculares, no se cuenta con datos puramente francos sobre la progresión de la función renal.</p>
<p><b>Yamada T, et al (2021)</b> 17</p>	<p>Revisión sistemática y metanálisis de red en pacientes con enfermedad renal crónica utilizando inhibidores de SGLT 2 versus agonistas/análogos de GLP 1 en complicaciones cardiovasculares y renales.</p>	<p>13 estudios con control aleatorizados sobre el uso de iSGLT 2 versus placebo, GLP 1 versus placebo</p> <p>32949 pacientes en total de los cuales 12843 se analizaron propiamente agonistas GLP1 versus placebo</p>	<p>En pacientes con enfermedad renal ya establecida iSGLT-2 redujeron la incidencia de los eventos renales.</p> <p>Los GLP-1 AR no disminuyen los eventos renales en comparación con el placebo.</p> <p>Un análisis de sensibilidad reveló que los GLP-1 AR redujeron de forma significativa los eventos secundarios/ complicaciones renales.</p> <p>Los GLP-1 AR conducen a una reducción de la presión arterial lo cual podría atribuirse a la natriuresis, así mismo presentan un reducción de especies reactivas de oxígeno y con ello la inflamación por tanto mejoría en la función endotelial.</p>	<p>Los estudios evaluados en el artículo cada uno tiene una definición para enfermedad haciendo que no sea consistente en todos los estudios</p> <p>Dado que se excluyó a pacientes con TGF &gt;60ml/min/1.73m<sup>2</sup>, no se logró análisis de la prevención de enfermedad renal con el uso de SGLT-2 y análogos/agonistas de GLP-1.</p>

			Los iSGLT-2 disminuyen el riesgo de eventos cardiovasculares y renales en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.	
<b>Yang S, et al (2022)</b> <sup>18</sup>	Revisión sistemática de tipo Bayesiano efectos renales en la asociación de iSGLT 2, agonistas GLP-1, DDP-4 en pacientes con diabetes mellitus tipo 2	Ensayos clínicos aleatorizados, se recuperaron 17 445 estudios de los cuales solo se tomaron 98 artículos con ayuda de un tercer revisor  186 335 pacientes participaron  25 ensayos compararon un agonista de la GLP-1 con el control	Los GLP-1 AR se asociaron significativamente con un menor riesgo de enfermedad renal con complicaciones a diferencia del grupo control. El uso de GLP-1 AR reduce el desarrollo de macroalbuminuria de nueva aparición, sin embargo solo se demostró en 7 de los 25 ensayos analizados. Los GLP-1 AR no tuvieron diferencia significativa con los fármacos DDP-4 para presentar complicaciones secundarias a enfermedad renal crónica. Los iSGLT 2 se asocian significativamente con menor riesgo de enfermedad renal aguda El metanálisis no reveló ninguna diferencia significativa entre las clases de medicamentos	La mayoría de los pacientes fueron personas que presentaban enfermedad cardiovascular o factores de riesgo para presentarla, sin tomar en cuenta la función renal, lo cual limitó asegurar que los iSGLT 2 y GLP- 1 AR, DDP-4, reducen efectos renales. Los efectos de los fármacos se evaluó por familia y no por cada tipo de fármaco de los tres tipos.
<b>Yuan D, et al (2022)</b> <sup>19</sup>	Revisión sistemática con metaanálisis para determinar el efecto de los GLP-1RA en la albuminuria en adultos con diabetes mellitus tipo 2	Se seleccionaron 22 (39 714 pacientes) estudios controlados aleatorizados que incluyeron a: P: adultos con diabetes tipo 2, rango de edad 51-70 años, proporción de hombres entre 47 a 81%, HbA1c de 7.3 a 8.9%, IMC de 24.9 a 33.9 kg/m <sup>2</sup> , TFG de 38.3 a 100 ml/min/1.73m <sup>2</sup> , 7 estudios pacientes con normoalbuminuria, 7 con microalbuminuria, 3 con macroalbuminuria. I: en tratamiento con GLP-1RA (5 con exenatide, 8 con liraglutide, 6 con semaglutide SC, 4 dulaglutide, 2 lixisenatide, 1 efpeglenatide, 1 semaglutida oral) con una duración de 0 a 260 semanas C: se seleccionaron 17 estudios controlados con placebo y 5 comparados con insulina y 5 con otros como pioglitazona, glimepirida, exenatide y empagliflozina. O: Se evaluó el efecto sobre la albuminuria	Se encontró que el <b>uso de GLP1-RA disminuyó la presencia de albuminuria</b> en un promedio de -16.17% comparado comparado con los controles (placebo u otros hipoglucemiantes orales, <b>excepto la insulina</b> ), de igual manera se encontró una reducción estadísticamente significativa en el deterioro de la TFG Los fármacos específicos que confirmaron esta diferencia significativa fueron el exenatide, liraglutide, dulaglutide, efpeglenatide, semaglutide SC y oral	En los criterios de selección necesitó una gran variabilidad en el estadio de función renal y la duración del tratamiento evaluado. Además, no se tomaron en cuenta comorbilidades u otros tratamientos (ej inhibidores del eje R-A-A, SGLT2) que pudieran tener por sí mismos un efecto nefroprotector El estudio se centró en la reducción de la albuminuria sin tomar gran importancia su combinación con otros parámetros como la TFG

## **Discusión:**

En nuestra revisión no logramos establecer claramente el papel activo de los GLP1-1AR en la disminución de la reducción de la tasa de filtración glomerular y albuminuria en los pacientes diabéticos. Según Honwei<sup>13</sup>, los GLP-1 lograron reducir el deterioro renal (evaluando el porcentaje de aumento de la creatinina sérica y la disminución de la TFG) hasta en un 14% comparando el uso de estos fármacos con placebo, así como en la revisión de Yuan<sup>19</sup>, donde se encontró una disminución significativa de la albuminuria de en promedio -16%; sin embargo Kristensen<sup>15</sup>, menciona que a pesar de encontrar una disminución de hasta el 17% del riesgo de muerte por causa renal, la diferencia en la reducción de la TFG o el aumento de creatinina no fue significativo. Caruso<sup>11</sup> establece un beneficio tomando estos dos parámetros pero solo en caso de pacientes con función renal conservada o levemente disminuida.

Además Li<sup>16</sup> manifiesta que en modelo llevado a cabo en animales y algunos grupos celulares se ha documentado que los agonistas del receptor GLP-1 tiene efecto antioxidante directo sobre el glomérulo, así como conducir a una reducción del receptor para productos finales de la glicación avanzada con ello reducción de especies reactivas de oxígeno así mismo el estrés oxidativo por ende la muerte celular en glomérulo.

Encontramos sin embargo que existen diversas limitaciones en los estudios realizados que pueden llevar a esta diferencia de conclusiones. 1) No existe una homogeneización del estadio de enfermedad renal (o son rangos muy amplios) de los pacientes estudiados en los diferentes artículos revisados, por lo que no podemos definir con certeza si eficacia de este nuevo grupo farmacológico se modifica de acuerdo al momento en que sean administrados. 2) No se establece un intervalo específico de tiempo de tratamiento, lo que podría estar no dar oportunidad a una adecuada comparación de los resultados contra placebo u otros fármacos. 3) No se toman en cuenta comorbilidades y sus tratamientos (ej inhibidores del eje Renina Angiotensina Aldosterona, otros hipoglucemiantes) que podrían modificar aumentando o disminuyendo los efectos renoprotectores de los GLP-1RA, 4) En la mayoría de los artículos analizados los pacientes que fueron estudiados se encontraban con algún tipo de enfermedad cardiovascular o en riesgo de presentarla, por lo tanto no se cuenta con datos puramente francos de enfermedad renal.

También creemos importante mencionar que las revisiones seleccionadas no mencionan el origen étnico de las poblaciones estudiadas, probablemente porque se trata de fármacos aún en estudio. Podría ser de utilidad, continuar una investigación o revisión para probar si los efectos de estos nuevos medicamentos tendrían la misma efectividad para la población mexicana que para individuos en otras partes del mundo.

Por otro lado, aunque se confirmara el papel renoprotector de los GLP-1RA, en nuestro análisis encontramos que en los artículos en los que se compara éste fármaco con otros (no placebo), se coincide con la superioridad de los iSGLT2 sobre los GLP-1RA para la reducción de riesgo renal. Tal como lo menciona Yamada<sup>17</sup>, los fármacos SGLT 2 se asocian con un menor riesgo de presentar complicaciones renales en comparación con los GLP-1RA, aunado a esto también Duan<sup>12</sup> reportó que los iSGLT2 disminuyen más el riesgo de deterioro de la función renal en comparación con los GLP-1RA; sin embargo no sólo se trata de una mejoría clínica en pacientes con enfermedad renal ya establecida, dado que Yang<sup>18</sup> postula que los iSGLT 2 se asocian con menor riesgo de enfermedad renal aguda.

Existe la dificultad de que la mayor parte de los trabajos publicados sobre los efectos protectores de los GLP-1RA, incluidos los seleccionados, los autores abordan el tema como “protección cardiorenal”, centrándose primordialmente en el aspecto cardiovascular y dejando en segundo plano la nefroprotección, por lo que la cantidad de información de la que se dispone para los objetivos de este trabajo es limitada.

De la mano con el punto anterior, la mayor parte de las revisiones encontradas limitan su análisis del beneficio de los GLP-1 a su acción cardiorenal y poco o nada se aborda sobre otras complicaciones microvasculares, por lo que no nos fue posible cumplir nuestro objetivo secundario de analizar la superioridad de estos fármacos en sus beneficios no cardio-nefroprotectores.

Podemos mencionar que con respecto a la cardioprotección, los trabajos revisados mencionan poca diferencia o difieren entre la superioridad de los SGLT-2 o GLP-1AR dependiendo de los desenlaces cardiovasculares evaluados. Caruso 11 expone que los iSGLT2 fueron ligeramente superiores en la prevención cardiovascular, aunque es posible que esto se deba principalmente a su velocidad de instauración del efecto protector, Hongwei<sup>13</sup> asocia la cardioprotección por parte de los SGLT-2 al disminuir el gasto cardiaco, Duan 12 por su parte comenta que los iSGLT-2 (sotagliflozina) y GLP-1AR (semaglutida y albiglutida) tiene mayor efecto en la reducción de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE).

Creemos necesario una investigación independiente y con un objetivo mucho más definido para seleccionar los fármacos comparados y la complicación de la diabetes mellitus a revisar para abordar adecuadamente este aspecto.

Otro punto a destacar es que son pocos los trabajos revisados que comparan los efectos de los medicamentos dentro de una misma familia farmacológica, o difieren mucho los medicamentos evaluados. Ahora que se ha establecido la superioridad de los iSGLT2 como nefroprotectores, sugerimos que se realice una revisión de la superioridad específicamente dentro de este grupo farmacológico para facilitar la toma de decisiones en la práctica clínica.

### **Conclusiones**

Los fármacos GLP-1AR no presentaron un resultado significativo en relación con la TFG o albuminuria, sin embargo, no se descarta por completo que cuenten con efecto nefroprotector, ya que se demostró una reducción en la aparición de novo de macroalbuminuria. Es claro que existe aún mucho trabajo de investigación por hacer sobre este grupo farmacológico, detalles por estudiar, como su efectividad acorde a distintos grados de funcionalidad renal y en diferentes poblaciones. Por otro lado, según las fuentes analizadas, indirectamente hemos podido establecer la superioridad de los fármacos iSGLT2 sobre el grupo los GLP-1 en la nefroprotección, y un efecto similar de ambos en la cardioprotección.

El objetivo de esta revisión era comprobar la utilidad de los GLP-1 para poder implementar su uso en nuestra práctica diaria con pacientes que padecen diabetes, sin embargo, encontramos que podemos hacer uso de otros fármacos con mayor disponibilidad en nuestro medio que, al menos en el aspecto renal, comprobamos que tendrán un mejor impacto. Si bien, no sugerimos descartar por completo el uso de los GLP-1, dado que no estamos considerando su beneficio en la prevención o tratamiento de otras complicaciones y/o comorbilidades.



Finalmente, como se mencionó en párrafos anteriores, sugerimos hacer una revisión dentro del grupo farmacológico de los iSGLT2 para poder seleccionar al mejor medicamento dentro de este grupo y así guiar nuestra práctica clínica diaria. Además, tal vez por la falta de búsqueda intencionada, se encontró poca comparación con los fármacos iDPP-4, lo que podría animar una investigación más.

### Referencias bibliográficas

1. CENETEC. Prevención, diagnóstico, tratamiento inicial, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Guía de Evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica clínica. México, CENETEC; 2019.
2. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396: 1204-22.
3. Dirección General de Epidemiología. Anuario de Morbilidad 1984-2022 [Internet]. [Consultado noviembre 2023]. Disponible en: <https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/index.html>
4. Basto-Abreu A, et al. Prevalencia de prediabetes y diabetes en México. *Ensanut 2022. Salud Publica Mex.* 2023; 65 (supl 1): S163-8
5. Ovalle-Luna OD, et al. Complicaciones de la diabetes en el IMSS, México. *Gaceta Médica de México.* 2019; 155: 30-38.
6. CENETEC. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. Guía de Evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica clínica. México, CENETEC; 2019.
7. Nuha A, et al. en representación de la American Diabetes Association. Pharmacologic Approaches Glycemic Treatment: Standards of Care in Diabetes 2023. *Diabetes Care* 2023; 46(Supl. 1): S140-57.
8. Cases A. Agonistas del receptor de péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1) en el manejo del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Una aproximación para el nefrólogo. *Nefrología* [Internet]. 2023;43(4):399–412. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2022.07.008>
9. Drucker DJ. Mechanisms of action and therapeutic application of glucagon-like peptide-1. *Cell Metab* [Internet]. 2018;27(4):740–56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmet.2018.03.001>
10. Zhao X. GLP-1 Receptor Agonist: Beyond Their Pancreatic Effects. *Front. Endocrinol.* 12:721135. doi: 10.3389/fendo.2021.721135
11. Caruso I, et al. Cardiovascular and Renal Effectiveness of GLP-1 Receptor Agonists vs. Other Glucose-Lowering Drugs in Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Real-World Studies. *Metabolites.* 2022 Feb 15;12(2):183. doi: 10.3390/metabo12020183.
12. Duan XY, Liu SY, Yin DG. Comparative efficacy of 5 sodium glucose cotransporter 2 inhibitor and 7 glucagon-like peptide 1 receptor agonists interventions on cardiorenal outcomes in type 2 diabetes patients: A network meta-analysis based on cardiovascular or renal outcome trials. *Medicine (Baltimore).* 2021 Jul 30;100(30):e26431. doi: 10.1097/MD.00000000000026431.
13. Cao H, Liu T, Wang L, Ji Q. Comparative efficacy of novel antidiabetic drugs on cardiovascular and renal outcomes in patients with diabetic kidney disease: A systematic review and network meta-analysis. *Diabetes Obes Metab.* 2022 Aug;24(8):1448-1457. doi: 10.1111/dom.14702.

14. Kawai Y, et al. Comparison of effects of SGLT-2 inhibitors and GLP-1 receptor agonists on cardiovascular and renal outcomes in type 2 diabetes mellitus patients with/without albuminuria: A systematic review and network meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract.* 2022 Jan;183:109146. doi: 10.1016/j.diabres.2021.109146.
15. Kristensen SL, et al. Cardiovascular, mortality, and kidney outcomes with GLP-1 receptor agonists in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of cardiovascular outcome trials. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2019 Oct;7(10):776-785. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30249-9. Epub 2019 Aug 14. Erratum in: *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2020 Mar;8(3):e2.
16. Li X, et al. Effect of glucagon-like peptide 1 receptor agonists on the renal protection in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Metab.* 2022 Sep;48(5):101366. doi: 10.1016/j.diabet.2022.101366.
17. Yamada T, et al. Cardiovascular and renal outcomes with SGLT-2 inhibitors versus GLP-1 receptor agonists in patients with type 2 diabetes mellitus and chronic kidney disease: a systematic review and network meta-analysis. *Cardiovasc Diabetol.* 2021 Jan 7;20(1):14. doi: 10.1186/s12933-020-01197-z.
18. Yang S, et al. Association between use of sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors, glucagon-like peptide 1 agonists, and dipeptidyl peptidase 4 inhibitors with kidney outcomes in patients with type 2 diabetes: A systematic review and network meta-analysis. *PLoS One.* 2022 Apr 14;17(4):e0267025. doi: 10.1371/journal.pone.0267025.
19. Yuan D, et al. Effect of glucagon-like peptide 1 receptor agonists on albuminuria in adult patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Obes Metab.* 2022 Sep;24(9):1869-1881. doi: 10.1111/dom.14776.

#### **Anexo 1. Abreviaturas utilizadas**

- ADA: Asociación Americana de la Diabetes
- AHA: Asociación Americana de Hipertensión
- DALYs: Disability-Adjusted Life-Years/Años de vida ajustados por discapacidad
- DPP-4: dipeptidil peptidasa-4
- ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
- ERC: Enfermedad Renal Crónica
- EUA: Estados Unidos de América
- ESH: Sociedad Europea de Hipertensión
- GLP1: Péptido similar al glucagón tipo 1
- GLP1 AR: Agonista del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1
- GPC: Guía de Práctica Clínica
- HbA1c: Hemoglobina glicosilada
- iDPP4: Inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4
- IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social
- iSGLT 2: Inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2
- KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcomes
- MACE: Major adverse cardiovascular events
- MeSH: Medical Subject Headings
- SGLT 2: Cotransportador sodio-glucosa tipo 2
- TFG: Tasa de Filtración Glomerular
- UMF: Unidad de Medicina Familiar

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-II SAN MATEO XALPA A CARGO DE LA MEDICO PASANTE MARÍA XIMENA ARIAS PADILLA**

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 # 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. II: San Mateo Xalpa  
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Atendidos 2023	No	%
Ingreso anterior	59	84
Nuevo ingreso feb 2023	0	0
Recuperados feb 2023	11	16
Total	70	100

*Al seleccionar el CST II S.M.X, recibí el directorio de pacientes dejado por la doctora Carmina Zarate (MPSS 2022-2023) con 125 pacientes inscritos.*

TOTAL DIRECTORIO	No	%
<b>Ingreso previo a 2023</b>	<b>125</b>	<b>100</b>
Atendidos durante 2022	108	86
Activos al 31/01/23	59	47

*A febrero de 2023, 59 personas de este directorio asistían de forma constante a la consulta.*

	No	%
Activos recibidos al 1/02/23	59	84
Recuperados durante 2023	11	16
Nuevo ingreso 2023	0	0
<b>Total atendido 2023</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

*A febrero 2024 logre la recaptura de 11 pacientes previamente inactivos, dando atención a lo largo del año a un total de 70 pacientes inscritos en mi directorio*

*En el transcurso del año 6 pacientes pasaron a ser inactivos, por lo que lego a mi sucesor 64 personas con condición activa de participación*

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Nota:

**Nuevo ingreso** se refiere a personas que por primera vez se incorporan al proyecto para su atención y seguimiento en cualquier momento entre febrero de 2023 y enero de 2024.

**Recuperados** se refiere a pacientes que ya habían sido atendidos en el proyecto, pero que por cualquier razón y durante algún tiempo dejaron de recibir esa atención, pero que nuevamente se incorporaron al proyecto en cualquier momento entre febrero de 2023 y enero de 2024.

**TABLA # 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. II: San Mateo Xalpa

Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Condición de participación	No	%
Activas	64	91
No activas	6	9
Total	70	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Nota:

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

**No activos:** Se refiere a personas que, por cualquier motivo y de acuerdo con los criterios del Centro de Salud (sin asistencia durante más de 6 meses) dejaron de acudir a su atención dentro del proyecto.

**TABLA # 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. II: San Mateo Xalpa

Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Motivos inactividad	No	%
Cambio de médico en centro de salud	1	17
Cambio de institución que le atiende	0	0
Cambio de domicilio	0	0
Falleció	0	0
Otro motivo	0	0
Se ignora	5	83
Total	6	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

### Información demográfica

**TABLA # 4.** Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a sexo

Centro de Salud T. II: San Mateo Xalpa

Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Sexo	No	%
Femenino	51	73
Masculino	19	27
Otra asignación	0	0
No hay dato	0	0
Total	70	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

**TABLA # 5.** Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a edad

Centro de Salud T. II: San Mateo Xalpa

Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad (años)	No	%
20-29	0	0
30-39	3	4
40-49	5	7
50-59	15	21
60-69	26	37
70-79	16	23
80 y más	5	7
Total	70	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Analizando estos datos cabe resaltar que casi tres cuartas partes de los pacientes atendidos en el proyecto de crónicos de San Mateo Xalpa son mujeres, y más de la mitad de estas personas se encuentran en el rango de edad de 60 a 79 años. Es interesante que, como se puede ver en la tabla no. 6, la distribución por sexos es bastante homogénea a excepción del grupo etario de 60 a 69 años.

Por otro lado, al ser parte de un modelo preventivo y retomando su enfoque en los determinantes sociales, sería interesante buscar maneras de promover la atención del programa también entre afectados más jóvenes.

**TABLA # 6.** Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a edad y sexo  
 Centro de Salud T. II: San Mateo Xalpa  
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Sexo Grupo Etario	Hombre			Mujer			Total	
	Recuento	% dentro de sexo	% del total	Recuento	% dentro de sexo	% del total	Recuento	% del total
30-39 años	2	11%	3%	1	2%	1%	3	4%
40-49 años	0	0%	0%	5	10%	7%	5	7%
50-59 años	4	21%	6%	11	22%	16%	15	21%
60-69 años	5	26%	7%	21	41%	30%	26	37%
70-79 años	5	26%	7%	11	22%	16%	16	23%
80 y más años	3	16%	4%	2	4%	3%	5	7%
Total	19	100%	27%	51	100%	73%	70	100%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

#### Diagnóstico y seguimiento

**TABLA # 7.** Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a edad  
 Centro de Salud T. II: San Mateo Xalpa  
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

No. consultas	No. Pacientes	%
1	2	3
2	3	4
3	0	0
4	5	7
5	2	3
6	6	9
7	5	7
8	8	11
9	9	13
10	17	24
11	11	16
12 y más	2	3
Total	70	100

*Es satisfactorio poder demostrar que más de la mitad de los pacientes bajo mi cuidado atendieron a 9 o más consultas durante el año.*

*Más adelante sería interesante investigar la correlación entre la constancia en las consultas y el grado de control de las enfermedades y mejoría en la calidad de vida de las personas atendidas.*

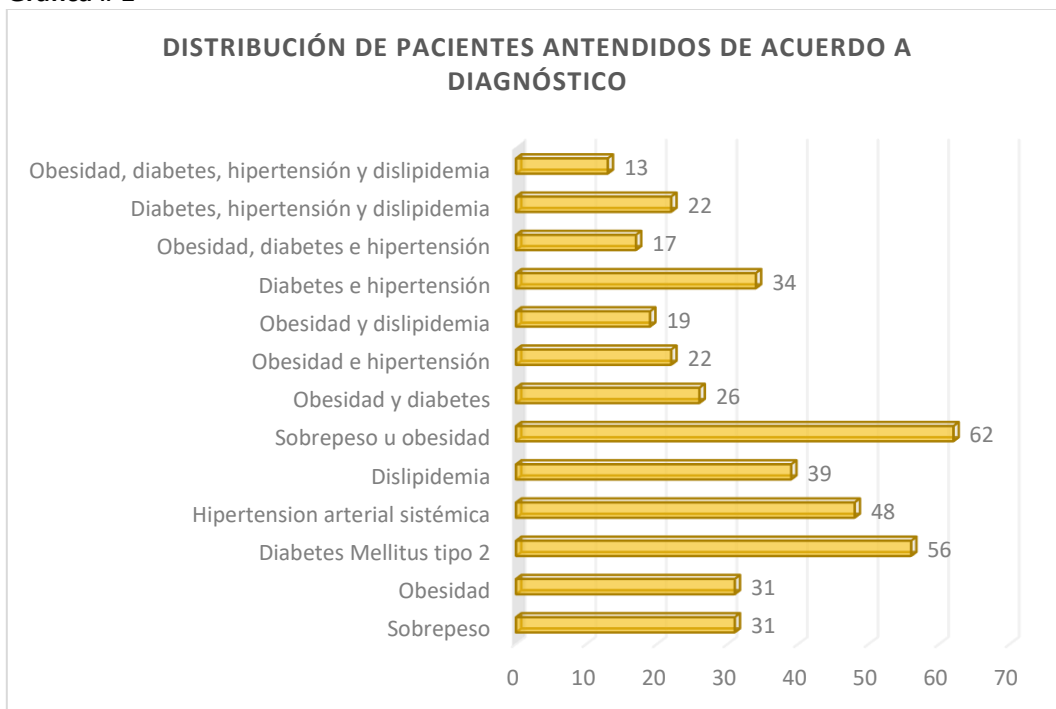
Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

**TABLA # 8.** Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad  
 Centro de Salud T. II: San Mateo Xalpa  
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Diagnóstico	No.	%
Sobrepeso	31	44%
Obesidad	31	44%
Diabetes Mellitus tipo 2	56	80%
Hipertensión arterial sistémica	48	69%
Dislipidemia	39	56%
Sobrepeso u obesidad	62	89%
Obesidad y diabetes	26	37%
Obesidad e hipertensión	22	31%
Obesidad y dislipidemia	19	27%
Diabetes e hipertensión	34	49%
Obesidad, diabetes e hipertensión	17	24%
Diabetes, hipertensión y dislipidemia	22	31%
Obesidad, diabetes, hipertensión y dislipidemia	13	19%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

**Gráfica # 1**



Generado a partir de tabla no. 8

**TABLA # 9.** Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo  
 Centro de Salud T. II: San Mateo Xalpa  
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Sexo Diagnóstico	Hombres			Mujeres			Total				
	No.	% en población positiva a diagnóstico	% en población masculina	% en población total	No.	% en población positiva a diagnóstico	% en población femenina	% en población total	No.	% en población positiva a diagnóstico	% en población total
Sobrepeso	11	36%	58%	16%	20	65%	39%	29%	31	100%	44%
Obesidad	83	26%	42%	11%	33	74%	45%	33%	31	100%	44%
Diabetes	17	30%	90%	24%	39	70%	77%	56%	56	100%	80%
Hipertensión	14	29%	74%	20%	34	71%	67%	49%	48	100%	69%
Dislipidemia	12	31%	63%	17%	27	69%	53%	39%	39	100%	56%
Sobrepeso u obesidad	19	31%	100%	27%	43	69%	84%	61%	62	100%	89%
Obesidad y diabetes	88	31%	42%	11%	18	69%	35%	26%	26	100%	37%
Obesidad e hipertensión	48	18%	21%	6%	18	82%	35%	26%	22	100%	31%
Obesidad y dislipidemia	72	37%	37%	10%	22	63%	24%	17%	19	100%	27%
Diabetes e hipertensión	12	35%	63%	17%	22	65%	43%	31%	34	100%	49%
Obesidad, diabetes e hipertensión	44	24%	21%	6%	13	77%	26%	19%	17	100%	24%
Diabetes, hipertensión y dislipidemia	71	32%	37%	10%	15	68%	29%	21%	22	100%	31%
Obesidad, diabetes, hipertensión y dislipidemia	33	23%	16%	4%	10	77%	20%	14%	13	100%	19%
<b>Total</b>	<b>19</b>				<b>51</b>				<b>70</b>		

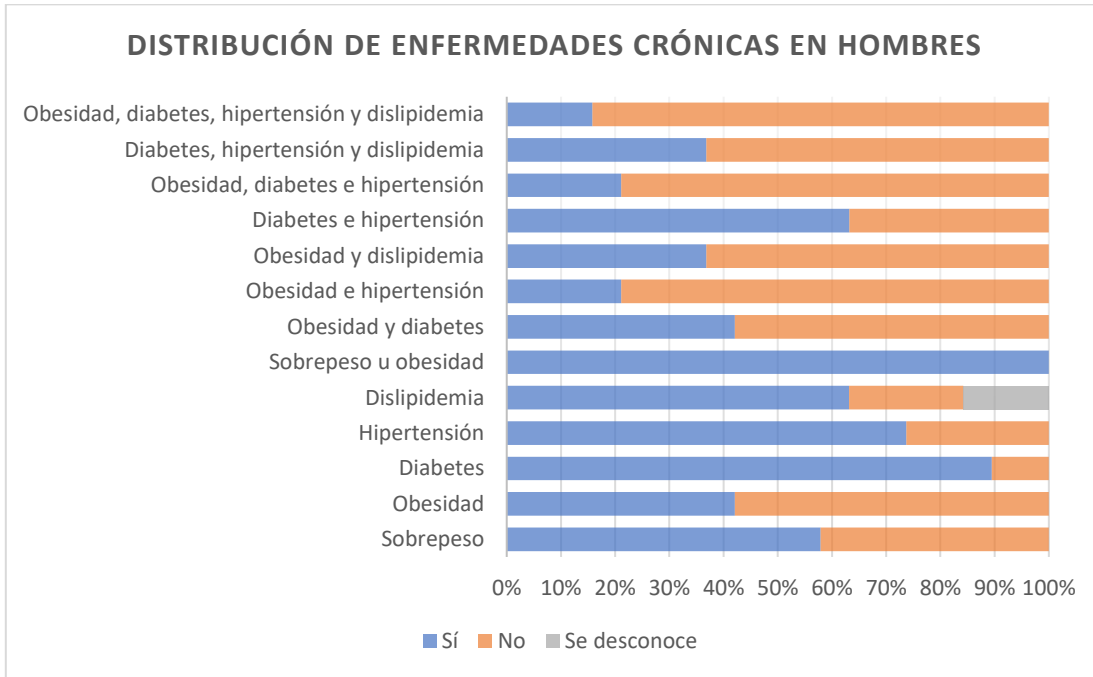
Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

El sobrepeso y obesidad, seguido de la diabetes mellitus, y posteriormente la hipertensión, fueron el orden de prevalencia de enfermedades crónicas atendidas durante 2023. El 56% de los atendidos fueron diagnosticados en algún momento con dislipidemia, pero cabe recalcar que aún existe un porcentaje de pacientes en los que se desconoce esta condición a falta de disponibilidad de paraclínicos (ver grafica 2 y 3).

En general la prevalencia de enfermedades crónicas fue mayor en hombres que en mujeres, sin embargo, la excepción se hizo notar en el caso de la obesidad y en la combinación de las cuatro enfermedades (obesidad, diabetes, hipertensión y dislipidemia).

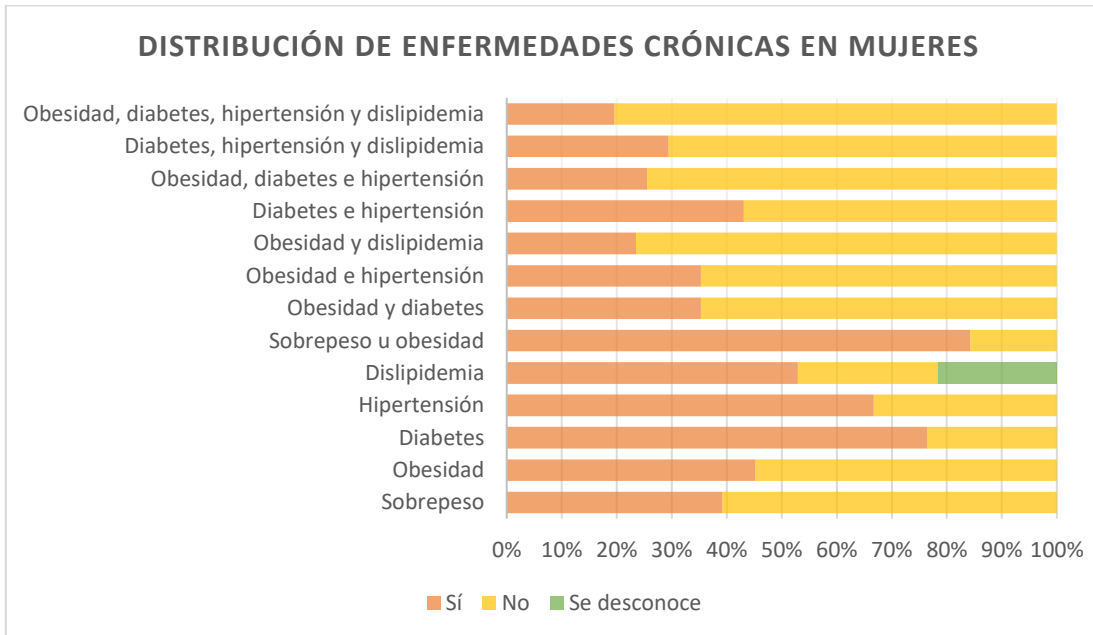


**Gráfica # 2**



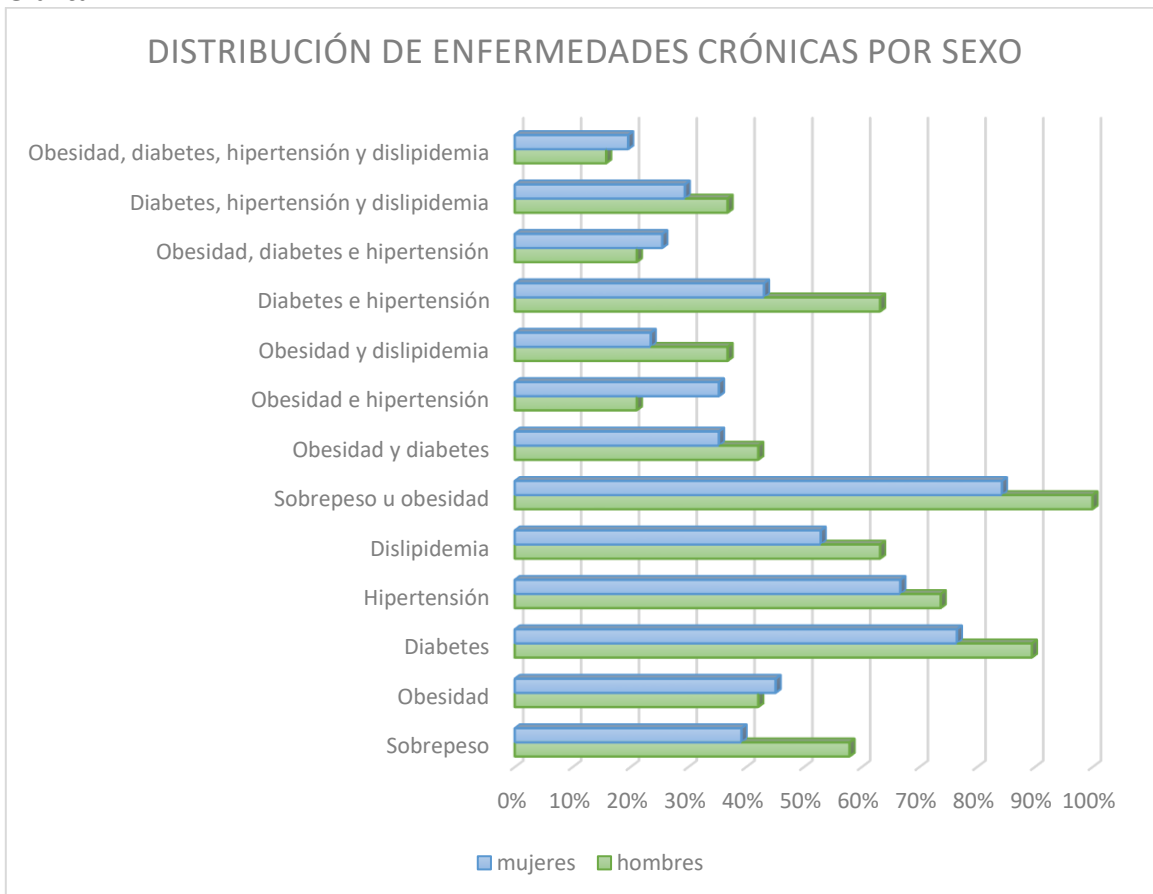
Generado a partir de tabla no. 9

**Gráfica # 3**



Generado a partir de tabla no. 9

**Gráfica # 4**



Generado a partir de tabla no. 9

**TABLA # 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. II: San Mateo Xalpa  
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Grupo Etario	Sobrepeso u obesidad	
	No.	%
<b>20-29 años</b>	0	0%
<b>30-39 años</b>	3	5%
<b>40-49 años</b>	4	7%
<b>50-59 años</b>	13	21%
<b>60-69 años</b>	25	40%
<b>70-79 años</b>	13	21%
<b>80 y más años</b>	4	7%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

**TABLA # 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. II: San Mateo Xalpa  
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Grupo Etario	Hipertensión Arterial	
	No.	%
<b>20-29 años</b>	0	0%
<b>30-39 años</b>	0	0%
<b>40-49 años</b>	1	2%
<b>50-59 años</b>	9	19%
<b>60-69 años</b>	20	42%
<b>70-79 años</b>	15	31%
<b>80 y más años</b>	3	6%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

**TABLA # 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. II: San Mateo Xalpa  
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Grupo Etario	Diabetes Mellitus tipo 2	
	No.	%
<b>20-29 años</b>	0	0%
<b>30-39 años</b>	3	5%
<b>40-49 años</b>	5	9%
<b>50-59 años</b>	12	21%
<b>60-69 años</b>	20	36%
<b>70-79 años</b>	12	21%
<b>80 y más años</b>	4	7%
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

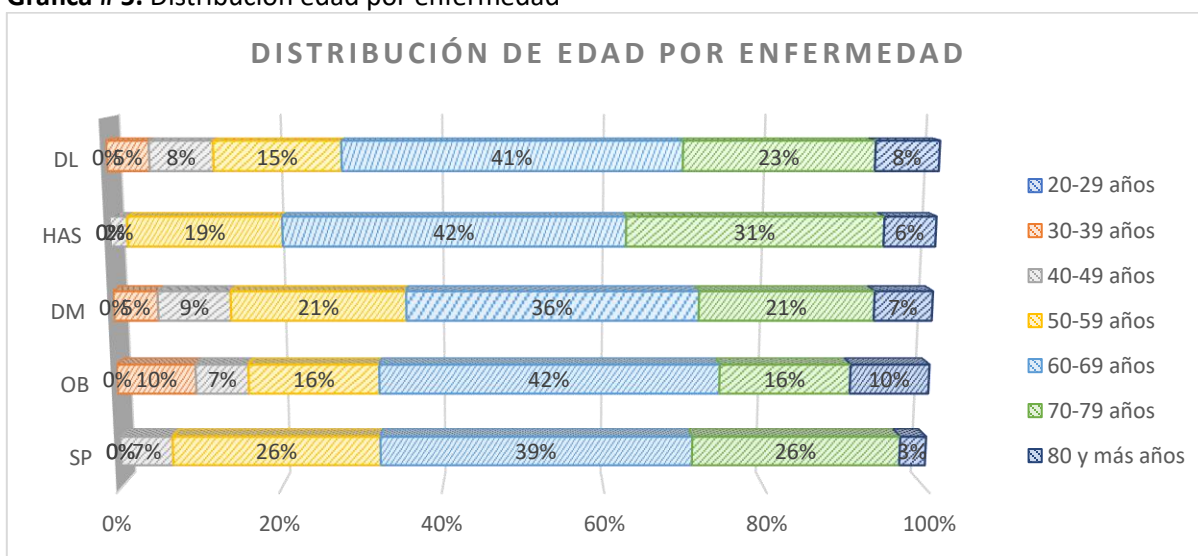
Como se podrá notar de nuevo en la **gráfica #5**, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas se concentra en el grupo de edad de 60 a 69 años; pero la **gráfica #6** nos proporciona datos aún más interesantes: el motivo de consulta del 100% de los asistentes en el rango de edad de 30 a 39 años fue la obesidad y la diabetes, registro de diagnóstico de hipertensión, el cual se nota en aumento conforme avanza el grupo de edad.

**TABLA # 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. II: San Mateo Xalpa  
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Grupo Etario	Dislipidemia	
	No.	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	2	5%
40-49 años	3	8%
50-59 años	6	15%
60-69 años	16	41%
70-79 años	9	23%
80 y más años	3	8%
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

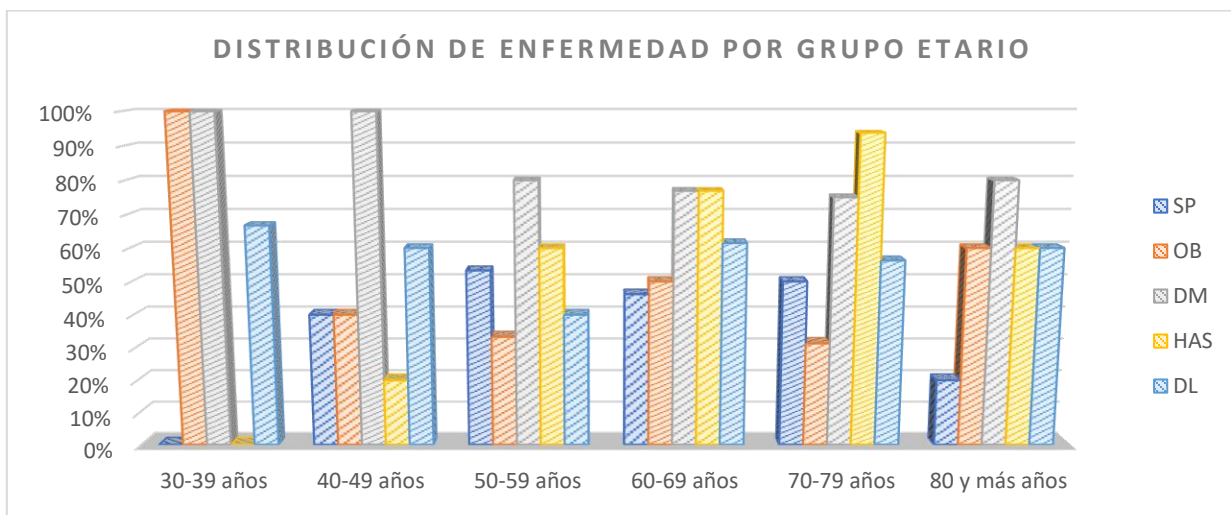
**Gráfica # 5.** Distribución edad por enfermedad



Grupo Etario	SP	OB	DM	HAS	DL
20-29 años	0%	0%	0%	0%	0%
30-39 años	0%	10%	5%	0%	5%
40-49 años	7%	7%	9%	2%	8%
50-59 años	26%	16%	21%	19%	15%
60-69 años	39%	42%	36%	42%	41%
70-79 años	26%	16%	21%	31%	23%
80 y más años	3%	10%	7%	6%	8%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

**Gráfica # 6.** Distribución de enfermedad por grupo etario



Grupo Etario	SP	OB	DM	HAS	DL
20-29 años	0%	0%	0%	0%	0%
30-39 años	0%	100%	100%	0%	67%
40-49 años	40%	40%	100%	20%	60%
50-59 años	53%	33%	80%	60%	40%
60-69 años	46%	50%	77%	77%	62%
70-79 años	50%	31%	75%	94%	56%
80 y más años	20%	60%	80%	60%	60%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

**TABLA # 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  
Centro de Salud T. II: San Mateo Xalpa  
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Grupo Etario	Obesidad e hipertensión	
	No.	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	0	0%
40-49 años	1	5%
50-59 años	3	14%
60-69 años	11	50%
70-79 años	5	23%
80 y más años	2	9%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

**TABLA # 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  
 Centro de Salud T. II: San Mateo Xalpa  
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Grupo Etario	Obesidad y Diabetes Mellitus tipo 2	
	No.	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	3	12%
40-49 años	2	8%
50-59 años	5	19%
60-69 años	9	35%
70-79 años	5	19%
80 y más años	2	8%
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

**TABLA # 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. II: San Mateo Xalpa  
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Grupo Etario	Obesidad y dislipidemia	
	No.	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	2	11%
40-49 años	1	5%
50-59 años	3	16%
60-69 años	7	37%
70-79 años	4	21%
80 y más años	2	11%
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

**TABLA # 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. II: San Mateo Xalpa  
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Grupo Etario	Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica	
	No.	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	0	0%
40-49 años	1	3%
50-59 años	6	18%
60-69 años	14	41%
70-79 años	11	32%
80 y más años	2	6%
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

**TABLA # 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. II: San Mateo Xalpa  
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Grupo Etario	Obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2	
	No.	%
20-29 años	0	0%
30-39 años	0	0%
40-49 años	1	6%
50-59 años	3	18%
60-69 años	7	41%
70-79 años	5	29%
80 y más años	1	6%
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

**TABLA # 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. II: San Mateo Xalpa

Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Grupo Etario	Hipertension Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 y Dislipidemia	
	No.	%
<b>20-29 años</b>	0	0%
<b>30-39 años</b>	0	0%
<b>40-49 años</b>	1	5%
<b>50-59 años</b>	3	14%
<b>60-69 años</b>	10	46%
<b>70-79 años</b>	6	27%
<b>80 y más años</b>	2	9%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

**TABLA # 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. II: San Mateo Xalpa

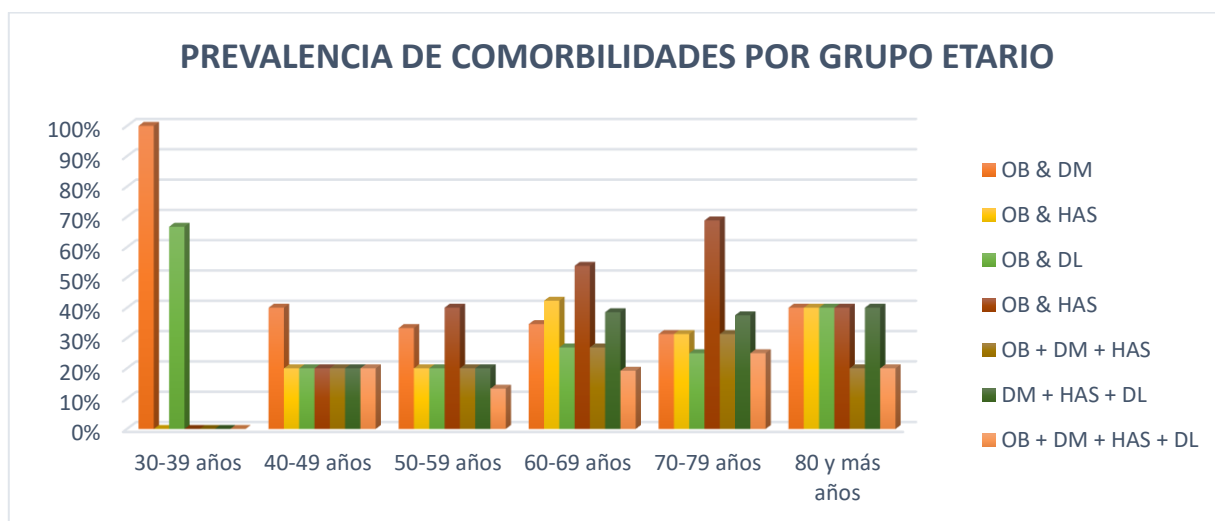
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Grupo Etario	Obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia	
	No.	%
<b>20-29 años</b>	0	0%
<b>30-39 años</b>	0	0%
<b>40-49 años</b>	1	8%
<b>50-59 años</b>	2	15%
<b>60-69 años</b>	5	39%
<b>70-79 años</b>	4	31%
<b>80 y más años</b>	1	8%
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024



**Gráfica # 7. Prevalencia de comorbilidades por grupo etario**



Grupo Etario	OB & DM	OB & HAS	OB & DL	OB & HAS	OB + DM + HAS	DM + HAS + DL	OB + DM + HAS + DL
20-29 años	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
30-39 años	100%	0%	67%	0%	0%	0%	0%
40-49 años	40%	20%	20%	20%	20%	20%	20%
50-59 años	33%	20%	20%	40%	20%	20%	13%
60-69 años	35%	42%	27%	54%	27%	39%	19%
70-79 años	31%	31%	25%	69%	31%	38%	25%
80 y más años	40%	40%	40%	40%	20%	40%	20%

Puede demostrarse con esta última gráfica que el padecimiento simultaneo de 2 o más enfermedades aumenta con la edad, lo que es especialmente notorio el aumento en la combinación “obesidad e hipertensión”. Por otro lado, es interesante notar que contrario que la tendencia general, la relación diabetes y obesidad es inversamente proporcional al paso y la edad avanzada.

#### Resultados de control de enfermedad crónica

En esta sección de resultados deberá notarse que cada tabla consta de dos partes: “3M” establece el control o no de una enfermedad según los datos obtenidos en los **últimos tres meses al periodo “febrero 2023-enero 2024”**, mientras que “UD”, muestra el control del padecimiento acorde al **último dato obtenido** sin importar la fecha de la cual provenga esta información.

Los criterios seleccionados para establecer el control de un padecimiento fueron los siguientes:

- Glicemia (en ayuno)  $\leq 130$  mg/dl
- Hemoglobina glucosilada  $\leq 7$
- Presión arterial  $\leq 140/90$
- Colesterol  $\leq 200$
- Triglicéridos  $\leq 150$

Debido a la falta de paraclínicos, en algunos casos fue necesario optar por la etiqueta “se desconoce”; además, por ser un factor inespecífico, se tomó la licencia de establecer el descontrol de la presión arterial solo en caso de obtener  $\geq 2$  valores fuera del rango establecido como control.

**TABLA # 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. II: San Mateo Xalpa  
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

		Glicemia capilar		Glicemia venosa	
		No	%	No	%
3M	Control	14	25.00%	2	3.60%
	Fuera de control	7	12.50%	3	5.40%
	Se desconoce	35	62.50%	51	91.10%
UD	Control	31	55.40%	25	44.60%
	Fuera de control	15	26.80%	18	32.10%
	Se desconoce	10	17.90%	13	23.20%

Glucemia capilar o central		No.	%
3M	Control	14	25.00%
	Fuera de control	10	17.90%
	Se desconoce	32	57.10%
UD	Control	32	57.10%
	Fuera de control	21	37.50%
	Se desconoce	3	5.40%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

**TABLA # 22.** Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada  
 Centro de Salud T. II: San Mateo Xalpa  
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Hemoglobina glucosilada		No.	%
3M	Control	6	10.70%
	Fuera de control	1	1.80%
	Se desconoce	49	87.50%
UD	Control	28	50.00%
	Fuera de control	19	33.90%
	Se desconoce	9	16.10%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

*De acuerdo a los dos parámetros elegidos para establecer el control glicémico (glucemia en ayuno o HbA1c), puede notarse que, de acuerdo al último registro obtenido de cada paciente, el 50% o más de las personas diabéticas que formaron parte del programa de crónicos lograron el control de su enfermedad.*

**TABLA # 23.** Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control  
 Periodo febrero 2023 – enero 2024  
 Centro de Salud T. II: San Mateo Xalpa  
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Hipertensión Arterial		No.	%
3M	Control	36	75.00%
	Fuera de control	0	0.00%
	Se desconoce	12	25.00%
UD	Control	42	87.50%
	Fuera de control	6	12.50%
	Se desconoce	0	0.00%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

**TABLA # 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. II: San Mateo Xalpa  
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Triglicéridos séricos		No.	%
3M	Control	5	12.50%
	Fuera de control	5	12.50%
	Se desconoce	30	75.00%
UD	Control	15	37.50%
	Fuera de control	19	47.50%
	Se desconoce	6	15.00%

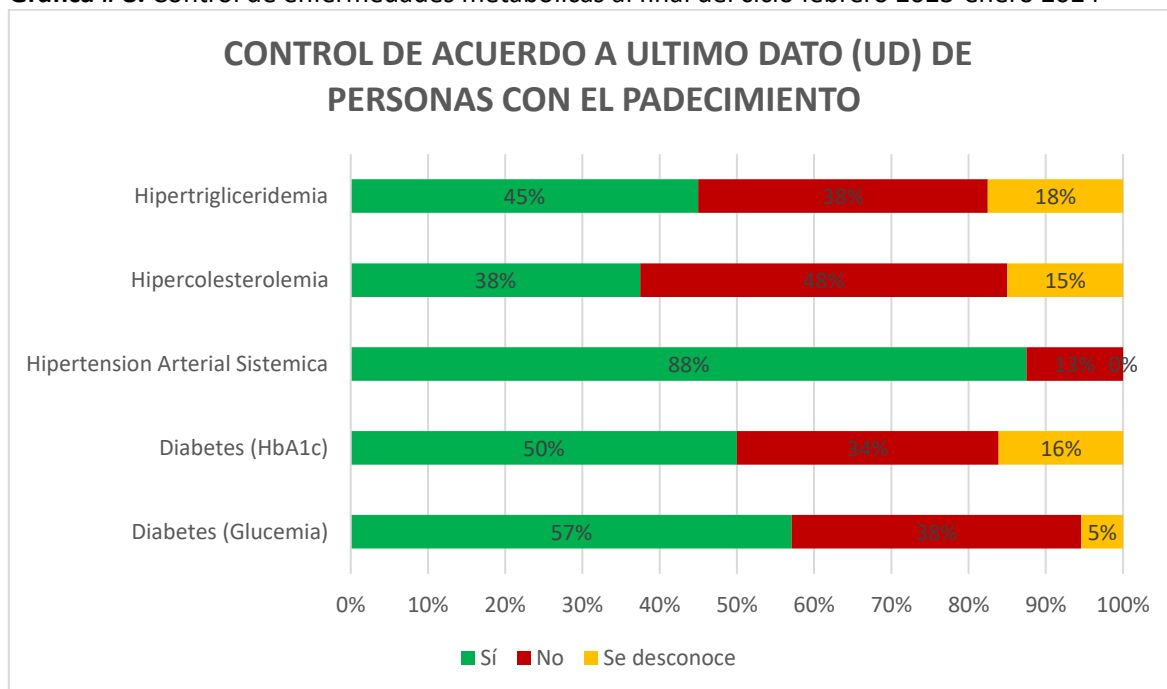
Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

**TABLA # 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. II: San Mateo Xalpa  
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Colesterol sérico		No.	%
3M	Control	7	17.50%
	Fuera de control	3	7.50%
	Se desconoce	30	75.00%
UD	Control	18	45.00%
	Fuera de control	15	37.50%
	Se desconoce	7	17.50%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

**Gráfica # 8.** Control de enfermedades metabólicas al final del ciclo febrero 2023-enero 2024



	Diabetes (Glucemia)	Diabetes (HbA1c)	Hipertensión Arterial	Hipercolesterolemia	Hipertrigliceridemia
Sí	57%	50%	88%	38%	45%
No	38%	34%	13%	48%	38%
Se desconoce	5%	16%	0%	15%	18%

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023 – enero 2024

Al final del ciclo febrero 2023- enero 2024 más del 50% de las personas con diabetes e hipertension lograron el control de su enfermedad. El éxito sobre la dislipidemia fue levemente menor, podría ser relevante investigar las áreas de oportunidad existentes para mejorar el manejo de este padecimiento.

### Acción Comunitaria

#### **EL MODELO EXPANDIDO DE CUIDADOS CRÓNICOS. LA INCORPORACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.**

Previamente se mencionó que el modelo de cuidados crónicos evolucionó al “modelo expandido” al notarse la relación e importancia de este en la prevención y promoción de la salud. Esta modificación del modelo se centra en el papel de los determinantes sociales, y por lo tanto la comunidad, en el desarrollo de las enfermedades.

Diferente a la promoción en el cambio “hábitos y estilo de vida” que solemos predicar los médicos, la filosofía de la prevención que promueve el modelo, según Barr et al, habla de “facilitar el empoderamiento personal y de la comunidad para que toda la gente, enferma o sana, sea capaz de tener un mayor sentido de control sobre los diversos y complejos factores que afectan su salud”.<sup>1</sup>

Se trata de tener un mayor panorama y, en lugar de hacer al paciente el único responsable de su comportamiento, tomar en cuenta el contexto que le ha llevado a tomar esos “hábitos” y a partir de eso promover cambios en conjunto con la comunidad. Por ejemplo, si un trabajador no realiza actividad física, en lugar de solo mencionar su falta de organización, tomar en cuenta las políticas laborales que vive, promoviendo su modificación de ser posible (tiempos de activación física en las empresas, flexibilidad de horarios, facilidad para acceso a deportivos, etc), involucrando y correlacionando así al sistema de salud y la comunidad.

Sin involucrar a encargados de factores como la educación, el procesamiento y entrega de alimentos, la economía, derechos laborales, etc., no se logrará realizar una verdadera transformación. El modelo expandido aborda esta relación al mencionar tres elementos de cambio: políticas públicas saludables (ej. desayunos saludables en las escuelas), la creación de entornos saludables (ej. gimnasios urbanos) y el fortalecimiento de la acción comunitaria (ej. grupos de ayuda mutua).

Cabe mencionar que, aunque pueda parecer que estos cambios dependen de terceros, es importante dar oportunidad al paciente a identificar por sí mismo el problema o limitante (en este caso para realizar actividad física), y ayudarlo a encontrar sus propias soluciones y a ser participe en los cambios en su comunidad. No se cambiarán políticas nacionales de la noche a la mañana, pero es importante que cada uno de nosotros comencemos a abordar este aspecto desde las posibilidades existentes: familia y red de apoyo, colegas, vecinos, y finalmente, responsables de servicios y gobierno.

## **ENCUENTROS DE SALUD**

Los encuentros de salud son la vía a través de la cual el Modelo e Atención Integral Centrado en la Persona instrumenta las líneas de acción de la promoción de la salud referidas a la construcción de entornos saludables, el desarrollo de capacidades individuales y, especialmente, el fortalecimiento de la acción comunitaria.

Durante el periodo febrero 2023-enero 2024 fue posible la realización del **“5to encuentro de personas con enfermedades crónicas: encontrarnos para cuidarnos”**. A este evento fueron invitados todos los pacientes de los centros de salud con enfermedades crónicas, así como otras personas interesadas independientemente de su estado de salud. Se realizó una reunión por Jurisdicción Sanitaria, en el caso de Xochimilco el evento fue el lunes 26 de junio en el Auditorio Carlos Pellicer, teniendo como coordinadores al Dr Víctor Ríos Cortázar (encargado del proyecto de crónicos) y la Maestra Silvia González Arellano (jefa de enseñanza de la jurisdicción)

Este encuentro se enfocó en el tema del “cuidado”, es decir, las capacidades que las personas no solo para ayudar a otros, si no para para ser responsables de su propia salud y necesidades (autocuidado). De acuerdo con esto, el taller buscó dirigirse a la promoción del cuidado en 4 aspectos: cuidar a otras personas, recibir cuidados de otros, cuidar de si mismos, cuidar del entorno.

La dinámica del taller se llevó a cabo formando grupos pequeños de discusión, con un moderador/coordinador que dirigía la sesión y un relator. Los participantes se sentaron en círculo, se les explicó el objetivo de la discusión y las reglas (no interrumpir, no juzgar, no interpretar, no dar consejos, confidencialidad)

El tiempo de reunión por grupo fue de una hora y media; la sesión se dividió en tres partes:

1. Identificar aspiraciones y realizaciones de las personas con enfermedades crónicas en el aspecto personal, familiar, de comunidad y para los servicios de salud. \*
2. Identificar problemas en los aspectos (alimentación, actividad física, medicamentos o tratamiento, vida afectiva, relaciones amorosas, la familia, vida laboral, vida social y cultural, participación social y política). \*
3. Fortalecimiento del autocuidado a través de la autoeficacia, es decir, la convicción de las personas para identificar, organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar situaciones y obtener logros. Esto se trabajó al compartir el grupo entre sí experiencias exitosas y encontrar posibilidad de apoyo entre los participantes

A continuación, comparto la relatoría del grupo pequeño en el que fui participante:

### ENCUENTRO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA

#### CÉDULA GRUPAL

<b>Jurisdicción Sanitaria:</b> Xochimilco	<b>Coordinador(a):</b> Ada Judith Morales Lugo	<b>Página: 2 de 15</b>
<b>Relatora:</b> María Ximena Arias Padilla	<b>Grupo: 3</b>	<b>Fecha:</b> 26/06/23

#### 1. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
María Elena de la Rosa Jiménez	M	63	Xochimilco (DM/HAS/OB)
Alma Gloria López Villalobos	M	59	Xochimilco (DM/HAS/OB)
Efigenia Herrejón	M	55	Tulyehualco (DM/HAS)
Atli	M	18	Tulyehualco (Sana)
Elvira Aguilar Nava	M	64	San Mateo (DM/HAS)
Armando Palma de la Cruz	H	66	Xochimilco (HAS)
Elvira Valle Santana	M	51	Xochimilco (DM/HAS)
María Magdalena García Figueroa	M	61	Tulyehualco (DM/HAS)

Teresa López Ortiz	M	58	San Mateo (HAS)
María del Pilar Castañón Sáez	M	51	Xochimilco (DM/HAS)

## 2. Datos del Taller

### Objetivo del taller:

“Encontrarnos para cuidarnos”, cuidado como un derecho y una acción colectiva. Reconocer y fortalecer las capacidades personales y colectivas, así como las relaciones que favorecen el cuidado de las personas que viven con enfermedades crónicas. Entendido ese cuidado hacia otras personas, uno mismo, el entorno, recibir cuidados de otros

**Hora de inicio: 11:05**

**Hora de finalización: 12:13**

## 3. Agenda del taller:

Horario	Actividad
11:00	Bienvenida:
11:05	Presentación:
11:10	Encuadre:
11:10	Paso 1: Identificar aspiraciones y realizaciones
	Paso 2. Satisfacer necesidades
	Paso 3. Fortalecer el autocuidado
	Cierre:

## 4. 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”)*

**ADA:** ¡Buenos días!

**TODOS:** ¡Buenos días!

**ADA:** Primero que nada, una bienvenida y un agradecimiento que estén una vez más aquí, en el 5to encuentro. Soy la doctora Ada, vengo del proyecto urbano de salud, y aquí también esta nuestra pasante Ximena, ella va a estar ahorita en la lap escuchando todo lo que dicen y va a estar escribiendo.

Bueno, primero que nada, quisiera decirles que aquí estamos en un espacio de confianza, siéntanse con la seguridad y confianza de que todo lo que digamos aquí, se queda aquí, y todo lo que tengan que decir aquí estamos, ¿de acuerdo?

Y bueno, primero las reglas del grupo. Yo aquí tengo la manita de la palabra, aquel que quiera decirnos, digo, yo voy a invitar a todos. A lo mejor hay personas que nos cuesta un poco más de trabajo hablar, o de expresarnos, entonces vamos a tratar de intégranos todos. Y pues siempre con la palabra, hay que tratar de no dar consejos, no hay opiniones equivocadas o no adecuadas, simplemente son nuestras vivencias, ¿de acuerdo?

Y pues nos vamos a presentar, me gustaría que nos dijeran su nombre, de que centro de salud vienen o nos visitan, y su edad, y que enfermedad es con la que están cursando y cuánto tiempo, de acuerdo.

**\*Véase punto 1 (personas participantes) \***

### **Paso 1: Identificar aspiraciones y realizaciones**

**ADA:** El objetivo del taller ahora es hablar sobre nuestras aspiraciones, conforme lo que nosotros padecemos día a día con nuestras enfermedades, entonces yo les voy a ir preguntando y ustedes me van a ir diciendo, voy a tratar de que todos nos integremos. Acá va la siguiente pregunta: **¿cuáles son nuestras aspiraciones, en la parte personal, ya viviendo con esta enfermedad?**

Primero Atli, ¿tú tienes algún familiar?

**ATLI:** Sí, vengo con acompañante, me parece que tiene hipertensión, pero no sabría decirle bien

**ADA:** Bueno, entonces estas aspiraciones serían para tu familiar o tu como persona para tu familiar, ¿qué es de ti?

**ATLI:** Es mi abuela

**ADA:** Entonces estas preguntas irían hacia esa parte. Entonces, en lo personal, ¿qué son las aspiraciones que tienen al vivir con una enfermedad como diabetes, hipertensión, obesidad? ¿Qué es a lo que aspiramos en la parte personal? ¿A quién le gustaría iniciar?

**MA. ELENA:** (Alza la mano) Bueno, yo lo que estoy aprendiendo es para tener una mejor calidad de vida, vivir pues más tranquila, ¿no? Acatarnos a la dieta que nos da la doctora, porque a veces es difícil... muy difícil y nosotros no lo hacemos, pero trato en lo posible y ya he visto resultados, y me siento contenta.

**ADA:** Ok, muchas gracias. ¿Alguien más?

**MA. MAGDALENA:** Pues tratar de tener mi dieta para estar mejor, echarle ganas en lo mejor posible.



**ADA:** Muchas gracias, ¿alguien más?

**ELVIRA VALLE:** Pues yo creo que más que nada es... la aspiración que al menos yo tengo, es que estoy viva, y que la verdad siguiendo las instrucciones de nuestras doctoras hemos aprendido a vivir con la enfermedad. Pues a veces yo siento que a lo mejor esta enfermedad yo me la gane porque soy muy enojona, pero dicen que no, que ya era de herencia, pero la aspiración es que siga yo viviendo y siga siguiendo las instrucciones de nuestras hermosas doctoras para estar en esta vida.

**ARMANDO:** En mi caso tengo poco de conocer esto de grupos, me integré al centro de salud Xochimilco junto con mi esposa. Mi esposa es diabética, yo soy hipertenso, pero también padezco de rinitis alérgica y tengo una hernia que me está molestando mucho, pero los ejercicios y platicas y todo esto es para tomarlo en cuenta y hacer como un itinerario de actividades para que uno pueda hacer todo lo que se necesita para que uno esté tranquilo con la enfermedad o tratar de alivianarla. Entonces esto al menos para mi es nuevo, pero es algo que nos anima a intentarlo... Sí porque oí que dicen algunos que nos pues ganamos la enfermedad, es cierto por la negligencia de no cuidar nuestro cuerpo, en mi caso por el alcoholismo, entonces ahora todo eso que lo escucho y lo compruebo, es decir nosotros podemos hacer algo más por nosotros, aquí está la prueba de que podemos interactuar con ustedes y pedir ayuda.

**ADA:** OK, muchas gracias

**ELVIRA VALLE:** créame doctora que es muy difícil llevar una dieta, lo intentamos, pero yo, yo en mi caso, a veces si me hecho un taquito de lo que no podemos, y yo digo “pues que se coma algo el gusano”, pero créame que llegue al Gea con 1500 de azúcar, y la verdad dicen que es un milagro que este aquí, porque con esos niveles...muchos hasta con 200 se mueren, y créame que ni los doctores, al menos nosotros, bueno yo en mi caso soy xochimilca de corazón, campesina, comemos sano doctora, no fumamos, no tomamos, nos drogamos, llevamos una vida sana se puede decir, porque casi es estar todo el día de estar en las chinampas deshierbando, trabajando; salimos al mercado a comprar lo que haga falta para completar la comida, regresamos, preparo la comida, otra vez un ratito en el campo, dando las 4 de la tarde nos vamos a entrenar en las chalupitas porque más a parte somos practicantes del club Atali, que son las chalupitas de carreras que practicaban nuestros antepasados y lo seguimos nosotros preservando.

Entonces los doctores dicen, “si lleva una vida bien porque le dio” dice, “eso fue lo que le ayudó con la enfermedad”. Luego me hicieron pruebas de los ojos. Voy al psiquiatra porque me mandaron también ahí para que aceptara yo mi enfermedad, pero pues yo digo que a lo mejor yo me la gané porque yo así soy. Yo le decía a los doctores, cuando me llegué allá: “es que te vamos a hacer la prueba de COVID” y yo me acuerdo de mis desvaríos porque todavía llegué peleando, caminando doctora, me pusieron en la silla de ruedas y yo decía “no, yo camino! ¡déjame, déjame!”. Dice mi hija “pero mamá, tú a lo mejor sentías que caminabas derecha, pero ya caminabas como borrachita”, “¡pues déjame, yo camino!” ... y me acuerdo de que no nos hacían caso, bueno estaba yo sentada y decía “ya vámonos, ¿qué vamos a hacer acá?”, me dice “mamá espérate”, yo decía “ya vámonos, ya vámonos, me voy a morir ahí en la casa”.

Y, o sea, los doctores dicen “no nos explicamos porque aguantó”, y fíjese, el psiquiatra me dice y me saca y me saca, pero le digo “doctor, a lo mejor yo me lo gané porque soy muy enojona, me

enojo por mis hijas”, dice “pues bueno, ya no se enoje, pero no, esto es” ... Ay, cuando me dijo el doctor, “le voy a hacer la prueba de covid porque tiene algunos síntomas”, yo me acuerdo que entonces acostada le decía yo “¡no! ¡Yo no tengo eso, yo no tengo eso! ... pues bueno, a ver, échele, hágala” y me acuerdo de que yo veía un palote y a los pocos minutos me dice “negativo”, yo le dije. Pero no, la verdad me dicen que le de gracias a Dios porque estoy aquí, y en la prueba de los ojos igual el oftalmólogo me dijo que le dé gracias a Dios por que con esos niveles me hubiera quedado hasta ciega. Pero mire, aquí estoy dando lata, hablando, aunque sea tonterías, pero bien.

**ADA:** Ya estamos aquí compartiendo la experiencia, ¿verdad? ¿Alguien más?  
Vamos con usted

**EFIGENIA:** pues yo quiero compartirles que, pues ya que somos tantos los que estamos en este caso, nosotros familiarmente estamos pasando por situación muy terrible, mi hermano lo acaban de dializar hace un mes aproximadamente y yo no me quisiera ver en eso... es una cosa muy difícil. Mi hermano tiene 40 años, yo apenas 55, él es el más chico de la familia, y la verdad es muy denigrante verlo como siendo el más chico de la familia ya está pasando esta situación. Ya lleva 3 veces que cae al hospital y la verdad... pero como dice la compañera, y tiene razón, nosotros mismos nos lo buscamos.

Ya tiene más de un año que hable y hable y hable intentando que se integre al tratamiento en el centro de salud, porque a mí me cambiaron el tipo de insulina, y a mí ya no me hace la NPH, me volví yo creo que inmune, y le cambiaron a la glargina, y la verdad esa insulina me ha levantado mucho, y era lo que yo le decía a él: “ve y que te cambien la insulina, ahí te la van a dar y va a ser otro cambio, ya no va a ser lo mismo, es que ya eres inmune a la NPH”. Y no me hacía caso, y no me hacía caso y eran pleitos y pleitos y pleitos que me aventaba con él, y ahorita va con esa situación, la verdad me siento impotente, me desespera, me siento mal, porque ya ni pa’que decir “te lo dije”, y pues no quisiera la verdad llegar a ese caso, es muy denigrante la verdad, ya lleva 3 veces que cae al hospital porque se le suben las toxinas y es muy feo la verdad, es muy feo pues ya verlo casi como un anciano a sus 41 años. Es muy feo la verdad, y pues a cuidarnos.

**ADA:** Gracias, ¿alguien más que quiera compartir sus aspiraciones personales?

**TERESA:** Bueno, ante todo, mi punto de ver, mío, es aceptar la enfermedad como venga, no deprimirse, no entrar en una depresión, porque la depresión mata más rápido, y mi lema es yo ganarle a la enfermedad y no me va a ganar a mí. Yo tengo 18 años con una enfermedad que no hay cura solo control, y hasta ahorita he llevado un control muy bueno. Y yo tengo a mi madre ya de la 3ra edad, yo y le digo “ma, estas sana, échale ganas, tu no tienes lo que yo tengo. Hay que ganarle a la enfermedad, no ella te gana a ti, y es como yo he estado saliendo adelante a mi edad que tengo. Tengo mucho porque vivir, y se lo he dicho a ella. Yo no quiero depender de nadie, yo quiero depender de mí. Tengo amiguitas que me dicen “amiga, no se deprima, amiga no entre en depresión, usted diga que usted va a salir y le va a ganar a la enfermedad”, y así es como estoy ahorita.

**ADA:** Muchas gracias, ¿alguien más que quiera compartir sus aspiraciones personales?

**ALMA:** Pues yo... mi aspiración es seguir los consejos de la doctora, que como dice la compañera, también cuando me dio la enfermedad no me deprimí porque yo no sentí los síntomas de la

diabetes, entonces yo le preguntaba... yo estoy rodeada de personas con diabetes, mi hermano, mi marido. Yo pesaba 110 kg y era muy gordita, muy gordita, pero cuando yo bajo de peso, bajé 20 kg en un mes, entonces yo le preguntaba a mi esposo: "oye, cuando te dio la diabetes que sentías", "no pues que sentía esto, que sentía lo otro, mucho cansancio, sueño, ir al baño", y yo nunca sentido esos síntomas, yo pensé que tenía todo menos diabetes.

Entonces hasta que mi hijo me dijo... y mira, cuando uno es muy gordito y baja de peso nos vemos fatales, todo se nos cuelga. Me dice mi hijo "mamá, ¿ya fuiste al doctor?" y le digo "pues es que no voy porque no me duele nada, no siento nada", dice "pero has bajado muchísimo de peso, mañana vengo y vamos". Y a mi esposo como es él diabético había caído al hospital un mes, estuvo internando un mes por la misma diabetes, le digo "mira, deja voy al centro de salud a sacarle su gratuidad porque me la piden, ya que estuvo todo un mes en el hospital", y ya aprovechando que estaba yo ahí, me dije, a ver, voy a checarme ya que estoy acá, ¿no?

Entonces ya que paso con la doctora, que es una ángel del cielo, entonces me dice "¿es usted diabética?", de digo "no, pues que yo sepa no, hipertensa tampoco" y me dice "pues déjeme decirle que trae la azúcar en 280, desde ahorita usted ya es diabética", y dice "¿no tiene dolor de cabeza...?", ya fue que le empecé a decir "no, lo único que he sentido es bajar 20 kg", "¿cuánto pesaba antes?", "pues que tanto"...

Y así, pero déjenme decirles que a lo mejor yo no me deprimí porque nunca sentí síntomas de diabetes. De ahí para acá hace 2 años me estoy tratando y ya logré controlarme, y ya todo, pero hasta el día de ahorita yo no he sentido un síntoma de diabetes o de hipertensión. Yo traía la presión altísima y yo no me sentía ni mareada, yo traía la azúcar altísima y me sentía... como me dijo la doctora "es que con 20 kg el cuerpo está muy descompensado, ¿no siente cansancio, no siente mareo?", le dije que no. Como dice la compañera, yo no sé si son cosas de nuestro Dios, nosotros que somos creyentes, pero de ahí en fuera yo nunca he sentido una enfermedad así. Ahorita me la estoy controlando gracias a Dios, de que llegué con la doctora a aquí mi azúcar ha estado en 100, 90, 100, 90, y ahora sí que tomar las riendas ahorita de no tanta grasa, más verdura y todo eso. Y pues esta es mi opinión, y pues estamos ahora sí que, en el barco, a echarle ganas todos y a cuidarnos. Es todo doctor.

**ADA:** Muchas gracias. Déjenme pasar a los que no, me falta nada mas usted. La idea es que a lo mejor si nos cuesta poquito más de trabajo, pero la idea es que todos participen

**ELVIRA AGUILAR:** Pues mi idea es salir adelante, echarle ganas, ayudarnos pues en las comidas, ¿no? Y hacer ejercicio... yo ahorita llevo el control de mis enfermedades, y quiero seguir y tengo que echarle ganas para seguir adelante y que no se me suba más el problema este, quiero seguir haciendo mis ejercicios y seguir tratando de comer saludable.

**ADA:** OK. Atlí, ¿te gustaría participar?

**ATLI:** Sí. Pues, primero que nada, felicidades a todos por querer aquí y preocuparse por ustedes, es un gran paso y yo lo veo con mi abuelita. Somo una familia muy unida, y mi abuelita que me crió como mi mama, ella siempre esta al pendiente de mí, ella siempre es como de que "¿Qué te hace falta?, ¿que necesitas?, ¿te sientes bien?" y ella siempre esta al pendiente de todos.

Y hay veces que yo le digo “oye, Ma, ¿estas bien?”, y a ella le cuesta un poquito de trabajo verse a si misma. Entonces el hecho de que ella hoy me hubiera dicho “oye, ¿me acompañas?”, yo sentí hermoso porque pues se está preocupando por ella, y creo que ustedes aquí también están haciendo ese gran esfuerzo, lo reconozco, felicidades. Siganle echando muchas ganas, preocúpense mucho por ustedes. Ahorita yo con mi mamá, es también darle ese apoyo, porque como lo dicen, lo comparten, no es fácil llevar una dieta, acoplarse a los tiempos, a las porciones, al hacer el ejercicio, es algo difícil. Felicidades por su gran esfuerzo, espero sigan preocupándose mucho por ustedes.

**TODOS:** Gracias

**ADA:** ¿Alguien más?

**ELVIRA VALLE:** Doctora, por ejemplo, allá en mi casa hay una señora que tiene la presión alta y ya no se puede ni mover, y por ejemplo a mí me ve que ando de acá para allá, y corro de la chinampa para mi casa y de mi casa para la chinampa, y andamos deshierbando, y cuando se va a echar un almácigo mi esposo saca el lodo y nosotros con nuestras cubetas vamos sacándolo, y es un almácigo de metro y medio de ancho por veintiséis de largo, ¡imagínese!, son dos canoas grandes las que se tiene que sacar para hacer ese almácigo. Y me dice, “oye, pero tú se ve que no tienes nada de enfermedad”, “es que no, no estoy enferma, yo estoy buena, ¡yo estoy buena y yo estoy buena! Yo no tengo nada”. Yo siento que consiste mucho en nosotros, en que si estuviera yo pensando “¡ay!, tengo esta enfermedad, ¡ay!, tengo esto, tengo lo otro, ya me duele esto, ya me duele lo otro”, yo siento que nos acabamos más nosotros pensando en eso que, bueno, en mi caso que ando activa casi todo el día, voy, voy, voy y voy, que la enfermedad.

**ADA:** Entonces, corríjanme si me equivoco, pero por todas las opiniones que yo acabo de escuchar creo que la aspiración a lo que la mayoría quisiera es de que vivir como si no tuviéramos la enfermedad, ¿es correcto?

**TODOS:** Sí

**ADA:** Me da mucho, mucho gusto eso. Entonces ahora, esas aspiraciones personales ahora las vamos a pasar a la familia. **¿Cuáles son esas aspiraciones que tenemos, pero con nuestra familia, ya incluyéndolos como núcleo familiar?** ¿Quién quisiera empezar?

**ELVIRA VALLE:** Por ejemplo, nosotros, en mi caso fue un cambio muy drástico doctora, porque fue cambio de alimentación para todos, no nada más para mí. Ahí en Xochimilco estamos acostumbrados a comer muchos frijoles, nuestro guisado, nuestra sopa o arroz. Fue muy duro, bueno, nada más somos 3, pero mi esposo y mi niña, que, si hago ensalada de lechuga, aguacate, le hecho queso panela, jitomate, limón y aceite oliva... lo comemos todos, con frijolitos. Ya no comemos tanto como antes, pero si tratamos de apoyarnos, para que no se me antoje otra cosa. Y en la noche igual una cena, por ejemplo, según lo que nos diga la nutrióloga. Luego sí, como que, si abuso y me como otra tortilla de más, pero aquí cuenta mucho el apoyo de nuestras familias.

**ADA:** Correcto, así es. ¿Alguien más?

**ARMANDO:** Yo he visto que, como dice la señora, hacen lo de las dietas y todo eso, yo pienso que si te gusta comer algo... en mi caso no soy diabético, bajarle más al pan y la tortilla y hacer ejercicio, porque eso es lo más importante, que uno se mueva. El comentario que hizo de que nos enferma más pensar que estamos enfermos, que nos enferma más por estarlo pensando, pues si es cierto, te deprimes y decaes. Yo quisiera que nos animáramos a pensar que estamos sanos aun teniendo al enfermedad para poderla sobrellevar, y como que adjudicar todo lo que hemos platicado ahorita, ¿no? Los cuidados, la alimentación, y aparte pues el optimismo, porque eso es lo que nos va a sacar de los problemas.

**ADA:** OK. ¿Alguien más?

**ALMA:** Pues mira, yo he aprendido, hoy que me integre al grupo, que pues nos dice la doctora, que “no, pues el pozole se acabó, no que pues eso no”... nuestra doctora nos ha dado muchos consejos “¿cómo no?!, pueden comerse su pozole, pero de zetas” y ¿qué cree?, ya lo hice y si quedo muy bueno doctora, ¿qué es? el maíz, ¿que se integra? lechuga, rábanos, entonces lo único que no es el pollo, pero pues también es proteína, se puede poquito, no hay que perder. Pues un guisadito, nos decía “hasta las enchiladas, nada más no le echen grasa, así como viene la tortillita... igual su lechuga arriba, su queso panela. No se pueden privar de muchas cosas, pero también con control”. Entonces hemos aprendido.

Les vuelvo a repetir, yo caí con un ángel muy hermoso, más bien ya son dos ángeles, que son mi doctora Sheila y la doctora Del Vivar, que son unas personas pero lindísimas, que nos han enseñado a que, como dice mi compañera, estemos sanas. Porque ¡sí comemos sano! y no dejamos las enchiladas, el pozole, pero se puede agregarle zetas, le pongo zetas así como si fuera pollo desmenuzado y sabe riquísimo... un platote, y muy buenas comidas. Créame doctora, yo he cambiado muchísimo, como llegué con ella, pues si llegué con 30 kg menos, y gracias a dios, nuestra enfermedad no nos lo prohíbe, nada más las porciones, pero si podemos disfrutar.

**ADA:** ¿Alguien más que quiera compartir sus aspiraciones con su familia?

**MARIA ELENA:** Pues nosotros siempre hemos comido verdura, no nos ha costado tanto trabajo integrarnos a la comida porque hasta los niños igual la comen. Lo que cuesta es de que, antes comíamos mucho, o sea, repetíamos una ración y otra, si queríamos más pues más, y eso es lo que no debemos de hacer, es lo que debemos de evitar. O sea, comer, pero comer con decencia, no exagerando.

**ADA:** Muchas gracias, ¿alguien más?

**ARMANDO:** Como dice la compañera, sí comemos a veces de más, yo me acuerdo que empecé también a ser como hipertenso. Tengo un negocito, cierro a las 12 de la noche. Mi esposa me decía “vente, vamos a cenar”. A las 12-1 de la mañana estábamos en los taquitos, entonces también empezamos a engordar y cuando se enfermó de la diabetes tuve que entrar a su régimen de alimentación. Lo que encontré en el centro de salud es la convivencia y la forma de hacer las ensaladas, tan ricas que hacen. Entonces creo que es un buen camino que hemos encontrado ahora, para poderlo ocupar, con la familia si no también con los que nos acompañan, porque bueno, estamos en el mismo camino, como les dije hay que ser optimista encontrar esa forma de llevarlo con dignidad también, de hacerlo con dignidad.

**ELVIRA VALLE:** Pues créame doctora que nosotros sembrarnos ahora sí que lo que comemos. Nuestra verdura no tiene nada de químicos, es toda orgánica, y lo que sacamos lo vamos a vender al centro de Xochimilco. Qué llegamos y según los que están de productores son los que nos compran, y ellos son los que ganan más, porque por ejemplo nosotros en nuestras acelgas, que le puedo decir, una docena nos la pagana 60 pesos, cuando ellos la dan más cara. Entonces las verdolagas y todo eso digo “¡Ay! Vamos a comer esto, vamos a comer lo otro”. Una vez que me convidaron un taquito de verdolaga cruda, con rabanitos, queso, unos cuantos chilitos verdes con aceite de olivo... ¡Ah doctora! Pues la verdad digo, “que más le pedimos a la vida, a Dios. ¡Esto sabe tan sabroso!”, y las acelguitas, la verdad, las espinacas crudas en ensalada... ¡ay no doctora! ¿para qué le digo? Ya no pido carne, ¡cómo que quisiera yo una aguja ahí con verdolagas!

**ELVIRA AGUILAR:** Pues sí, comer verduras y enseñar a la familia que también tiene que comer sano ¿no?, para que no se vean estas enfermedades. Desgraciadamente el chamaco ahí no quiere, aunque ellos también comen mucha verdura. Ya ni me dicen nada porque el refrigerador está lleno de verdura, van a buscar algo y está lleno de verdura. Y pues es lo que hay, ni modo. Si quieren comer bien y si no pues ni modo, váyanse a la fonda.

**ATLI:** ¡Ah! Bueno, creo que como familia... yo ahorita que con mi mamá crecí comiendo verduras, sí es algo sorprendente el que mi mamá me diga ahorita, “es que no puedo comer bien”, porque viví mi infancia con mi abuelita (mi mamá), y siempre fue verdura, verdura, nada de refresco, nada de azucares, y ahorita que mi mamá me diga “es que no puedo acoplarme a la dieta”, es tan sorprendente.

Entonces también, motivarlos, tener esa unión de familia, para decir, bueno, está bien, vamos a intentar cambiar esto” o, “vamos a intentar bajarle a tal cosa”. Entonces siempre la comprensión, y que no vean su enfermedad como algo malo, algo para decir “¡ay no!, que pena tener esta enfermedad”, o sea, “¡no!, estas enfermo y tienes que echarle ganas y siempre motivarte”. Porque también mi mamá y mi abuelita (mi bisabuela), está enferma, entonces yo a veces ir y sólo verla, mi abuelita se pone muy feliz, y mi abuelita come. Entonces también esa unión de familia, ese cariño, que ustedes no se sientan solos, y que inviten a su familia como algo bueno, no como algo de “¡ay! Tenemos que hacer dieta” ó sea ¡no!, siempre tiene que ser algo positivo y que ustedes le echen ganas.

**ADA:** ¿Quién me falta? ¡anítese, estamos en confianza!

**MAGDALENA:** Pues tratar de echarle ganas y hacer que no tiene uno la enfermedad, la verdad. Darle gracias a Dios por darme a la doctora Lorena, ella nos da muchos consejos. Seguir adelante, echándole ganas y tener mucho entusiasmo para seguir adelante con mi familia. Gracias.

**PILAR:** Pues yo en casa de hecho si tengo mucho apoyo, porque tengo una niña chiquita de 10 años, y apenas es de que vamos a comer, todos tomamos nuestro refresco, y dice “no, mamita no”, o sea, ella sola. Por esa parte si tengo mucho apoyo, mis nietos, pero si llevo todas las cosas, según yo voy así, no como tanto, como dice la compañera, hay veces que sí me como mi taquito, pero pues no diario, como más verduras y todo eso... y subo, he subido de peso, ahorita de hecho subí yo creo que 800 gr en este mes. Y yo digo, “si es cuando más verduras he comido, no tomo refresco”, refresco sí definitivo no lo tomo, ¿pues que estoy haciendo mal? ¿qué pasó ahí?

**ADA:** Es que son muchos factores. ¿Falta usted, verdad Teresita? No se me escapa, jaja.

**TERESA:** Que puedo decir, pues comer de todo un poquito, que se me antojó eso, un pedacito, porque tampoco nos vamos a quitar todo. Cómo le digo a la doctora. Mientras uno pueda comérselo no le voy a decir que cantidad, me lo van a dar cuando no pueda, mejor ahorita me como un pedacito. Y es como dice la compañera, es cierto, yo también me cuidó y de repente ya subí de peso, le digo a la doctora, ¿por qué? Y de repente ¡fum!, doy el bajón, entonces, pues también “¿qué pachó?, ¿qué hice? Le digo a la doctora “yo ya ni vengo a pesarme”, puros corajes.

**ADA:** Ya nada más falta Efi, ¿verdad? Acuérdense, aspiraciones con la familia

**ARMANDO:** Voy a interrumpir, tengo que retirarme porque tengo encargo de recoger a mi nieto hoy en su escuelita, salen a las 12:30, entonces me tengo que retirar. Está bien padre esto.

**ADA:** No se preocupe, al contrario, le agradecemos que nos haya acompañado, que haya podido escuchar un poco de las experiencias, y bueno, esperemos que para la próxima nos pueda acompañar todo el evento.

**ARMANDO:** Claro que sí. Como le digo que me acabo de integrar al centro de salud, lo que tengo que hacer lo estoy acomodando para que esto no pase. Esto está muy interesante, y es para nosotros retroalimentación, ahora que acudo a las pláticas de puras mujeres, a veces estamos mal en nuestras apreciaciones, es bueno reconocerlas. Agradezco también la oportunidad de hablar y estar con ustedes. Muchísimas gracias.

**TODOS:** Que le vaya bien, buen día.

**EFIGENIA:** Pues a mí me encanta que mi familia nos apoye en ese sentido. Tengo... de mis hijos nada más convivo con una hija y con mis nietos, ya son, pues están chiquitos, pero están muy avanzados mentalmente. Mi niña tiene 12 años y siempre me anda haciendo mis ensaladas. El niño es así como que más... pues esta más chiquito, tiene 10 años, es así como que más deshabitadamente en la alimentación, pero de cualquier manera ya que empieza a ver que esta la alimentación y pues ya se trata de animar. Y eso me encanta, de que pues, me estén ahí animando, que se acoplen a mi alimentación, eso me encanta. Y la niña siempre anda “no abuelita, eso no lo comas, eso te hace daño”, y eso me encanta de mi niña, que sea así. Y los demás pues, no, prácticamente no.

Desgraciadamente también tengo una hija que ya está pasando por esta enfermedad también, pero ella tiene complicación con la tiroides, y ella vive en Ecatepec, pero también siento que tiene una vida... una alimentación muy desordenada, porque pues está bien gordita, y ella si su familia desgraciadamente, a veces si son de pura calle, pura calle, pura calle, comen lo que haya, y no tienen nada de hábitos alimenticios buenos. Y pues siento que se va a denigrar más su enfermedad, más rápido, porque apenas empieza, y pues sí me preocupa. Pero le digo, su familia no coopera en ese sentido para con ella, en la alimentación, que es lo peor para nosotros los diabéticos.

**ADA:** ¿Alguien me faltó de las aspiraciones familiares?

**ELVIRA VALLE:** Pues no sé qué es eso, pero yo voy a hablar. Que cree que aquí, aquí yo creo que es un trabajo mutuo, de nosotros con los médicos, porque, por ejemplo, si nosotros no hiciéramos

lo que ellos nos dicen no avanzamos. Y aquí la verdad pues ahora sí que primero gracias a Dios, después a los médicos y a nuestra fuerza de voluntad.

**ADA:** Entonces si me equivoco me corrigen, la aspiración más importante de su familia es que todos lleguen a tener esos hábitos, ese estilo de vida que ustedes están adquiriendo hoy en día. Y que bueno, por lo que ví muchos están muy apoyados por principalmente nietos, hijos, que los apoyan, que a pesar de que están pequeños son conscientes de ustedes, de su salud y se preocupan por ustedes. Entonces, ¿alguien me quiere corregir, me faltó algo?

**ALMA:** No doctora, está muy bien.

**ADA:** Esa parte me gusto mucho, esa parte de la familia a mi me gusta mucho escucharla.

**Ahora, con nuestra comunidad,** yo se que muchos tenemos alguna dificultad, nos salimos, trabajamos más tiempo y no tenemos esa oportunidad de convivir, de estar los programas con la comunidad o así en estas pláticas. Pero si tenemos esa oportunidad o si no la tenemos, **¿qué es lo que nos gustaría mejorarlo en torno a la comunidad?** Se me ocurre, salir a hacer más grupos, así, ¿alguna aspiración que les gustaría tener para con la comunidad, los vecinos, el centro de salud?

**ALMA:** Pues es que allá en donde yo vivo doctora, casi no se presta así la gente a salir o a hacer grupos. Entonces yo cuando me enteré de este grupo del centro de salud pues me integré porque sí, pues me gustó hacer ejercicio, después de hacer el ejercicio nos enseñan a hacer ensaladas, y pues todos los jueves estoy ahí sin faltar, a menos que algún problemilla que me salga, pero yo no falto. Porque por allá por su casa donde vivo ¿qué cree? que no se presta la gente, es como más cerrada. Pero pues bueno, si hubiera algo así yo iba.

**MARÍA ELENA:** Sí, yo si tengo unos vecinos que cooperan, que son mudos, y cuando tenemos algún evento si colaboran, si están, entonces cuando hacemos, por ejemplo, una reunión de la familia o equis, o del día del niño con los niños o del 10 de mayo, los convocamos y decimos “vamos a tener esto, esto y esto”, sí acuden, o sea, si es gente que le gusta, y pues nos llevamos bien entre todos, no tenemos problemas ni nada, nadie se mete con nadie y adelante. Y sí es una buena convivencia, y eso ayuda muchísimo, porque no solo convivimos con la familia, si no con nuestra familia de vecinos y eso es bueno.

**ADA:** En la comunidad, ¿nuestras aspiraciones a nivel comunidad?

**ELVIRA VALLE:** Por ejemplo, nosotros ahí en las chinampas, igual somos una comunidad de 33 casas, pero estamos separadas, cada quien en nuestra chinampa. Igual así hacemos convivios, que créanme que después de la enfermedad, ahora sí que estuve en cada casa pidiendo perdón, diciendo que si las había yo ofendido me perdonaran, porque la verdad viviendo esta enfermedad, no, es una cosa muy fea. Y toda la gente “no, no te preocupes”. “¡Ah! Bueno, muy bien, pero de todas maneras si los ofendí discúlpenme”.

Hacemos nuestros convivios del día del niño, día de la madre, día del padre, y en los muertos fueron a ver una película allá en chinampas, llegó un colectivo. Yo pensaba que iba a poner una pantalla, dije “¿pues como la van a pasar?”, no, era en inflable, echaron aire y dijeron “que película



quieren ver". Yo decía "masacre en Texas", pero "no, tenemos Coco, no sé qué otra", "pues bueno, ya Coco", pero la verdad sí nos unimos y ayudamos entre todos.

**MARIA ELENA:** Mis sobrinos son cooperadores y ellos ponen su ofrenda en la calle cuando es el día de los muertos, y pues va mucha gente. Ellos han sido mayordomos e igual mucha gente los apoya y les da, pues por la manera de ser de uno. No debemos de ser apáticos, yo cuando era joven si era muy apática, no me juntaba con cualquiera, y pues no es bueno, hay que convivir con todos, ¿no?

**ELVIRA VALLE:** ¿En dónde pone su ofrenda? para ir a pedir calavera

**MARIA ELENA:** En circunvalación 115, es como quien dice al inicio de Xaltocan y Belén.

**ELVIRA VALLE:** ¡Ah! Que bien, vamos a ir

**MAGDALENA:** Yo en mi comunidad casi no me gusta convivir con la gente, si no luego hay personas que se meten en problemas....

**ADA:** Pero ¿qué le gustaría si fuera diferente?

**MAGDALENA:** Pues sí, poder cooperar para ir a ver, porque nosotros no tenemos muchos servicios, bueno, sí tenemos servicios, pero me gustaría otras cosas para mejorar la colonia. Pero la gente es así, es gente... ora sí, problemática, y me da tristeza, porque como me dice una vecina el otro día después de traer a mi niño de la escuela, que yo que opinaba de esa persona que había ocasionado un problema, y yo le dije, la verdad, le dije "mire, yo la verdad no voy en favor ni en contra de nadie, disculpa, no quiero problemas". Y me dijo mi hijo el mayor "qué bueno que contestó así para no meterse en problemas", entonces estuvo bien, porque sí, así son las cosas...

**ADA:** Ok, muchas gracias

**ELVIRA VALLE:** Créame doctora que a veces es muy difícil convivir entre nosotros, porque nosotros en 2019 ganamos un colectivo en secretaria cultura, que se llama amapola del sabor, y se trata de rescatar la comida xochimilca. Entonces créame que nosotros andábamos voceando, en la chinampa poníamos las trompeteas y le gritábamos a la gente, pero, por ejemplo, la gente de Xochimilco no le interesaba, decía que no. A lo mejor sí, porque los amenacé. Mejor venían de otras delegaciones de Cuajimalpa, de Azcapotzalco, de la Venustiano Carranza. Todos esos venían a tomar los talleres, y convivíamos mejor. Y toda la comida que se hacía, toda esa nos la comíamos nosotros, y luego les decíamos "llévese su toppercito", porque se preparaba para muchos. Es como dicen "aquí en Xochimilco no hay hambre", porque el más pobrecito come pollo. Y si nosotros los criamos, los buscamos, y el que nos guste lo matamos, lo desplumamos y lo comemos, y eso es lo que comemos, con sus verduritas que nosotros mismos sembramos. Entonces sí la verdad es difícil, y le digo que mejor se interesaban otras personas.

Ya en el 2020, nosotras teníamos que juntar a los alcohólicos a que fueran por la comida, porque por lo mismo que no se aceptaba gente, nosotros nos íbamos a traer a los grupos, que trajeran sus cazuelotas para que les dieran la comida. Y créame que la verdad yo en mi caso si era grosera, pero la verdad con esta enfermedad vemos y pues descubrimos que no somos nada, porque ahorita estamos y mañana quien sabe.

**ADA:** OK, de este lado me falto, ¿verdad?

**ALMA:** No, ya había dicho de mis vecinos. Lo que yo me quise expresar de que no había gente así, que para nuestra enfermedad nos juntáramos para hacer, pues para darnos recetas entre nosotras mismas...sí, el día del niño sí se juntan y todo eso, pero ya en cuestión de comunidad en nuestra enfermedad, que hay gente como usted dice, a lo mejor no sé, otros no quieren decir, les da pena, o que se yo... en ese aspecto, pues no se juntan, pero a mi si me gustaría, como usted dice, que nos abriéramos ¿no? Ya estamos en este camino. Dice la compañerita, hoy estamos mañana no, pues si yo la ví buena y no era enferma y ya se murió. Entonces, pues eso es lo que nos falta a nosotras de comunidad, abrírnos. Decir “estoy esto”, ¿porque no hacer un grupito, reunirnos a hacer ejercicio? o como le digo, unas ensaladas, una comidita, darnos rectas. Eso es lo que no hay acá. Es difícil doctora, es difícil.

**ADA:** ¿Quién me faltó? Es que ya me hice bolas.

**ALMA:** Creo que ya

**ADA:** Bueno, ya para pasar al segundo punto, antes que eso, **con los servicios de salud, ¿qué es la lo que ustedes aspiran o les gustaría?** En sus diferentes centros de salud que nos están visitando

**ALMA:** Pues yo, doctora, en el centro de salud que ahorita estamos, aspiraría... pues casi no, pues con ahorita con lo que fui me siento satisfecha, nos mandaron a unas doctoras que son unos ángeles, Dios nos las envió. Uno tiene que cooperar con ellas, bueno, hasta ahorita gracias a Dios, yo el nivel de azúcar, de que estoy la doctora a ahorita, la he llevado siempre 90-120. Entonces luego me dice “eres bien portada, si se cuida”, le digo “pues sí, de vez en cuando también me echo mi taquito, me echo esto, pero ahora si que a tratar de”. Mi mamá fue diabética, mi tía fue diabética, mi marido es diabético, mi hermano es diabético. Él tiene 20 años con la diabetes, su mamá de él dilató casi 45 años con diabetes, pero siempre fueron unas personas muy cuidadosas de su dieta. Entonces pues mire doctora, con el cuidado de los doctores, y con el caso que nosotros les hagamos sí podemos, sí podemos.

**ADA:** ¿Alguien más, con los servicios de salud?

**ELVIRA VALLE:** Doctora, pues, por ejemplo, en mi caso, pues en el centro de salud de Xochimilco no contamos con el psiquiatra, es psicólogo, y a ver doctora, sáqueme de una duda, cuando llegue al Gea yo decía que había sido por un coraje con mi hija, los doctores me dijeron que no....

**ADA:** Es un conjunto, es algo que ya traíamos y a lo mejor nos dimos cuenta porque eso funcionó como un detonante, pero era algo que ya traíamos

**ELVIRA VALLE:** Fíjese, yo lo veía con el tío Chopes, el señor de la isla de las muñecas. La verdad mi tío tomaba, comía bien y todo, y créame que nunca pensó que tuviera la enfermedad. Llegó a los análisis y ahí quedó, tenía 500 de azúcar. Es que antes esta enfermedad hasta daba pena decirla porque la gente nos veía feo.

**ADA:** Alguien más con el centro de salud ¿qué es lo que les gustaría?

**ELVIRA AGUILAR:** A mí me gustaría que en mi centro de salud hubiera servicio de laboratorio y medicamentos, porque no hay.

**ADA:** ¿Alguien más?

**MARIA ELENA:** A mí me gustaría que sí hubiera médico internista, aunque no estuviera de base, o que nos mandaran a un hospital que en verdad lo hubiera y nos atendiera. Porque nos mandan y luego ya llega uno y no hay. Mi hermana fue al angiólogo, estaba muy mal, y la mandaron al Belisario Domínguez, y no hay angiólogo. Entonces nada más fue pérdida de tiempo, perdida de mucho dinero, porque se fue al Belisario y luego del Belisario se fue al Gea González, tampoco la atendieron. En el Gea González la mandaron al Hospital General... bueno, se hizo un relajo, se perdió todo el día, estábamos muy preocupados. Entonces que en verdad nos manden a un lugar donde haya los especialistas, que los haya. Porque a veces la economía no alcanza, entonces eso es.

Ahorita estaban mandando a las mastografías, y no, ya va uno y que no están los aparatos, que no funcionan, entonces es perdida de tiempo. Yo trabajo y mi tiempo es limitado, tengo que andar para acá, para allá, y no puedo estar yendo una vez y otra. Se vence el pase y ya no hay, ya no sirve. Hay que volver de nuevo al mismo proceso. Entonces ese es mi inconveniente. Que manden a donde si haya el especialista.

#### **\*NOTA DE LA RELATORA\***

*Aspiraciones respecto a:*

##### **1. Lo personal: Tener años de vida de calidad, vivir como si no la tuviera**

- a. *“tener una mejor calidad de vida, vivir pues más tranquila”*
- b. *“estoy viva [...], que siga yo viviendo”*
- c. *“para que uno esté tranquilo con la enfermedad o tratar de alivianarla”*
- d. *“y pues no quisiera la verdad llegar a ese caso, es muy denigrante”*
- e. *“Yo no quiero depender de nadie, yo quiero depender de mí.”*
- f. *“la estoy controlando gracias a Dios, de que llegué con la doctora a aquí mi azúcar ha estado en 100, 90, 100, 90, y ahora si que tomar las riendas”*
- g. *“es que no, no estoy enferma, yo estoy buena, ¡yo estoy buena y yo estoy buena! Yo no tengo nada”.*
- h. *“que nos animáramos a pensar que estamos sanos aun teniendo a la enfermedad para poderla sobrellevar”*
- i. *“encontrar esa forma de llevarlo con dignidad también, de hacerlo con dignidad.”*

##### **2. Nuestra familia: Que todos compartan los hábitos y el estilo de vida, que no pasen por la enfermedad. Que haya apoyo y comprensión.**

- a. *“es muy denigrante verlo como siendo el más chico de la familia ya está pasando esta situación.”*
- b. *“sentí hermoso porque pues se está preocupando por ella”*
- c. *“aquí cuenta mucho el apoyo de nuestras familias.”*
- d. *“enseñar a la familia que también tiene que comer sano”*
- e. *“tener esa unión de familia, para decir, bueno, está bien, vamos a intentar cambiar esto” o, “vamos a intentar bajarle a tal cosa”. siempre la comprensión, y que no vean su enfermedad como algo malo”*

- f. *“Y pues siento que se va a denigrar más su enfermedad, más rápido, porque apenas empieza, y pues sí me preocupa. Pero le digo, su familia no coopera en ese sentido para con ella, en la alimentación, que es lo peor para nosotros los diabéticos”*
- g. *“están “¿cómo te sientes?, ¿vamos al médico?, ¿te sientes mejor?”, o sea, están muy al pendiente, y pues eso me gusta, que me mimen. Eso es lo bonito para mí.”*

**3. Nuestra comunidad: hacer más grupos de apoyo para motivarse y retroalimentarse**

- a. *“es para nosotros retroalimentación, ahora que acudo a las pláticas de puras mujeres, a veces estamos mal en nuestras apreciaciones, es bueno reconocerlas.”*
- b. *“casi no se presta así la gente a salir o a hacer grupos.”*
- c. *“la gente de Xochimilco no le interesaba”*
- d. *“Dice la compañerita, hoy estamos mañana no, pues si yo la ví buena y no era enferma y ya se murió. Entonces, pues eso es lo que nos falta a nosotras de comunidad, abrimos. Decir <estoy esto>”*
- e. *“Es que antes esta enfermedad hasta daba pena decirla porque la gente nos veía feo.”*

**4. Los servicios de salud: contar con todos los servicios, que exista organización para una más eficiente**

- a. *“no contamos con el psiquiatra, es psicólogo”*
- b. *“que en mi centro de salud hubiera servicio de laboratorio y medicamentos, porque no hay.”*
- c. *“que sí hubiera médico internista, aunque no estuviera de base, o que nos mandaran a un hospital que en verdad lo hubiera y nos atendiera”*
- d. *“ya va uno y que no están los aparatos, que no funcionan, entonces es pérdida de tiempo. [...] Se vence el pase y ya no hay, ya no sirve. Hay que volver de nuevo al mismo proceso.”*

**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.**

**ADA:** Bueno, ya nos comió el tiempo, deberíamos haber ido más rápido pero bueno. Me gustaría cerrar con esta pregunta entonces. Este... nos faltó mucho, pero aquí esta pregunta que viene si es muy importante: **Desde el diagnóstico de su enfermedad, ¿cómo fue?, ¿cuál fue esa vivencia?, ¿cómo fue esa vivencia de cuando les diagnosticaron la enfermedad que tienen?**

**MAGDALENA:** Pues la verdad, cuando supe que tenía la enfermedad lo tome con calma, cuando llegue a mi casa y estaba yo sola me puse a llorar de tristeza, porque estoy sola y tengo que hacerle ganas para ir adelante, porque el mundo no ser va acabar nada más por esto, le pedía a Dios por fuerza, y ya tengo 27 años con la enfermedad, gracias a Dios.

**ADA:** perdón, va a ser, cómo fue ese momento, y el mejor momento que hayan vivido con la enfermedad. ¿Algún momento bueno o el mejor?

**MAGDALENA:** Sí, que Dios me ha dado 36 años de casada, mi niño es muy bueno y tiene muy buenos deseos, por mis hijos y mi esposo le doy ganas a Dios, viviere eternamente agradecida.

**PILAR:** Pues yo tengo 10 viviendo con la enfermedad. Pero la verdad, cuando me entere dije “¿cómo, si no me siento mal? Y fui al centro de salud cuando empecé a formar la metformina y el bezafibrato me dolía mi horrible la cabeza, y yo dije “¡ay! Si supuestamente es para que me sienta mejor, ¿por qué estoy tomando un medicamento que me hace sentir mal?” y ya no me lo tomé. Hasta hace como 8 meses me empecé a sentir mal fue cuando ya fui al doctor y ahora si ya me tomo mi medicamento, ya me pongo la insulina. Ahora si ya me tomo el medicamento como es, que anteriormente decía “no, es que no me siento mal. Sí tengo diabetes, pero no tengo ningún síntoma” y pues el medicamento en lugar de curarme me duele muchísimo, al agacharme sentía que se me caía la cabeza.

Y para mí lo bonito, en mi caso, que mis hijos siempre están al pendiente de mí. Ahorita están apenas me duele y están “¿cómo te sientes?, ¿vamos al médico?, ¿te sientes mejor?”, o sea, están muy al pendiente, y pues eso me gusta, que me mimen. Eso es lo bonito para mí.

**TERESA:** Yo lo tome como que me echaron una cubeta de agua fría, hubo un tiempo que ya la verdad yo estaba muy avanzada y gracias a un tratamiento que me están dando es como estoy bien, y pues que me cuida mucho mi esposo, mis hijos. Y ante todo, que cuando me van poner mi tratamiento siempre hay alguien a mi lado, mi esposo y mi hija, eso es lo más que me siento bien. Y digo “¡ay, no! La verdad debo de ganar”

**MARÍA ELENA:** Pues sí es algo que brindar apoyo, o sea, no solo a nosotros mismos sino también a los demás. Mi hermana también estaba muy mal, entonces ella no quería ir, hace poquito le acaba de dar otra crisis, y estaba mal y yo estaba “vámonos”, y ella “no, no voy, es que me siento mal, estoy candada, tengo que ver a mis nietos y que no se qué”. Y le digo “bueno, pues yo ya me voy, si quieres ir vas, si no pues no vayas”. Y ahora que me pusieron la insulina pues yo me sentía así, me cayó como que yo no me la quería poner. Y luego dije de todos modos si me hace falta me la tengo que poner, y me dice, mi hermana sabe inyectar, y luego me dice, pues yo te la pongo, tu no te preocupes, a ti que no te de miedo, yo te la voy a poner. Y luego me dice mi sobrina “sí tía, usted no tenga miedo, yo se la voy a poner, usted tranquila y vamos a salir adelante”. Y ya luego en las mañanas ella esta sola, yo estoy sola, se van todos a trabajar, y yo pues tengo que hacer la comida y tengo que andar porque voy yo también a trabajar en la tarde. Y ya luego me decía mi hermano, “¿no quieres algo?”, le decía yo “no, no tengo hambre, que tal si como y me vaya a poner otra vez mal o me vaya a pasar algo”, “no, pues te va a pasar porque no comes”. Entonces como que uno se resiste, y pues, cuesta trabajo aceptarlo, y ya de ahora llega mi sobrina en la noche y me dice “ándeale”. Y luego yo estoy ahí durmiendo y eso y mi hijo me dice “ya vente” y le digo “no, ahorita me van a poner mi insulina”, “yo te la pongo”, le digo “no, jaja”. Pero pues si es un apoyo el que me han brindado también, y yo a mi hermana y ella a mí, se hizo algo mutuo el apoyo entra una y otra. Y eso pues yo lo deseo también, si no nos animamos nosotras pues ya nos ayuda la otra a salir a delante.

**EFIGENIA:** Pues yo cuando supe que me había dado fue también a raíz de un coraje que hice con mi pareja, y no, pues yo si me deprimí muy feo porque como en 15 días bajé 20 kg. No, pues cuando yo salía a la calle... yo tenía un negocio, y pues la gente cuando me veía en la calle: “¡qué te pasó!”. ¡Ay, no! Pues si deprimen a uno más. “¡Oye, que tienes!” ¡Ay, no!, yo me sentía fatal, fatal, y duré un tiempo si duré así muy deprimida, porque la misma gente nos...

**MAESTRA SILVIA:** Ahorita seguimos, porque ya esta lloviendo y ya está más fuerte, vénganse...

Debido al tiempo limitado nuestro grupo pequeño no logró terminar todos los rubros originalmente planteados. Posterior a las discusiones en grupos pequeños se procedió a realizar una asamblea en conjunto donde cada equipo compartió sus experiencias y conclusiones.

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

Este modulo del diplomado se cursó simultáneamente a los otros a lo largo del año. Consistió en la presentación y discusión de diversos casos clínicos, revisando el contexto de cada paciente, sus aspiraciones y fortalezas, y sugiriendo cambios posibles para mejorar la aplicación del modelo en su abordaje. En las sesiones posteriores a cada caso, según la problemática expuesta, se profundizó en las áreas de oportunidad encontradas.

Los primeros temas revisados en este módulo fueron los estándares de atención para la hipertensión (AHA 2017) y para la diabetes (ADA 2023, IDF), donde se revisó la última evidencia en estos temas. Fue hasta el mes de mayo cuando se presentó el primer caso clínico: la señora A.S.G., mujer en la sexta década de la vida, quien padece diabetes mellitus, dislipidemia, hipertensión arterial y trastorno de ansiedad generalizada. Durante a la presentación de este caso se noto la importancia del abordaje de emociones en la consulta médica, por lo que las siguientes sesiones se relacionaron abordando los temas “empatía” y “salud psicoemocional”

Debido a la preparación para encuentro de personas con enfermedades crónicas realizado en junio, el siguiente caso fue presentado hasta el mes de julio. Este se trató de la paciente M.E.V.S., mujer de 67 años con antecedentes de diabetes, hipertensión y enfermedad renal crónica. El gran dilema abordado en este caso fue el rechazo de la paciente a la terapia sustitutiva de la función renal, por lo que las siguientes reuniones se enfocaron a ejercicios de comunicación para la atención centrada en la persona. Recordamos la importancia de entrevistar correctamente a las personas a las que atendemos para entenderlas y dar una verdadera atención centrada en la persona.

Del caso siguiente los temas que se notaron relevantes abordar fueron el tratamiento farmacológico oral para la diabetes mellitus, así como otra de las guías para el manejo de la hipertensión arterial (SEH 2023). También tuvimos la oportunidad de tener un taller de manejo de insulinas dirigido por la doctora Amparo Martínez.

A partir de noviembre, en las clases dedicadas a este módulo, se inició la dinámica de formar equipos pequeños y buscar nuevos abordajes para diversos casos proporcionados al inicio de la sesión (provenientes de registros de pacientes del programa). En primer lugar, en grupos se discutieron los diversos casos para proponer nuevas soluciones o mejoras en el abordaje de cada caso. La segunda parte de la dinámica consistió en elegir un equipo para la presentación de cada uno de los casos del día, exponiendo las sugerencias y siendo retroalimentados por el resto del auditorio.

En este modulo se tuvo la oportunidad de compartir, preguntar y recibir retroalimentación sobre la forma de atención que estuvimos aplicando cada uno con nuestros pacientes, teniendo así la oportunidad de detectar errores, buenas ideas y áreas de crecimiento en nuestra práctica clínica.

## Conclusiones

La implementación del modelo expandido de cuidados crónicos a nivel Secretaría de Salud, una institución con un importante papel en el cuidado de la población mexicana, es un gran avance para la prevención y mejora de la calidad de vida del número cada vez mayor de personas que deben vivir con enfermedades crónicas. Este modelo es impresionante porque permite no solo el manejo de padecimientos, sino el empoderamiento de los pacientes y una mejora en su calidad de vida, incluyendo aspectos fuera de lo meramente biológico. Además, nos permite a los médicos que intentamos practicarlo recordar nuestra humanidad y crecer como personas de la mano de nuestros pacientes.

Me parece que la aplicación del modelo de crónicos en los sistemas de salud pública permite una experiencia más amena de lo que sería en un medio privado, porque nos exige buscar soluciones realistas al contexto en el que vive la mayor parte de la población, facilita buscar el bienestar de las personas sin segundas intenciones; además, permite un mayor alcance de este por el número de personas que acuden a los centros de salud.

Sin embargo, creo que aún falta mucho para que este proyecto (en secretaría de salud y con pasantes) pueda funcionar satisfactoriamente, existen retos que debemos superar cada día como nuevos médicos (afrontar la nueva de responsabilidad y necesidad de decisión para dirigir nuestra propia consulta, el abordaje emocional del paciente, el aprendizaje día de la aplicación de la medicina basada en evidencia) además de las limitaciones de los centros de salud en cuanto tiempo disponible por consulta y la escases de medicamentos.

Por esto último me ha parecido esencial cursar el diplomado de atención centrada en la persona, no solo porque nos explica como implementar una buena y eficaz practica medica, sino porque nos proporciona un apoyo y retroalimentación constante en nuestras primeras experiencias como médicos independientes. Creo que este fue un año de grandes retos, pero también gran aprendizaje, sé que donde quiera que trabaje este modelo será aplicable para mis futuros pacientes.

Los pacientes crónicos deben verse integralmente, es esencial entenderlos como la persona completa que son y todo su contexto. Vivir con salud y calidad, sin percibir a nuestro cuerpo como un enemigo es algo que todos queremos, los pacientes con enfermedades crónicas lo entienden mejor porque sienten que lo han perdido. Ver y experimentar estos sentimientos junto con nuestros pacientes, nos llama a revalorar la salud y entender los todos los aspectos que la conforman. En mi opinión la atención centrada a la persona, y también el modelo de crónicos (por la prevalencia de estas enfermedades), deberían ser un tema abordado desde nuestra etapa inicial de formación. He entendido que ejercer medicina es un proceso de prueba y error, que no podemos saberlo todo y que cada día, y de cada persona y situación se puede aprender algo nuevo. El reto es mantener la visión en la persona a pesar de la rutina y los malos tratos que nos pueda dar el tiempo. Agradezco poder concluir mi carrera con este aprendizaje.

## Referencias bibliográficas

1. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q.* 2003;7(1):73-82. doi: 10.12927/hcq.2003.16763
2. The King's Fund. Edward Wagner: The chronic care model and integrated care [video en internet]. Youtube. 20 ene 2014. [Citado enero 2024]. Disponible en: [https://youtu.be/K-z6HjRkKSc?si=rfz\\_95F2Gb8H3gZV](https://youtu.be/K-z6HjRkKSc?si=rfz_95F2Gb8H3gZV)
3. Siwek J. Evidence-Based Medicine: Common Misconceptions, Barriers, and Practical Solutions. *Am Fam Physician.* 2018;98(6):343-344.
4. Shyong TE, Wei YT. Person-centred care in diabetes: what si it based on and does it work? *SFP2020;* 46(7): 11-5. <https://doi.org/10.33591/sfp.46.7.u2>



# Anexos

## INFORMES TRIMESTRALES

Primer Informe. Febrero 2023 – Abril 2023



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Lineamientos de Servicio Social de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

### VII.- FORMATOS DE INFORME DE ACTIVIDADES POR CARRERA

#### INFORME TRIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE MEDICINA

##### 1.- IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:	Marra Ximena Arias Padilla
CARRERA:	Medicina
ESCUELA DE PROCEDENCIA:	UAM Xochimilco
PROMOCIÓN:	Febrero 2023
UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN SANITARIA:	CST II San Mateo Xalpa, Jurisdicción Xochimilco
PERIODO QUE REPORTA:	01/02/2023 al 30/04/2023
FECHA DE ENTREGA:	18/05/23

##### 2.- SESIONES ACADÉMICAS

ACTIVIDAD	
SEDE DE LA SESIÓN	CST II San Mateo Xalpa
NÚMERO DE SESIONES A LAS QUE ASISTIÓ	10
PARTICIPÓ EN CAPACITACIÓN AL PERSONAL DENTRO DE LA UNIDAD	(INDICAR NÚMERO DE PARTICIPACIONES) 0
PARTICIPÓ COMO PONENTE (NOMBRE DE LA PONENTIA)	(INDICAR NÚMERO DE PARTICIPACIONES COMO PONENTE Y NOMBRE DE LAS PONENTIAS)

##### 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
CAMPANA ANTIRRÁBICA CANINA		X
PARTICIPACIÓN EN CERCOS EPIDEMIOLÓGICOS (ESPECIFICAR NÚMERO Y CAUSA)		X
ELABORACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO (ESPECIFICAR DE QUE TIPO)		X
PLÁTICAS EDUCATIVAS (ESPECIFICAR NÚMERO)	X 1	
OTROS	X Feria (3)	



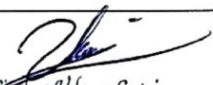



4.- ACTIVIDADES DE MÓDULO

ACTIVIDAD	NUMERO	OBSERVACIONES
CONSULTAS DE PRIMERA VEZ	65	
CONSULTAS SUBSECUENTES	217	
HISTORIAS CLÍNICAS	8	
DETECCIÓN DIABETES	40	
DETECCIÓN CACU (NO. DE CITOLOGIAS REALIZADAS)	1	
DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA	5	
DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	40	
DETECCIÓN ADICCIONES	3	
DETECCIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR	1	
ATENCIÓN PRENATAL	30	
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	2	
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	80	
CONTROL DEL NIÑO SANO	15	
CERTIFICADOS MÉDICOS	1	
OTROS		

INDICADOR DE TUTORIA

TOTAL, DE CONSULTAS CON TUTOR.	224	
TOTAL, DE CONSULTAS SIN TUTOR	45	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

 Lic. Cynthia Velasco Coquis SOPORTE ADMINISTRATIVO JEFE DE UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA O DIRECTOR DE HOSPITAL	RESPONSABLE DE ENSEÑANZA O JEFA DE ENSEÑANZA DE HOSPITAL
  MÉDICO CIRUJANO Ced. Prof. 11899105 TUTOR	 Maria Ximena Arias Padilla NOMBRE DEL PASANTE

Área de Enseñanza

SECRETARÍA DE SALUD - SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE  
 CIUDAD DE MÉXICO JURISDICCIÓN SANITARIA XOCUMIL  
 C.S.T.-II SAN MATEO XALF  
 ADMINISTRACIÓN  
 Carr. Xochimilco Topilete s/n. Esq. con Temoc C  
 C.P. 06700, México, D.F. Tel. 56 23 10 00 Ext. 788.



VII.- FORMATOS DE INFORME DE ACTIVIDADES POR CARRERA

INFORME TRIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE MEDICINA

1.- IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:	Maria Ximena Arias Padilla
CARRERA:	Medicina
ESCUELA DE PROCEDENCIA	Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco
PROMOCIÓN	Febrero 2023
UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN SANITARIA	CST-11 San Mateo Xalpa
PERIODO QUE REPORTA:	01/05/2023 al 31/07/2023
FECHA DE ENTREGA:	02/08/2023

2.- SESIONES ACADÉMICAS

ACTIVIDAD	
SEDE DE LA SESIÓN	CST-11 San Mateo Xalpa
NÚMERO DE SESIONES A LAS QUE ASISTIÓ	8
PARTICIPÓ EN CAPACITACIÓN AL PERSONAL DENTRO DE LA UNIDAD	(INDICAR NÚMERO DE PARTICIPACIONES) 1
PARTICIPÓ COMO PONENTE (NOMBRE DE LA PONENTIA)	(INDICAR NÚMERO DE PARTICIPACIONES COMO PONENTE Y NOMBRE DE LAS PONENTIAS) 1. Anticoncepción post-evento obstétrico (APCO)

3.- ACTIVIDADES DE CAMPO

ACTIVIDAD	SI	NO
PRIMERA JORNADA NACIONAL DE SALUD (FEBRERO)		
SEGUNDA JORNADA NACIONAL DE SALUD (MAYO)	X	
TERCERA JORNADA NACIONAL DE SALUD (OCTUBRE)		X
CAMPANA ANTIRRÁBICA CANINA	X (8/07/2023)	
PARTICIPACIÓN EN CERCOS EPIDEMIOLÓGICOS (ESPECIFICAR NÚMERO Y CAUSA)		X
ELABORACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO (ESPECIFICAR DE QUE TIPO)	Perifoneo - campaña volcánica mural - día mundial medio ambiente (4) - día mundial bicicleta - ETS (sífilis/vih/ hepatitis c)	
PLÁTICAS EDUCATIVAS (ESPECIFICAR NÚMERO)	X - aborto seguro - saneamiento básico (agua) - cepi	
OTROS		



4.- ACTIVIDADES DE MÓDULO

ACTIVIDAD	NUMERO	OBSERVACIONES
CONSULTAS DE PRIMERA VEZ	22	
CONSULTAS SUBSECUENTES	122	
HISTORIAS CLÍNICAS	10	
DETECCIÓN DIABETES	20	
DETECCIÓN CACU (NO. DE CITOLOGIAS REALIZADAS)	1	
DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA	7	
DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	20	
DETECCIÓN ADICCIONES	2	
DETECCIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR	1	
ATENCIÓN PRENATAL	20	
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	8	
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	50	
CONTROL DEL NIÑO SANO	10	
CERTIFICADOS MÉDICOS	1	
OTROS		

INDICADOR DE TUTORIA

TOTAL, DE CONSULTAS CON TUTOR	93
TOTAL, DE CONSULTAS SIN TUTOR	51

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
 JURISDICCIÓN SANITARIA XOCHIMILCO

**SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA**  
 TEL. 5038-1700 EXT. 7805

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

 <b>Dra. Danae Juárez Carbajal</b> Jefa de Unidad de Atención Médica Céd. Esp. 11827251 <b>JEFE DE UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA          O DIRECTOR DE HOSPITAL</b>	 JURISDICCIÓN SANITARIA XOCHIMILCO <b>MISSEDIA SILVIA GONZÁLEZ ARELLANO</b> JEFA DE ENSEÑANZA, CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN <b>RESPONSABLE DE ENSEÑANZA          O JEFA DE ENSEÑANZA DE HOSPITAL</b>
 <b>Dr. Alan Y. Sánchez Sibis</b> MÉDICO CIRUJANO Céd. Prof. 11899105 <b>TUTOR</b>	 <b>María Ximena Arias Pedilla</b> <b>NOMBRE DEL PASANTE</b>

Área de Enseñanza

SECRETARÍA DE SALUD, SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, JURISDICCIÓN SANITARIA XOCHIMILCO  
**S.S.T. II SAN PATEO XALPA**  
**DIRECCIÓN**  
 4700 Xochimilco Topilejo s/n Esq. Cuauhtémoc Col. San Mateo  
 P.O. Box C.P. 16630 Tel. 5038 47000

**VII.- FORMATOS DE INFORME DE ACTIVIDADES POR CARRERA**

**INFORME TRIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**1.- IDENTIFICACIÓN**

NOMBRE:	Maria Ximena Arias Padilla
CARRERA:	Medicina
ESCUELA DE PROCEDENCIA	Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco
PROMOCIÓN	Febrero 2023
UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN SANITARIA	CST II San Mateo Xalpa
PERIODO QUE REPORTA:	01/08/2023 al 31/10/2023
FECHA DE ENTREGA:	

**2.- SESIONES ACADÉMICAS**

ACTIVIDAD	
SEDE DE LA SESIÓN	CST II San Mateo Xalpa
NÚMERO DE SESIONES A LAS QUE ASISTIÓ	10
PARTICIPÓ EN CAPACITACIÓN AL PERSONAL DENTRO DE LA UNIDAD	(INDICAR NÚMERO DE PARTICIPACIONES)
PARTICIPÓ COMO PONENTE (NOMBRE DE LA PONENTIA)	(INDICAR NÚMERO DE PARTICIPACIONES COMO PONENTE Y NOMBRE DE LAS PONENTIAS)

**3.- ACTIVIDADES DE CAMPO**

ACTIVIDAD	SI	NO
PRIMERA JORNADA NACIONAL DE SALUD (FEBRERO)		
SEGUNDA JORNADA NACIONAL DE SALUD (MAYO)		
TERCERA JORNADA NACIONAL DE SALUD (OCTUBRE)	-	
CAMPAÑA ANTIRRÁBICA CANINA	-	
PARTICIPACIÓN EN CERCOS EPIDEMIOLÓGICOS (ESPECIFICAR NÚMERO Y CAUSA)		X
ELABORACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO (ESPECIFICAR DE QUE TIPO)		X
PLÁTICAS EDUCATIVAS (ESPECIFICAR NÚMERO)	X 2	
OTROS	Servicios amigables Secundaria 180 (28/09/23), Feria del bienestar San Lorenzo Atomeoaya (diciembre)	



4.- ACTIVIDADES DE MÓDULO

ACTIVIDAD	NÚMERO	OBSERVACIONES
CONSULTAS DE PRIMERA VEZ	30	
CONSULTAS SUBSECUENTES	321	
HISTORIAS CLÍNICAS	10	
DETECCIÓN DIABETES	80	
DETECCIÓN CACU (NO. DE CITOLOGÍAS REALIZADAS)	5	
DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA	5	
DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	80	
DETECCIÓN ADICCIONES	5	
DETECCIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR	1	
ATENCIÓN PRENATAL	19	
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	2	
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	12	
CONTROL DEL NIÑO SANO	10	
CERTIFICADOS MÉDICOS	14	
OTROS		

INDICADOR DE TUTORIA

TOTAL, DE CONSULTAS CON TUTOR.	118	
TOTAL, DE CONSULTAS SIN TUTOR	233	

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD, SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO JURISDICCIÓN SANITARIA XOCHIMILCO

C.S.T. - I SANITARIA XOCHIMILCO

**DIRECCIÓN**

Carr. Xochimilco Tepicjepe s/n. Xalpa C.P. 16577

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO JURISDICCIÓN SANITARIA XOCHIMILCO

**DIRECCIÓN**

RESPONSABLE DE ENSEÑANZA  
TEL. 55 338 1100 EXT. 1002  
O JEFA DE ENSEÑANZA DE HOSPITAL

<p><i>Dra. Danae Juárez Carbajal</i> Jefa de Unidad de Atención Médica Céd. Esp. 21827251</p> <p><i>Danae Juárez Carbajal</i></p> <p><b>JEFE DE UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA O DIRECTOR DE HOSPITAL</b></p>	<p><i>Dr. Alan Yishai Camacho</i> Sabás Médico Cirujano Céd. Prof. 11899105</p> <p><b>TUTOR</b></p>
<p><i>Maria Ximera Arias Padilla</i></p> <p><b>Maria Ximera Arias Padilla</b> <b>NOMBRE DEL PASANTE</b></p>	



VII.- FORMATOS DE INFORME DE ACTIVIDADES POR CARRERA

INFORME TRIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE MEDICINA

1.- IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:	María Ximena Arias Padilla
CARRERA:	Medicina
ESCUELA DE PROCEDENCIA	Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco
PROMOCIÓN	Febrero 2023
UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN SANITARIA	CST II San Mateo Xalpa
PERIODO QUE REPORTA:	1ro noviembre 2023 a 31 de enero 2024
FECHA DE ENTREGA:	

2.- SESIONES ACADÉMICAS

ACTIVIDAD	
SEDE DE LA SESIÓN	CST II San Mateo Xalpa ; Teatro Carlos Pelliteri
NÚMERO DE SESIONES A LAS QUE ASISTIÓ	5 1 (30/11/23)
PARTICIPÓ EN CAPACITACIÓN AL PERSONAL DENTRO DE LA UNIDAD	(INDICAR NÚMERO DE PARTICIPACIONES) 0
PARTICIPÓ COMO PONENTE (NOMBRE DE LA PONENTIA)	(INDICAR NÚMERO DE PARTICIPACIONES COMO PONENTE Y NOMBRE DE LAS PONENTIAS) 0

3.- ACTIVIDADES DE CAMPO

ACTIVIDAD	SI	NO
PRIMERA JORNADA NACIONAL DE SALUD (FEBRERO)		
SEGUNDA JORNADA NACIONAL DE SALUD (MAYO)		
TERCERA JORNADA NACIONAL DE SALUD (OCTUBRE)	X	
CAMPAÑA ANTIRRÁBICA CANINA	X 12/11/23	
PARTICIPACIÓN EN CERCOS EPIDEMIOLÓGICOS (ESPECIFICAR NÚMERO Y CAUSA)		
ELABORACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO (ESPECIFICAR DE QUE TIPO)	Día mundial lucha contra el SIDA (video)	
PLÁTICAS EDUCATIVAS (ESPECIFICAR NÚMERO)	5 - Prevención carías (SCTI) - E.D.B.S (COCINELA) - C.T.S. (Intervenciones) - Seguridad vial (COMUNAL)	- VPH (semanas 224)
OTROS	Feria (determines) Jardines de Huayabasca (24/01/24)	



4.- ACTIVIDADES DE MÓDULO

ACTIVIDAD	NUMERO	OBSERVACIONES
CONSULTAS DE PRIMERA VEZ	66	
CONSULTAS SUBSECUENTES	167	
HISTORIAS CLÍNICAS	5	
DETECCIÓN DIABETES	38	
DETECCIÓN CACU (NO. DE CITOLOGÍAS REALIZADAS)	Ø	
DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA	Ø	
DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	38	
DETECCIÓN ADICCIONES	Ø	
DETECCIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR	Ø	
ATENCIÓN PRENATAL	9	
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	1	
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	Ø	
CONTROL DEL NIÑO SANO	1	
CERTIFICADOS MÉDICOS	Ø	
OTROS		

INDICADOR DE TUTORIA

TOTAL, DE CONSULTAS CON TUTOR.	59	
TOTAL, DE CONSULTAS SIN TUTOR	174	

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

**NOMBRE, FIRMA Y SELLO**

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
JURISDICCIÓN SANITARIA XOCHIMILCO

SECRETARÍA DE SALUD, SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO JURISDICCIÓN SANITARIA XOCHIMILCO  
C.S.T.-II SAN MATEO XALPA  
**DIRECCIÓN**  
Carr. Xochimilco Topilejo s/n Eje Cuauhtémoc Col. San Mateo  
C.P. 1661-2, Tel. 5039-1700 Ext. 7849

<p style="text-align: center;">SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA 039-1700 EXT. 7805</p> <p style="text-align: center;">Dra. Danae Juárez Carbajal Jefa de Unidad de Atención Médica Céd. Esp. 11827251</p> <p style="text-align: center;"><i>[Firma]</i></p> <p style="text-align: center;"><b>JEFE DE UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA O DIRECTOR DE HOSPITAL</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>RESPONSABLE DE ENSEÑANZA O JEFA DE ENSEÑANZA DE HOSPITAL</b></p>
<p style="text-align: center;">Dr. Alan Yishai Camacho Sabdo Médico Cirujano Céd. Prof. 11899105</p> <p style="text-align: center;"><b>TUTOR</b></p>	<p style="text-align: center;"><i>[Firma]</i></p> <p style="text-align: center;">María Ximena Arias Padilla</p> <p style="text-align: center;"><b>NOMBRE DEL PASANTE</b></p>



**VII.- FORMATOS DE INFORME DE ACTIVIDADES POR CARRERA**

**INFORME TRIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**1.- IDENTIFICACIÓN**

NOMBRE:	Maria Ximena Arias Padilla
CARRERA:	Medicina
ESCUELA DE PROCEDENCIA:	Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco
PROMOCIÓN:	Febrero 2023 - Enero 2024
UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN SANITARIA:	CST II San Mateo Xalpa
PERIODO QUE REPORTA:	Reporte Final (1/02/2023 al 31/01/2024)
FECHA DE ENTREGA:	

**2.- SESIONES ACADÉMICAS**

ACTIVIDAD	
SEDE DE LA SESIÓN	CST II San Mateo Xalpa
NUMERO DE SESIONES A LAS QUE ASISTIÓ	33
PARTICIPÓ EN CAPACITACIÓN AL PERSONAL DENTRO DE LA UNIDAD	(INDICAR NUMERO DE PARTICIPACIONES) 1
PARTICIPÓ COMO PONENTE (NOMBRE DE LA PONENTIA)	(INDICAR NUMERO DE PARTICIPACIONES COMO PONENTE Y NOMBRE DE LAS PONENTIAS) Anticoncepción post-coito estadístico (APCO)

**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 ANTIRRÁBICA CANINA	X 08/07/2023 y 12/11/2023	
PARTICIPACIÓN EN CERCOS EPIDEMIOLÓGICOS (ESPECIFICAR NUMERO Y CAUSA)		X
ELABORACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO (ESPECIFICAR DE QUE TIPO)	Perifoneo mural: 6 Video: 1	
PLÁTICAS EDUCATIVAS (ESPECIFICAR NUMERO)	10	
OTROS	Ferias de detección: 5	

4.- ACTIVIDADES DE MÓDULO

ACTIVIDAD	NUMERO	OBSERVACIONES
CONSULTAS DE PRIMERA VEZ	183	
CONSULTAS SUBSECUENTES	814	
HISTORIAS CLÍNICAS	33	
DETECCIÓN DIABETES	178	
DETECCIÓN GAGU (NO. DE CITOLOGÍAS REALIZADAS)	7	
DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA	17	
DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	178	
DETECCIÓN ADICIONES	10	
DETECCIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR	3	
ATENCIÓN PRENATAL	78	
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	5	
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	142	
CONTROL DEL NIÑO SANO	36	
CERTIFICADOS MÉDICOS	16	
OTROS		

INDICADOR DE TUTORIA

TOTAL, DE CONSULTAS CON TUTOR	494	
TOTAL, DE CONSULTAS SIN TUTOR	503	

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
SECRETARÍA DE SALUD, SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO JURISDICCIÓN SANITARIA XOCHIMILCO  
C.S.T.-II SAN MATEO XALPA  
DIRECCIÓN  
Carr. Xochimilco Topileyo s/n Esq. Cuauhtémoc Col. San Mateo Xalpa, C.P. 56200, Tel. 5620-1700 Ext. 7805

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA  
JURISDICCIÓN SANITARIA XOCHIMILCO  
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA  
NOMBRE, FIRMA Y SELLO

<p><i>Dra. Danae Juárez Carbajal</i> Jefa de Unidad de Atención Médica Céd. Esp. 11827251</p> <p><i>Danae Juárez Carbajal</i> JEFE DE UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA O DIRECTOR DE HOSPITAL</p>	<p><i>[Firma]</i> RESPONSABLE DE ENSEÑANZA O JEFE DE ENSEÑANZA DE HOSPITAL</p>
<p><i>Dr. Alan Yshai Camacho Sabás</i> Médico Cirujano, A.C. Céd. Prof. 11899105</p> <p>TUTOR</p>	<p><i>[Firma]</i> María Ximera Arias Padilla NOMBRE DEL PASANTE</p>

# PREVENCIÓN DE CAIDAS

EN LOS **ADULTOS MAYORES** DISMINUYE LA FUERZA, VISIÓN, AUDICIÓN Y EQUILIBRIO POR LO TANTO, TIENEN **MAYOR RIESGO DE CAÍDAS Y MAYOR RIESGO FRACTURAS** (COLUMNA, CADERA, MUÑECA)



## ¿COMO PODEMOS AYUDAR A EVITAR LAS CAIDAS ?

EJERCICIOS DE FUERZA Y ELASTICIDAD

CORRECTA ALIMENTACIÓN



USO DE LENTES BUENA ILUMINACIÓN



CALZADO ADECUADO PISO LIBRE DE OBSTÁCULOS ESCALERAS CON BARANDAL



### USO CORRECTO DEL BASTON

- Tomar del lado contrario a extremidad afectada
- Mango a la altura de la cadera



### EN CASO DE CAÍDA

- Evitar levantarse con movimientos bruscos
- Busca si hay dificultad de movimiento, dolor intenso, hinchazón, moretones
- Solicita atención médica

PREGUNTA POR:  
TECNICAS DE PROTECCIÓN DURANTE CAIDAS



# SANEAMIENTO BÁSICO: AGUA SEGURA

SANEAMIENTO: CONJUNTO DE ACCIONES QUE SE PUEDEN APLICAR SOBRE EL AMBIENTE PARA REDUCIR LOS RIESGOS PARA LA SALUD.



## LIMPIEZA DE CONTENEDORES

CON UN CEPILLO NO METÁLICO TALLA Y ENJUAGA DOS VECES:

1. LAVA SÓLO CON AGUA LAS PAREDES INTERNAS DEL RECIPIENTE
2. USA AGUA CON CLORO PARA

**DESINFECTAR EN ESTA SEGUNDA LAVADA:**  
2CDAS CLORO + 20 LITS DE AGUA

\*REALIZA CADA 6 MESES, ANTES SI SE ENCUENTRA VISIBLEMENTE SUCIO



## TÉCNICA DE LAS 3 CUBETAS

DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES

1. LIMPIA: AGUA + JABON
2. ENJUAGA: AGUA
3. DESINFECTA: AGUA + CLORO

*¡NO mezcles jabón con cloro!*



CLORO ACTIVO	DOSIS DE CLORO PARA OBTENER UNA CONCENTRACIÓN DEACTIVO 2 mg litro POR VOLUMEN DE AGUA (para agua dulce, presuntamente contaminada)				
% DE CLORO ACTIVO	1 LITROS	10 LITROS	15 LITROS	20 LITROS	40 LITROS
2	2	20	30	40	80
3	2	13	20	27	54
4	1	10	15	20	40
5	1	8	12	16	32
6	1	7	10	14	28

● GOTAS



## ALMACENAMIENTO DEL AGUA

USA UN RECIPIENTE...

- LIMPIO, SÓLO PARA GUARDAR AGUA
- DE PLÁSTICO, VIDRIO, CERÁMICA O BARRO (MÉTAL SÓLO SI ES DONDE HERVISTE EL AGUA)
- DE BOCA ESTRECHA
- NO INTRODUCAS OBJETOS EN ÉL (O LÁVALOS EN CADA OCASIÓN)
- MANTÉNLO TAPADO

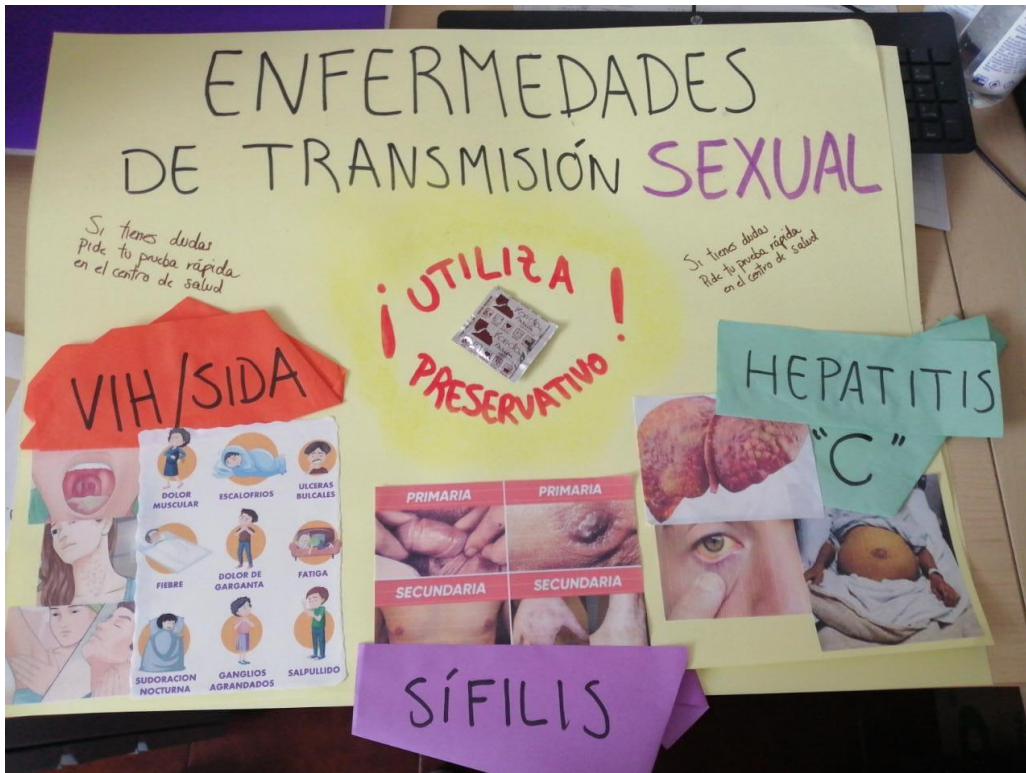


## DESINFECCIÓN DEL AGUA PARA CONSUMO

- > HIERVE (90-100°C) POR 3 MINUTOS
- > AGREGA CLORO (2MG/LT), ESPERA 30 MINUTOS
- > AGREGA YODO AL 2% (2GOTAS/LT), ESPERA 30 MINUTOS

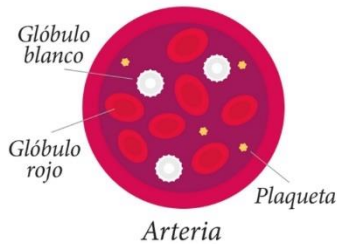
\*ELIGE UNA DE LAS TRES OPCIONES







# TRANSFUSIÓN SANGUINEA



- **GLOBULOS ROJOS:** TRANSPORTAN OXÍGENO A TODO EL CUERPO
- **PLAQUETAS Y PLASMA:** PREVIENEN Y CONTROLAN HEMORRAGIA

## LA DONACIÓN PUEDE SALVAR VIDAS

DEBE SER COMPATIBLE:

		Puede donar a:							
		0-	0+	A-	A+	B-	B+	AB-	AB+
Puede recibir de:	0-	✓							
	0+	✓	✓						
	A-	✓		✓					
	A+	✓	✓	✓	✓				
	B-	✓				✓			
	B+	✓	✓			✓	✓		
	AB-	✓		✓		✓		✓	
	AB+	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

**\*DONA 450ML, AYUDA A 3 PERSONAS  
(1 ERITROCITOS + 1 PLASMA + 1 PLAQUETAS)**

## REQUICITOS PARA DONAR SANGRE:



- TENER ENTRE 18 Y 65 AÑOS
- PESO MÍNIMO DE 50 KG
- TENER, EN TÉRMINOS GENERALES, BUENA SALUD.
- NO HABER TENIDO CIRUGÍA ALGUNA EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES.
- NO HABER RECIBIDO TRASPLANTES DE ÓRGANOS
- NO HABERSE REALIZADO TATUAJE, PERFORACIÓN O ACUPUNTURA EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES.
- NO USAR DROGAS INTRAVENOSAS O INHALADAS.
- NO HABER PADECIDO INFECCIONES COMO HEPATITIS B O C, VIH-SIDA, CHAGAS O SÍFILIS.
- NO PADECER EPILEPSIA, TUBERCULOSIS O ENFERMEDADES GRAVES DEL CORAZÓN.
- NO ESTAR EMBARAZADA O LACTANDO.
- EN LOS 5 DÍAS PREVIOS A DONAR, NO HABER TOMADO ANALGÉSICOS.
- NO HABER INGERIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LAS ÚLTIMAS 48 HORAS.
- EL DÍA DE LA DONACIÓN: NO PRESENTAR TOS, RESFRIADO, DOLORS DE CABEZA O DE ABDOMEN.



## ABORTO

Terminación, espontánea o inducida, de un embarazo antes de las 22 semanas completas de gestación o cuando el producto pesa menos de 500 gramos.



Entidad Federativa	Municipio	Unidad de salud	Nivel de atención	Domicilio	Horario de atención	Teléfono de contacto	Página de actualización 23 de junio de 2023
Ciudad de México	Miguel Alemán	Clinica Integral de la Condesa	Primaria	Av. Cuauhtémoc 594, Col. Condesa, Miguel Alemán, Ciudad de México, CDMX	Lunes a viernes 8:00 a 18:00 horas	5642 0499	<a href="http://hospitalmexico.gob.mx/">http://hospitalmexico.gob.mx/</a>
	Miguel Alemán	Clinica Comunitaria Santa Catalina	Primaria	Calle Santa Catalina 14, Col. Santa Catalina, Miguel Alemán, Ciudad de México, CDMX	Lunes a viernes 8:00 a 18:00 horas	5610 1000	<a href="http://hospitalmexico.gob.mx/">http://hospitalmexico.gob.mx/</a>
Estado de México	Atlixcoatlán	Hospital General Tlaxcala	Segundo Nivel	Calle Miguel Alemán 111, Col. Miguel Alemán, Atlixcoatlán, Estado de México, CDMX	Lunes a viernes de 08:30 a 14:00 horas	55 5038 7000 / 56 1775	<a href="http://hospitalmexico.gob.mx/">http://hospitalmexico.gob.mx/</a>
	Atlixcoatlán	Hospital General Tlaxcala	Segundo Nivel	Calle Miguel Alemán 111, Col. Miguel Alemán, Atlixcoatlán, Estado de México, CDMX	Lunes a viernes de 08:30 a 14:00 horas	55 5038 7000 / 56 1775	<a href="http://hospitalmexico.gob.mx/">http://hospitalmexico.gob.mx/</a>



## ABORTO SEGURO

**AQUEL QUE SE ATIENDE POR PERSONAL CAPACITADO Y CON LOS MÉTODOS APROPIADOS SEGUN LA PROGRESIÓN DEL EMBARAZO**

## LOS SERVICIOS DE ABORTO SEGURO INCLUYEN:

- Uso de tecnologías como **medicamentos y aspiración endouterina**
- El manejo del dolor durante el procedimiento
- Anticoncepción (planificación familiar) postaborto.

*\*En la mayoría de los casos el procedimiento es ambulatorio (sin necesidad de hospitalización)*

## INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE)

Desde reformas al Código Penal y a la Ley de Salud del Distrito Federal del año 2007, **el aborto inducido es legal hasta las 12 semanas de gestación.**

Se realiza a simple demanda de la mujer en ejercicio de su **autonomía reproductiva.**

Quienes así lo decidan pueden interrumpir su embarazo en las **instituciones de salud pública de forma accesible, gratuita, confidencial, segura, expedita y no discriminatoria**

## INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

Derecho de las **víctimas de violación sexual** de acuerdo con la Ley General de Víctimas y la NOM046-SSA2-2005.

OTRAS EVIDENCIAS







