

Instituto Nacional de Salud Pública

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA EN SERVICIO MODALIDAD VIRTUAL

PROYECTO

**FORTALECIMIENTO DEL GRUPO DE AYUDA
MUTUA DE PACIENTES DIABÉTICOS A TRÁVES
DE UNA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA, DE LA
COMUNIDAD DE SAN PEDRITO, TLAQUEPAQUE;
JALISCO; 2010.**

Alumna: Catalina Navarro Cuevas

Director de Tesis: Dr. Leandro Hernández Barrios

**Asesor de Tesis: Dra. Carmen Beatriz Delgadillo
Jaime**

Fecha: Julio del 2012

INDICE

I.	Titulo.....	1
II.	Índice.....	2
III.	Introducción.....	3
IV.	Antecedentes.....	5
V.	Priorización.....	18
VI.	Planteamiento del Problema.....	26
VII.	Marco conceptual.....	28
VIII.	Alternativas de Solución.....	44
IX.	Justificación de la Intervención.....	47
X.	Producto (Bien o Servicio).....	57
XI.	Objetivos generales y específicos.....	58
XII.	Metas.....	58
XIII.	Estrategias y actividades.....	59
XIV.	Factibilidad.....	60
XV.	Metodología.....	69
XVI.	Plan detallado de ejecución.....	72
XVII.	Reporte de ejecución.....	78
XVIII.	Bibliografía.....	95

INTRODUCCION

El Diagnóstico Integral de Salud es un instrumento metodológico que nos permitirá identificar, describir, analizar y evaluar los aspectos que determinan las condiciones de Salud de la Comunidad de San Pedrito, Tlaquepaque, así mismo constituye el fundamento para la realización de la priorización y el conocimiento de los recursos con los que se cuenta para enfrentar la problemática detectada.

Anteriormente se habían realizado rotafolios de salud en la comunidad, pero sin llegar a tener ningún impacto en la salud de sus habitantes.

El Municipio de Tlaquepaque forma parte de la zona metropolitana del Estado de Jalisco, este se encuentra dividido en 4 áreas para efectos de Regiones Sanitarias de Salud, en una de las cuales se encuentra situada la Colonia de San Pedrito Tlaquepaque.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES

Tlaquepaque forma parte de la Zona Metropolitana de Guadalajara. Está Ubicado en la porción central del Estado de Jalisco, cuenta con una superficie de 278.88 km², cifra que representa únicamente el 0.34% de la superficie total del Estado de Jalisco. Tlaquepaque colinda al norte con Guadalajara, Tonalá y Zapopan, al sur el Salto y Tlajomulco, al este Tonalá y al oeste Zapopan y Tlajomulco.

El Municipio de Tlaquepaque registra al 2009 una población total estimada según CONAPO de 625,640 correspondiendo 279,299 a población abierta. El Área de San Pedrito integrada por 5 Unidades de Salud, tiene una población total estimada según CONAPO de 138,895, cifra que representa el 22% con respecto a la población del municipio de Tlaquepaque y de la cual 76,015 es población total y 33,935 población abierta de la Comunidad de San Pedrito Tlaquepaque, Jalisco.

La Unidad de Salud de San Pedrito es la Coordinación de Área de las siguientes Unidades de Salud, San José Tateposco, San Martín de las Flores, La Duraznera y El Tapatío.

A Diciembre del 2008 contaban con 2859 familias afiliadas al Seguro popular y 680 familias beneficiarias del programa Oportunidades.

En cuanto a su morbilidad en 2008, se observa que las 3 principales causas de motivos de consulta notificados a Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) en todos los grupos de edad son: las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), Enfermedades Infecciosas Gastrointestinales y las parasitosis. (Fuente: Hoja diaria de consulta externa al corte de diciembre del 2008).

Las Principales Causas de Mortalidad General en 2008 son: la Diabetes Mellitus, Enfermedades Isquémicas del Corazón y Enfermedad Cerebro Vascular con una tasa de mortalidad, respectiva de 1.62, 0.54 y 0.41 (Fuente: Departamento de Estadísticas de la Región Sanitaria XII, de Enero a Septiembre del 2008). (1)

A continuación se presentan los resultados obtenidos.

Ubicación del Municipio de Tlaquepaque, Jalisco.



Ubicación del Centro de Salud, San Pedrito Tlaquepaque Jalisco.



➤ *Daños a la Salud:*

Las principales causas de Morbilidad General tanto en 2008 como en 2009, se refieren a infecciones trasmisibles, como lo son las infecciones respiratorias agudas con un 75.91% y 73.89% y las intestinales con 7.79% y 8.01%, respectivamente (tabla 4 y 8). Tal información se puede observar tanto en las fuentes de información primaria como la secundaria. Cabe mencionar que en el periodo del levantamiento de datos, se presentó la contingencia de dengue, lo que se vió reflejado en el rubro de padecimientos en los últimos 3 meses, obteniendo el mayor porcentaje de casos.

En el caso de la Mortalidad General 2008 y 2009, se observan causas relacionadas con las enfermedades crónicas como diabetes con el 12.50%, como principal causa de muerte, además de enfermedades del corazón (infarto agudo al miocardio 12.50%) y las relacionadas con el alcohol (enfermedad alcohólica del hígado 8.33%), lo anterior ha sobrepasado las enfermedades infecciosas que anteriormente eran las principales causas. Dentro de la información recabada en la encuesta directa a las viviendas, se observó que las 3 principales enfermedades encontradas fueron la hipertensión en primer lugar, seguida de la diabetes y la obesidad (tabla 10 y 12).

Dentro de las Principales causas de consulta general, podemos observar que las 2 de las principales, son importantes debido a que se relacionan tanto a la morbilidad como a la mortalidad anteriormente mencionada, como lo son, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades crónicas como la diabetes Mellitus (tabla # 13). Otra de la principales causas de motivos de consulta son el embarazo normal y de alto riesgo, en donde se observa tanto en los tarjeteros de Control prenatal del Centro de Salud, como en la encuesta aplicada en las viviendas, que el 50% de embarazadas, se consideran de alto riesgo por edad, lo que refleja la necesidad de trabajar con los adolescentes en educación sexual y reproductiva.

A continuación se describe la morbilidad y mortalidad por grupo de edad:

Como primera causa de morbilidad en los niños menores de 1 año tenemos a las infecciones respiratorias agudas altas, con una tasa de 206.12 por cada 1000 habitantes, seguidas de las enfermedades infecciosas intestinales y las conjuntivitis. (Tabla 1)

La morbilidad en niños de 1 a 4 años de edad, tenemos como primer causa las infecciones respiratorias agudas altas, con una tasa de 108.45 por cada 1000 habitantes, seguida de la enfermedad infecciosa intestinal, difiriendo de la edad anterior en el tercer lugar que lo ocupan las enterobiasis. (Tabla 2)

En el grupo de edad de 5 a 14 años de edad, tenemos nuevamente como primer causa a las infecciones respiratorias altas con una tasa de 373.48 por cada 1000 habitantes, seguidas nuevamente de las enfermedades infecciosas intestinales y como tercer lugar ya aparecen las infecciones de vías urinarias. (Tabla 3)

La morbilidad general, como se ha venido observado en todos los grupos de edad, se encuentran en primer lugar las infecciones respiratorias altas, seguidas de las enfermedades infecciosas intestinales y las infecciones de vías urinarias, lo anterior es debido a que las 2 primeras se tratan de enfermedades infecciosas y el dato es extraído de los padecimientos de primera vez que se reportan en el sistema de único de vigilancia epidemiología. (Tabla 4)

En el año 2009, la tendencia de la morbilidad en menores de 1año, continuo ocupando el primer lugar las infecciones respiratorias agudas altas, con una tasa de 134.77 por cada 1000 habitantes, seguido de las enfermedades infecciosas intestinales y de las infecciones de vías urinarias. (Tabla 5)

En el grupo de edad de 1 a 4 años no se presentaron cambios del 2008 al 2009 en cuanto a los 3 primeros motivos de morbilidad, ya que continua como primer lugar las infecciones respiratorias agudas altas con una tasa de 92.43 por cada mil habitantes, seguidos de las enfermedades infecciosas intestinales y las helmintiasis. (Tabla 6)

En el grupo de edad de 5 a 14 años del 2008 al 2009 solo vario la tercera posicion, en la cual en este año se observaron las helmintiasis, pero continua en primer lugar las infecciones respiratorias agudas con una tasa de 391.60 por cada 1000 habitantes, seguido de las enfermedades infecciosas intestinales. (Tabla 7)

Del 2008 al 2009 no hubo variacion en los 3 primeros lugares de morbilidad general, ya que continuan ocupando los mismos, en primer lugar las infecciones respiratorias agudas con una tasa de 251.27 por cada 10,000 habitantes, seguido de las infecciones infecciosas intestinales y las infecciones de vias urinarias.(tabla 8)

En cuanto a mortalidad se refiere, en 2008 solo se reportó una muerte de un niño entre 1 y 4 años de edad la cual tuvo como causa una enfermedad infecciosa intestinal, con una tasa de 1.69 por cada 1000 habitantes. Lo anterior hoy en dia ya no se deberia presentar ya que este problema de salud es tratable con hidratacion oral, un adecuado tratamiento y cuidados del paciente. (Tabla 9).

En 2008 no se reportaron muertes de menores de 1 año ni de 5 a 14 años, pero dentro de la mortalidad general tenemos como primer causa de muerte, la Diabetes Mellitus, con una tasa de 0.27 por cada 10,000 habitantes, seguido de desnutricion y enfermedad isquémica del corazón, otras causas fueron diarreas y gastroenteritis, tumores, EPOC, cirrosis e insuficiencia renal cronica entre otras. Llama la atención las muertes por desnutrición que se tendría que investigar en que edades y en que condiciones se presentaron ya que la desnutrición puede reflejar pobreza y rezago, e inequidad en salud. (Tabla 10)

En 2009 se presentaron 2 defunciones en niños de 1 a 4 años de edad, con las siguientes causas, una malformación congénita de tabiques cardiacos y una parálisis cerebral infantil, ambas con una tasa de 1.68 por cada 1000 habitantes. (Tabla 11)

De igual forma, como en 2008, en el año 2009 no se reportaron muertes en los grupos de edad de menor de un año, ni de 5 a 14 años y la tendencia en la mortalidad general continuo como primer causa de muerte la Diabetes Mellitus con una tasa de 0.39 por cada 10,000 habitantes, seguida en segundo lugar por el infarto agudo al miocardio, que en 2008 fue tercer lugar (como enfermedad isquemica del corazon), y en tercer y cuarto lugar llama la atención que se presentan enfermedad alcohólicas del hígado y tumor maligno del higado respectivamente, además se agregó desnutrición calórico-protéica, trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras dislipidemias, y continúan presentandose problemas de insuficiencia renal aguda, agregándose además enfermedad renal hipertensiva. (Tabla 12)

Dando seguimiento a los motivos de morbilidad y mortalidad 2008 y 2009, en la Comunidad de San Pedrito, Tlaquepaque Jalisco, en la encuesta aplicada para realizar el diagnostico situacional, se realizó un análisis de los 10 principales problemas de salud de los integrantes de las viviendas encuestadas, en la cual se observó que la 4 primeras causas encontradas se refieren a enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas la Diabetes Mellitus, que en la mortalidad destacó por ser la principal causa de muerte de los habitantes de San Pedrito, así como la hipertensión arterial y el síndrome metabólico, todas estas, prevenibles y controlables con un adecuada prevención y tratamiento. (Grafica 1)

Se realizó una revisión de los 10 principales motivos de consulta en el Centro de Salud San Pedrito, Tlaquepaque Jalisco, durante el periodo del 2009, encontrando como primer causa, las infecciones respiratorias agudas altas, mismas que destacan también como primera causa de morbilidad 2008 y 2009 en todos los grupos de edad, seguido de la supervisión del embarazo y de la atención anticonceptiva, así mismo, en la 4ta y 5ta causa, encontramos la atención de enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, padecimientos encontrados en las causas de mortalidad y en las enfermedades detectadas en la encuesta directa a las viviendas de la comunidad. (Tabla 13)

Dentro de la morbilidad sentida, se les preguntó a los habitantes de la comunidad de San Pedrito, Tlaquepaque, en encuesta directa, padecimientos que hubieran presentado alguno de los integrantes de la familia en los últimos 3 meses y así fue como respondieron, en primer lugar infecciones respiratorias, en segundo enfermedades crónicas y en tercero fue dengue, que para la fecha de la encuesta se encontraba presentando un brote en todo el estado, principalmente en Guadalajara y Tlaquepaque, no siendo la excepción la Comunidad de San Pedrito, el resto se refirió a otras enfermedades. (Grafica 2).

➤ *Factores Condicionantes de la Salud:*

La distribución de la población encuestada nos arrojó una información con una mayor concentración en las edades entre los 5 a los 29 años de edad, que es población joven, en edad productiva y fértil. (Tabla 14)

De igual forma que en la encuesta aplicada, en la Proyección del Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2009 la mayor concentración de población se encuentra entre las edades de 5 a 29 años, seguida de la población de 30 a 49 años, concentrándose en edades productivas y en edad fértil. (Tabla 15)

En cuanto a la distribución por sexo, no hubo una diferencia significativa, ya que mientras que el sexo masculino representa un 51%, el sexo femenino es del 49%. (Grafica 3)

En cuanto al nivel de escolaridad, la población presentó un nivel considerable de analfabetismo del 8 %. En cuanto el nivel con mas alto porcentaje, fue de secundaria completa con un porcentaje de 23.3%, seguido de primaria completa con un 20.2% (Grafica 4)

En cuanto a la ocupación de los integrantes de las familias encuestadas, encontramos lo siguiente, el mayor porcentaje lo ocupa los empleados con un 36.3% y las amas de casa con un 35.7%, lo que se ve reflejado en el nivel socioeconómico de la comunidad. Así mismo observamos que el 4.6% se encontraba desempleado. (Grafica 5)

En cuanto a estado civil se refiere, más del 50% de las parejas encuestadas estaban casadas y solo un 13% se encontraban en unión libre, el 26% se refirió soltero y un 4% fue ocupado por los viudos y separados, cabe mencionar que este rubro se tomó a partir de los 15 año de edad, y en los menores de esta que ya se encontraban en unión libre. (Grafica 6)

Debido a que el problema de embarazadas adolescentes conlleva a otras complicaciones que pueden terminar en una muerte materna, además de los problemas psicosociales a los que se enfrentan las adolescentes, con rechazo de la pareja y de sus padres, este sigue siendo un problema de salud pública que se observa con frecuencia en la comunidad de San Pedrito, observado en el resultado de esta encuesta que aproximadamente el 50% de la mujeres se embarazan en la adolescencia, y de estas un 9% fueron en edades de los 12 a los 15 años. (Grafica 7)

La Comunidad de San Pedrito cuenta con todos los servicios, drenaje y agua entubada, así mismo las condiciones de construcción de la vivienda fueron buenas, con apenas un mínimo porcentaje de viviendas con piso de tierra, y muros sin aplanar. (Tabla 16)

Este rubro es importante para determinar si las familias viven en hacinamiento, lo que favorece a la aparición de ciertas enfermedades.

En la presente información se observa que el 42% de las viviendas cuenta con 2 habitaciones, seguidas de 3 habitaciones con el 31%, con un dormitorio el 16% y apenas un 1% cuenta con 5 habitaciones. (Grafica 8)

La Comunidad de San Pedrito, por ser un área conurbada de la zona Metropolitana de Guadalajara, ya cuenta con todos los servicios públicos y los medios de comunicación. (Tabla 17 y 18)

➤ Recursos e Infraestructura en Salud:

En cuanto a la Infraestructura en Salud, en la Comunidad de San Pedrito Tlaquepaque Jalisco, se cuenta con un Centro de Salud con un aproximado de 7 núcleos básicos incompletos, divididos en 2 turnos, matutino y vespertino.

Por ser una zona considerada como urbana no se cuenta dentro de la comunidad con una Unidad Medico Familiar del Seguro Social, ni del ISSSTE, ya que las clínicas que les corresponden se encuentran a cortas distancias de la comunidad, no se cuenta tampoco con unidades de urgencias como cruz roja, solo hay un módulo de con un núcleo básico, de Servicios Médicos Municipales. Semanalmente acuden en una unidad móvil una unidad de atención medica del la Universidad Autónoma de Guadalajara, que es atendida por médicos pasantes. Se cuenta con varios consultorios particulares y farmacias de genéricos con atención de pacientes. (Tabla 19)

Los principales hospitales de referencia, son los Hospitales Civiles, los Hospitales de Maternidad (de la Mujer y Esperanza López Mateos).

El número de pacientes referidos de Enero a Septiembre del año 2009 es de 408 pacientes, entre los que destacan las pacientes embarazadas tanto de termino como de alto riesgo estas últimas principalmente por edad, ya que del 100% de embarazadas en control en la unidad, aproximadamente el 50% son de alto riesgo. Otras de las principales causas de envío a otro nivel son los padecimientos odontológicos, debido a que esta Unidad es de primer nivel en donde las acciones se enfocan más a atención de tipo preventiva que curativa`.

En cuanto al programa de contrareferencias, este tiene una problemática peculiar que da como resultado un bajo porcentaje, primero la falta de contrareferencia del 2do nivel, otra las distancia, ya que la área de afluencia es muy dispersa y es difícil que los pacientes si ya fueron atendidos acudan solo a informarnos el resultado de su atención, aún que se le indique que deben de acudir y la falta de vehículo oficial específicamente de la Unidad lo que dificulta el traslado a los domicilios, se ha optado por solicitar a los pacientes nos proporcionen un teléfono propio, de algún familiar o vecino para localizarlo y darle seguimiento, lo que en los últimos meses ha dado mejores resultados.

Se reportan 167 contra referencias equivalentes a un 40% en relación a las referencias realizadas.

En cuanto a la Diabetes Mellitus que es el problema de salud priorizado, en 2009 se refirieron 31 pacientes por Diabetes descompensada y sus complicaciones como a continuación se describe:

- Diabetes descompensada 11 referencias
- Nefropatía Diabética 4 referencias
- Retinopatía Diabética 8 referencias
- Glucosuria 1 referencia
- Pie diabético 3 referencias
- Síndrome Metabólico 4 referencias

Fuente: Centro de Salud San Pedrito (Libreta de referencias y contra referencias)

La seguridad social de los habitantes de San Pedrito, se encuentra en mayor porcentaje en los derechohabientes del IMSS con un 44%, seguida de los que no cuentan con ningún tipo de derechohabiencia con el 36%, apenas un 15% cuenta con Seguro Popular, y el resto se encuentra distribuido en 3, 1, 1% de los porcentajes. (Grafica 9)

En cuanto a la percepción de la calidad de los Servicios de Salud Públicos, el 55% lo refirieron como bueno, esto sin importar el tiempo de espera, ya que los pacientes, esperan la atención, y con el hecho de recibirla se es más que suficiente, ya que la mayoría de los habitantes de la población son de nivel medio bajo, y no todos pueden pagar un servicio privado. (Grafica 10)

En cuanto a la percepción de los Servicios de Salud Públicos a los que acuden la comunidad, que principalmente son el IMSS y la Secretaria de Salud, se observa que 54% perciben los servicios como regulares en su tiempo de espera, esto debido en gran medida a la saturación de los servicios por la creciente demanda de atención, aunado a esto las recientes epidemias de las que hemos sido sujetos en el Estado de Jalisco y en la Comunidad de San Pedrito. (Grafica 11)

CONCLUSION FINAL

La Comunidad de San Pedrito Tlaquepaque Jalisco, se encuentra ubicada en una de las 4 zonas metropolitanas del estado de Jalisco, con una total de 76015 habitantes de los cuales 33,935 son población abierta.

La morbi mortalidad, no difiere con respecto al estado y el país, siendo las principales causas de morbilidad las enfermedades infecciosas y las de mortalidad las enfermedades crónico degenerativas

.

En cuanto a factores condicionantes de la salud, el mayor porcentaje de población se encuentra en edades infantiles y en edad fértil, la distribución por sexo no hay mayor diferencia, el nivel de estudios con mayor porcentaje es el de secundaria y aun se cuenta con un porcentaje significativo de analfabetas, la mayoría de las parejas se encuentran casadas y las principales ocupaciones se encuentra entre empleados y amas de casa

Por ser una zona conurbada, cuenta con todos los servicios públicos y condiciones de vivienda adecuadas, se cuenta con un Centro de Salud y los asegurados del IMSS o ISSSTE acuden a sus clínicas más cercanas. Así mismo se cuenta con hospitales civiles y otros centros hospitalarios a los que se refieren a los pacientes, a través del sistema de referencia y contrarreferencia

.

La percepción de los Servicios del Centro de Salud es buena, solo con la saturación de servicios y el tiempo de espera para su atención.

.

CAPITULO II

PRIORIZACIÓN

PRIORIZACIÓN

El proceso de priorización permite, identificar aquellos problemas que requieren una acción, pero el decidir si dicho problema será sujeto de una intervención dependerá también de la información y el conocimiento que se tenga sobre el comportamiento del problema en la población de interés. La Priorización que se realizó en la comunidad de San Pedrito Tlaquepaque Jalisco, fue en base a la mortalidad general, en la cual La Diabetes Mellitus fue la principal causa de muerte en los habitantes, tanto en 2008 como 2009, así mismo se encuentra entre las primeras 5 causas de motivos de consulta al Centro de Salud San Pedrito en 2009 y entre las primeras 3 que arrojó la encuesta directa realizada en las viviendas.

Las razones por las cuales debemos establecer prioridades en salud, son las siguientes:

- Relación entre necesidades y recursos
- Costo de la intervención
- Criterio de asignación de recursos

Los principales criterios para establecer prioridades en salud se pueden resumir en los siguientes:

1. Importancia del problema
2. Capacidad del programa o del servicio para resolverlo
3. Factibilidad para intervenir sobre el problema. (3)

El método que utilizaremos para la realización de la priorización en salud del Diagnóstico de Salud de la Comunidad de San Pedrito Tlaquepaque Jalisco, será el Método de Hanlon en el cual medimos, la Magnitud (A), Trascendencia (B), Vulnerabilidad (C) y Factibilidad (D).

$$\frac{\text{Índice de Hanlon}}{(A+B)(C \times D)}$$

Método de Hanlon:

- Componente A: Magnitud, Hanlon define este componente como el número de personas afectadas por el problema, en relación con la población total y se evalúa a partir de una escala de 2 en 2, del 0 al 10, dependiendo de la tasa de población que tenga cada problema de salud que se está evaluando.
- Componente B: Severidad, este se puede apoyar en datos subjetivos y objetivos.
 - a. Subjetivos: por la carga social que genera un problema
 - b. Objetivos: por la mortalidad

En este componente nos podemos hacer varias preguntas que nos ayudan a estimar la severidad, si es considerado como un problema grave, muertes prematuras y AV potencialmente perdidos, días de trabajo perdido, días de hospitalización, si hay perturbación del desarrollo del individuo, si causa desorganización familiar o carga social, entre muchas otras más. Se le asigna un valor en la escala de 0 a 10, correspondiendo el 10 el problema, más severo.

- Componente C: Eficacia, este nos permite valorar si los problemas son difíciles o fáciles de solucionar. Se califica con 0.5, los casos difíciles, 1 los casos mediantemente difíciles y 1.5 los casos fáciles de solucionar.
- Componente D: Factibilidad, Hanlon describe este componente por las siglas PEARL que corresponden a un grupo de factores que no están directamente relacionado con la necesidad actual o con la eficacia, pero que le permiten a la comunidad determinar si el problema tiene solución y si las acciones son aplicables.
 - P: pertinencia
 - E: factibilidad económica
 - A: aceptabilidad
 - R: disponibilidad de recursos
 - L: legalidad

De lo anterior se respondió con un “sí” o un “no”, lo que permitió que el grupo decidiera que si fue factible trabajar en la búsqueda de alternativas de solución al problema.

Posteriormente y ya teniendo todo, se procedió a realizar la multiplicación de la formula, lo que nos dio como resultado el problema a intervenir, que fue la Diabetes Mellitus, como lo comentamos al inicio de este apartado de priorización.

El interés del método de Hanlon radica en que sus componentes se corresponden con los criterios más utilizados en materia de establecimiento de prioridades (4)

PRIORIZACIÓN-HANLON
MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

Índice de Hanlon
 $(A+B)(CxD)$

TALLER DE PRIORIZACIÓN DE MORTALIDAD 2009
SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE JALISCO

10 PRINCIPALES CAUSAS MORTALIDAD GENERAL 2009		CIE 10	NO.	TASA	PORCENTAJE
Núm.	CAUSA				
1	DIABETES MELLITUS	E10-E14	3	0.39	12.50
2	INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	I21X	3	0.39	12.50
3	ENFERMEDAD ALCHOLICA DEL HÍGADO	K70	2	0.26	8.33
4	TUMOR MALIGNO DEL HÍGADO	C22X	2	0.26	8.33
5	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	N189	2	0.26	8.33
6	DESNUTRICIÓN PROTEICOALÓRICA MODERADA	E440	1	0.13	4.17
7	TRANSTORNOS DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS Y OTRAS LIPIDEMIAS	E781	1	0.13	4.17
8	ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA	I12	1	0.13	4.17
9	INSUFICIENCIA CARDIACA	I50	1	0.13	4.17
10	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	I67	1	0.13	4.17
	TODAS LA DEMÁS		7	0.92	29.17
	TOTAL		24	3.16	100.00
POBLACIÓN 76015 HABTS. TASA X 10000 HABTS. REGION SANITARIA XII, DEPARTAMENTO DE ESTADISTICAS					

MATRIZ DE CONCENTRACIÓN

10 PRINCIPALES CAUSAS MORTALIDAD GENERAL 2009		A	B	C	D	Total
Núm.	CAUSA					
1	DIABETES MELLITUS	6	10	1.5	1	1
2	INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	6	9	1.5	0	0
3	ENFERMEDAD ALCOHOLICA DEL HÍGADO	4	8	0.5	0	0
4	TUMOR MALIGNO DEL HÍGADO	4	7	0.5	0	0
5	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	4	6	0.5	0	0
6	DESNUTRICIÓN PROTEICOALÓRICA MODERADA	2	5	1.5	1	2
7	TRANSTORNOS DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS Y OTRAS LIPIDEMIAS	2	4	1	0	0
8	ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA	2	3	1	0	0
9	INSUFICIENCIA CARDIACA	2	2	0.5	0	0
10	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	2	1	0.5	0	0

Criterio utilizado para la magnitud:

Tasa por 10,000 habitantes	Puntuación
0.50 a 0.60	10
0.40 a 0.49	8
0.30 a 0.39	6
0.20 a 0.29	4
0.10 a 0.19	2
0.00 a 0.09	0

Debido a la tasa de mortalidad que se maneja, no era posible aplicarlo como se describe en la literatura revisada, por lo que se creó una tabla con criterios que se ajustaran a los datos presentados, y así fue como determinó el criterio.

INDICE DE PEARL FACTIBILIDAD

10 PRINCIPALES CAUSAS MORTALIDAD GENERAL 2009		P Pertinencia	E Factibilidad Económica	A Aceptab.	R Recursos	T
Núm.	CAUSA					
1	DIABETES MELLITUS	1	1	1	1	1
2	INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	1	0	1	1	0
3	ENFERMEDAD ALCHOLICA DEL HÍGADO	1	0	0	0	0
4	TUMOR MALIGNO DEL HÍGADO	1	0	0	0	0
5	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	1	0	0	0	0
6	DESNUTRICIÓN PROTEICOALÓRICA MODERADA	1	1	1	1	1
7	TRANSTORNOS DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS Y OTRAS LIPIDEMIAS	1	0	0	0	0
8	ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA	1	0	1	0	0
9	INSUFICIENCIA CARDIACA	1	0	0	0	0
10	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	1	0	0	0	0

En los resultados obtenidos en la priorización se observaron 2 patologías que resultaron factibles de intervenir, más sin embargo, la diabetes es la principal causa de morbimortalidad en la comunidad de San Pedrito, y en base al criterio de mortalidad en el método de Hanlon y por el método de PEARL, este problema de salud es el que ocupa el primer lugar de interés para realizar un proyecto de intervención en salud en la Comunidad de San Pedrito Tlaquepaque Jalisco, ya que se cuenta con un numero de mas de 200 pacientes Diabéticos y más de 100 pacientes con Síndrome metabólico en tratamiento en el Centro de Salud San Pedrito, que se pueden beneficiar con dicha intervención.

CAPÍTULO III

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una de las principales causas de morbi mortalidad en la Comunidad de San Pedrito, Tlaquepaque Jalisco, es la Diabetes Mellitus, misma que en la priorización con el método de Hanlon, utilizando el criterio de evaluación de mortalidad, ocupó el primer lugar, motivo por el cual será este padecimiento en el que se diseñará el proyecto de intervención.

Así mismo es importante mencionar que el grupo de ayuda mutua de pacientes diabéticos de la Unidad de San Pedrito, se encuentra inactivo, por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

- Podemos contribuir con la prevención, promoción de estilos de vida saludable y apego al tratamiento de los pacientes Diabéticos de la Comunidad de San Pedrito Tlaquepaque Jalisco a través de sesiones educativas otorgadas por un equipo multidisciplinario al grupo de ayuda mutua?

Debido a la transición epidemiología que vive nuestro país a lo largo de los últimos 50 años en los cuales en 1950 se observaba como las principales causas de mortalidad las infecciones respiratorias y hoy en día esto ha sido modificado siendo las enfermedades crónicas, principalmente la diabetes la que ocupa los primeros lugares de mortalidad. (Fuente INEGI/DGEI.DG.EPID. SSA) La tendencia de la mortalidad es similar a nivel Estado, Municipio y en la Comunidad de San Pedrito.

Por lo cual es necesario abordar en la prevención y tratamiento adecuado de estas patologías para prevenir las complicaciones que son las que impactan con la muerte de los pacientes que las padecen.

La Secretaria de Salud cuenta con programas de Enfermedades Crónicas, pero estas no han tenido el impacto esperado, ya que continúa el aumento de la incidencia de nuevos casos de diabetes y otra enfermedades crónicas, que a la vez están determinadas por factores sociales, como el sedentarismo, el estrés, la falta de ejercicio y la mala alimentación (aumento de consumo de productos industrializados, ricos en grasas, carbohidratos y azúcares refinados).

Las Enfermedades Crónicas pueden ser controladas con una adecuada educación del paciente y de sus familiares así como el adecuado adiestramiento de los médicos tratantes del primer nivel de atención de la Secretaria de Salud, ya que el tratamiento de la misma debe ser multidisciplinario y el paciente así como sus familiares se deben de involucrar y conocer los síntomas y signos que nos indiquen una complicación y que esta pueda ser tratada en tiempo evitando una evento más agresivo que lo lleve a incapacidad, visual, renal, pié diabético, enfermedades concomitantes, principalmente cardiovasculares, entre otras.

MARCO CONCEPTUAL

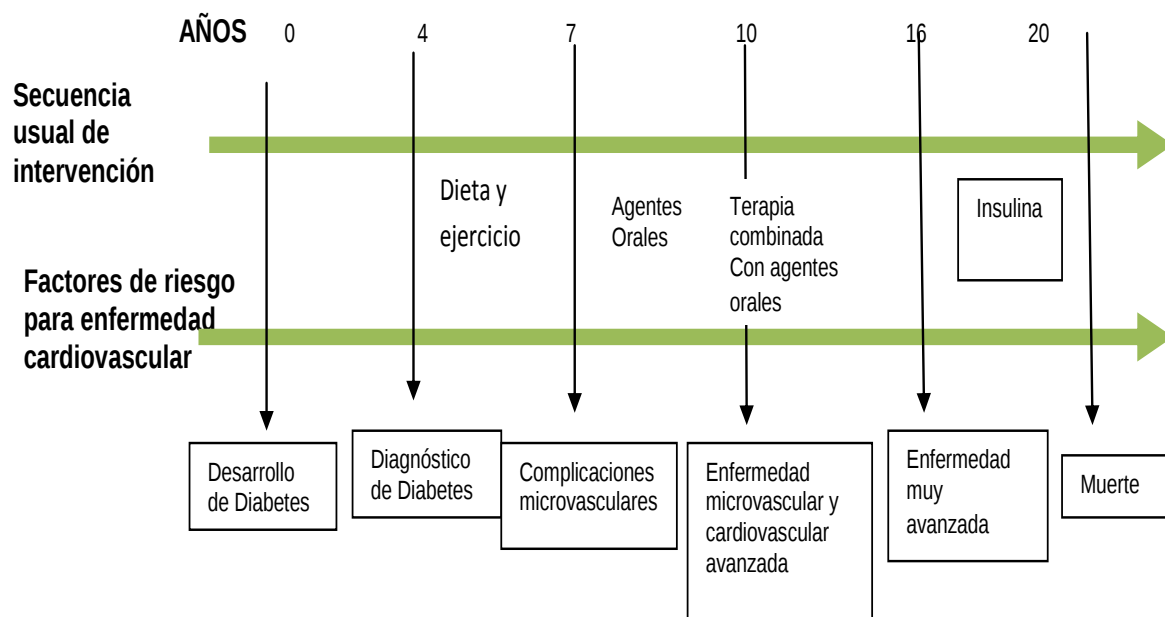
La Diabetes Mellitus es un grupo de trastornos metabólicos que afectan a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre llamado hiperglucemia.

Es causada por varios trastornos, incluyendo la baja producción de la hormona insulina, secretada por las células beta del páncreas o por su inadecuado uso por parte del cuerpo, que repercutirá en el metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas.

(5)

Historia Natural de la Enfermedad:

En la siguiente tabla se describe la historia natural de la Diabetes Mellitus, con el inicio en la presentación de factores de riesgo y la progresión a la enfermedad, sus complicaciones y la muerte.



(6)

Clasificación de la Diabetes:

I. Diabetes Mellitus tipo 1: es ocasionada por la destrucción de las células β , lo que produce deficiencia absoluta de insulina. Ésta se produce por dos mecanismos, inmunológicos e idiopáticos

II. Diabetes Mellitus tipo 2: representa el 90% de los casos de diabetes en el país. Es ocasionada por resistencia a la acción de la insulina y por falla de las células β . Estos dos trastornos suceden simultáneamente y se manifiestan de manera variable en cada persona que la padece

III. Otros tipos específicos de diabetes: representan alrededor del 1% de los casos y son originados por otras causas incluyendo las siguientes:

- _ Defectos genéticos en la función de las células β
- _ Defectos genéticos en la acción de la insulina
- _ Enfermedades del páncreas exócrino
- _ Endocrinopatías
- _ Inducida por medicamentos o químicos
- _ Inducida por infecciones
- _ Formas no comunes de diabetes mediada por inmunidad
- _ Otros síndromes genéticos asociados con diabetes

IV. Diabetes Mellitus Gestacional: Intolerancia a la glucosa que se manifiesta en el tercer trimestre del embarazo, es ocasionada por la acción de las hormonas contra-reguladoras que produce la placenta, y por la resistencia a la insulina que ocurre en condiciones normales durante el embarazo. Por lo tanto es importante que el médico general haga una búsqueda intencionada en pacientes embarazadas. (6)

Cuando una persona tiene diabetes tipo 2, el cuerpo no responde correctamente a la insulina. Esto se denomina resistencia a la insulina y significa que la grasa, el hígado y las células musculares normalmente no responden a dicha insulina.

Como resultado, la glucosa de la sangre no entra en las células con el fin de ser almacenado para obtener energía.

Cuando la glucosa no puede entrar en las células, se acumulan niveles anormalmente altos de ésta en la sangre, lo cual se denomina hiperglucemia. Los niveles altos de glucemia con frecuencia provocan que el páncreas produzca insulina cada vez más, pero no la suficiente para seguir al ritmo de las demandas del cuerpo.

Las personas con sobrepeso tienen mayor riesgo de padecer resistencia a la insulina porque la grasa interfiere con la capacidad del cuerpo de usarla.

Por lo general, la diabetes tipo 2 se desarrolla gradualmente. La mayoría de las personas con esta enfermedad tienen sobrepeso en el momento del diagnóstico; sin embargo, la diabetes tipo 2 puede presentarse también en personas delgadas, especialmente en ancianos. (7)

La prevalencia en el país de Diabetes Mellitus tipo II en mayores de 20 años es la siguiente:

- 10.7% (6.8 millones) de los anteriores
- 46% tienen también hipertensión arterial (HTA)
- 13.5% cursan con proteinuria
- 12.7% alteración de la glucosa capilar (110-125 mg/dl)

La prevalencia de la hipertensión y la diabetes están directamente relacionadas con la edad, la circunferencia abdominal (CC) y el índice de masa corporal (IMC).

Los pacientes con diabetes Mellitus, tienen de 2 a 4 veces mayor riesgo de mortalidad secundaria a enfermedad coronaria.

Cuando se establece la cardiopatía aterosclerótica el riesgo se incrementa 4 a 7 veces, contribuyendo con 70% de la mortalidad.

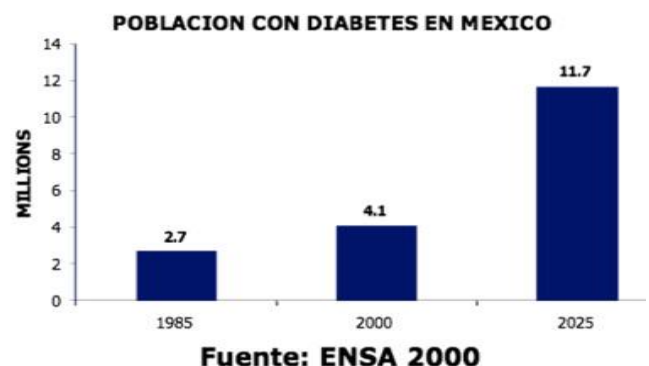
La reducción de la expectativa de vida de estos pacientes es de 8 a 10 años, en el rango de edad de 40 a 70 años (8)

La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en los adulto a nivel nacional fue 7% (mujeres 7.3% y hombres 6.5%).

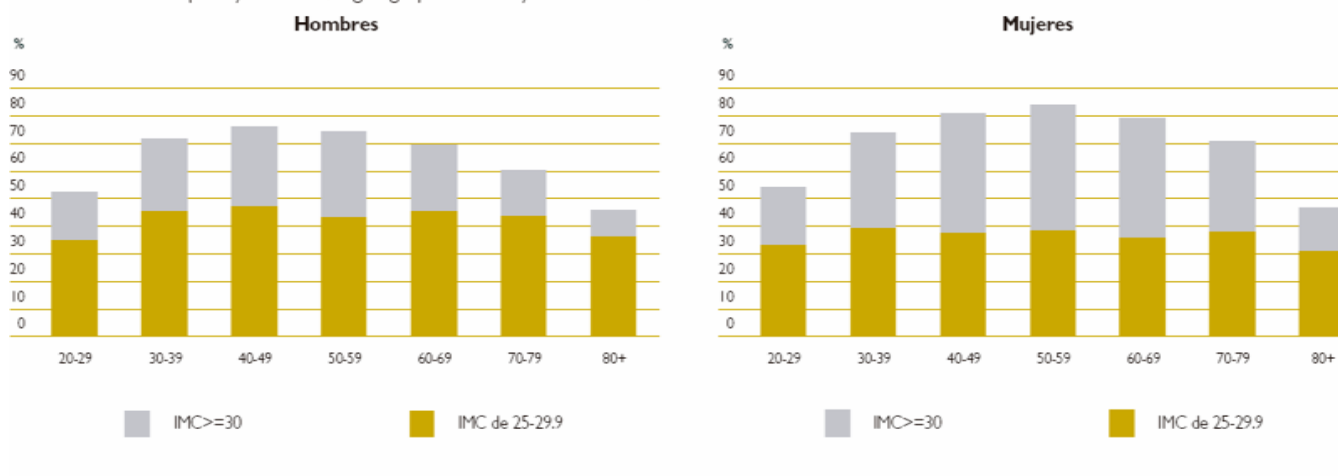
En el grupo de 50 a 59 años 13.5% (14.2% en mujeres y 12.7% en hombres).

En el grupo de 60 a 69 años 19.2% (21.3% en mujeres y 16.8% en hombres) (9)

1995-2025



Prevalencia de sobrepeso y obesidad, según grupo de edad y sexo. México, ENSANUT 2006

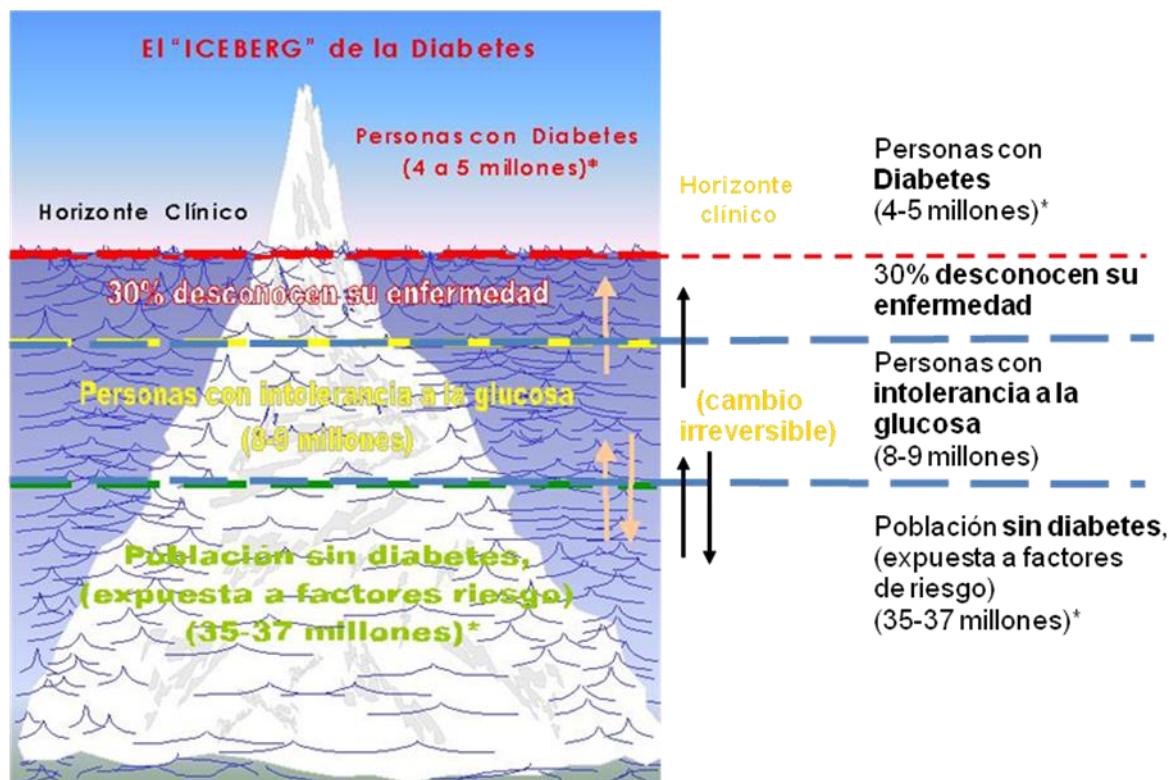


Factores determinantes:

Los antecedentes familiares y la genética juegan un papel importante en la diabetes tipo 2. Un bajo nivel de actividad, una dieta deficiente y el peso corporal excesivo, especialmente alrededor de la cintura, aumentan significativamente el riesgo de desarrollar este tipo de diabetes.

Entre otros factores de riesgo están los siguientes:

- Edad mayor a 45 años
- Colesterol HDL de menos de 35 mg/dL o niveles de triglicéridos superiores a 250 mg/dL
- Presión arterial alta
- Antecedentes de diabetes gestacional
- Intolerancia a la glucosa identificada previamente
- Raza y/o etnia ya que las poblaciones de afroamericanos, hispanoamericanos e indígenas americanos tienen altos índices de diabetes. (7)



Fuente: White M.F. y Gutiérrez H., Seminario internacional: La diabetes un reto para la salud pública y los servicios de salud.

Síntomas y daños:

La falta de control de la glucosa puede tener consecuencias negativas a corto y largo plazo. El cuerpo afectado por la falta de energía y el daño circulatorio tarde o temprano empieza a presentar alguno de los siguientes síntomas:

- ✓ Cansancio o fatiga
- ✓ Pérdida de peso
- ✓ Sed intensa (Polidipsia)
- ✓ Aumento de la frecuencia para orinar (Poliuria)
- ✓ Presencia de infecciones frecuentes en vías urinarias, vías ginecológicas y en uñas.

Si el acumulo de glucosa persiste después de cierto tiempo, el daño puede ser severo y ocasionar:

- Daños en la visión
- Embolias o hemorragia cerebral
- Enfermedad coronaria
- Insuficiencia renal
- Disfunción eréctil
- Neuropatía y gangrena en pies. (10)

Complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2:

➤ Retinopatía Diabética:

Es la causa número uno de la pérdida de la visión en pacientes mayores de 25 años de edad. Su incidencia ha disminuido con el manejo a base de insulinas y mejor control metabólico. Es posible retrasar su aparición y disminuir su progresión con adecuado y oportuno tratamiento farmacológico.

Fisiopatología: La Retinopatía Diabética se clasifica en proliferativa y no proliferativa, ya sea con o sin edema macular, esta se debe a un daño endotelial, engrosamiento de la membrana basal endotelial y muerte de pericitos retinianos, lo que provoca un aumento de la permeabilidad, que esto a su vez presentará los primeros cambios detectables de daño retiniano, (exudados, micro aneurisma y hemorragias). Posteriormente se presenta oclusión vascular, isquemia, hipoxia tisular y neuro vascularización que ya nos refiere una retinopatía franca. (11)

➤ Neuropatía Diabética:

Ocurre en más del 55% de los pacientes con diabetes tipo 2. Su incidencia es menor en pacientes con adecuado control glicémico ($HbA1c < 7\%$). Aumenta la morbilidad en el paciente diabético puesto que confiere mayor riesgo de úlceras (pie diabético), infecciones recurrentes en miembros pélvicos y amputaciones. Dependiendo de la región nerviosa que afecte y de la simetría o asimetría de sus manifestaciones, la neuropatía incluye varios síndromes:

- Polineuropatía simétrica distal
- Poliradiculopatías
- Mononeuropatías
- Neuropatía autonómica.

(12)

➤ Pie Diabético:

Los diabéticos tienen 50 veces más riesgo de desarrollar úlceras en los pies. Las complicaciones de pie diabético son una de las principales causas de morbilidad, mortalidad e incapacidad. Es la causa del 75% de las amputaciones no traumáticas. La clasificación de Wagner va del 0 al 5

- Grado 0 sin úlcera pero con factores de riesgo
- Grado 1 úlcera superficial
- Grado 2 úlcera profunda no complicada
- Grado 3 úlcera profunda complicada
- Grado 4 gangrena localizada
- Grado 5 gangrena diseminada (13)

➤ Nefropatía Diabética:

La evolución de la nefropatía diabética es la siguiente:

Hiperfiltración glomerular, aumento persistente de la excreción urinaria de albumina (micro albuminuria), si no se interviene se desarrolla proteinuria franca, la velocidad de filtración glomerular se normaliza y empieza a descender, simultáneamente se incrementa la presión arterial. En etapas avanzadas la excreción de proteínas puede normalizarse o disminuir, seguida de un descenso progresivo de la filtración glomerular y retención de azoados, con la consiguiente aparición de signos y síntomas de insuficiencia renal terminal. (14)

➤ Hipoglucemia:

Glucemia plasmática < 55 mg/dl, el umbral para la presentación de síntomas de hipoglucemia puede variar según el estado clínico, pacientes con malos controles de glucemia plasmática, hacen síntomas con glucemias aun elevadas. Las causas son las siguientes:

- Falta de ingesta de alimentos
 - Periodos prolongados de ayuno
 - Dosis excesiva de antidiabéticos
 - Disminución de filtrado glomerular
 - Estados de resistencia a la Insulina
 - Otros riesgos (pacientes ancianos, consumo de alcohol, de beta-bloqueadores y benzodiacepinas, así como ejercicio físico extenuante).
- (15)

Criterios Diagnósticos

Las hiperglucemias intermedias o estados pre diabéticos, se refieren a dos entidades, glucemia basal alterada (GBA) e intolerancia a la glucosa (TAG), cuya definición ha variado en los últimos años, dependiendo de los niveles elegidos para definir la glucemia normal.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la OMS/FID (Federación Internacional de Diabetes) difieren en la cifra de GPB a partir de la que se considera GBA (Tabla 3). Recientemente se ha publicado una amplia y exhaustiva RS sobre las implicaciones diagnósticas y pronósticas de la GBA y TAG. Esta publicación utiliza los criterios de la OMS y la FID, por lo que dichos criterios son los adoptados en esta GPC.

Tabla 3. Criterios diagnósticos de diabetes e hiperglucemias intermedias (OMS y FID)

	Glucemia basal	2 h- TTOG	Glucemia al azar
Normal	<110 mg/dl	<140 mg/dl	-
GBA	110-125 mg/dl*	-	-
TAG	-	>140 mg/dl	-
DIABETES	≥126 mg/dl	≥200 mg/dl	≥200 mg/dl

* La ADA considera GBA glucemias basales entre 100-125 mg/dl. Las determinaciones se realizan en plasma venoso. (16)

Resistencia a la Insulina: respuesta atenuada al efecto fisiológico de la insulina, en el metabolismo de la glucosa, lípidos y proteínas, y la función del endotelio vascular.

- Prevalencia 92% de pacientes con diabetes Mellitus 2
- Afecta musculo estriado, hígado y tejido adiposo
- Un defecto esencial en la diabetes Mellitus tipo 2
- En personas normales entre el 12 y 25% tiene resistencia a la insulina.
- En personas obesas con tolerancia a la glucosa normal, el 80% son resistencia a la insulina. (17)

La diabetes Mellitus constituye un problema creciente en muchos países del mundo y entre los factores asociados destacan la obesidad, los malos hábitos de alimentación, la falta de actividad física y la herencia.

La relevancia de este padecimiento está definida por su íntima relación con la obesidad y los problemas cardiovasculares. Por su naturaleza crónica genera una importante carga sobre los servicios de atención preventiva, ambulatoria y hospitalaria, derivada no sólo de la enfermedad misma sino también de las complicaciones y secuelas que trae consigo un control deficiente de la enfermedad.

Sin lugar a dudas, este padecimiento destaca como el principal problema de salud de la población no derechohabiente así como en la derechohabiente, ya que se encuentra entre las primeras causas de consulta, egresos, incapacidad y mortalidad.

Si bien las cifras informadas sobre morbilidad y mortalidad por Diabetes Mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro Social destacan la magnitud del problema, el censo se presenta como una herramienta para darle un mejor seguimiento a las intervenciones de prevención y control de la población afectada, ya que incluye de forma nominal a todos los pacientes atendidos en las unidades de medicina familiar (18).

Tratamiento integral de la D.M. II

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
➤ <i>Control de la dieta</i> ➤ <i>Estilos de vida</i> ➤ <i>Ejercicio</i> ➤ <i>Medicamentos</i> ➤ <i>Insulina</i>	<i>Tratar condiciones asociadas:</i> • <i>Hipertensión</i> • <i>Obesidad</i> • <i>Dislipidemias</i> • <i>Enf. Coronaria</i>	<i>Prevención/detección temprana/manejo:</i> ○ <i>Retinopatía</i> ○ <i>Neuropatía</i> ○ <i>Nefropatía</i> ○ <i>Macro vasculares</i>

Fuente: Manejo integrado de la diabetes Mellitus tipo II- adecuado uso de antidiabéticos, Diplomado de enfermedades crónicas, Instituto Carso de la Salud, de Carlos Slim(19).

Tratamiento con antidiabéticos:

➤ *Sulfonilureas*

- *Cloropropamida*
- *Tolbutamida*
- *Glibenclamida*
- *Glipizida*
- *Glimepirida*

➤ *Meglitinidas*

- *Repaglinida*
- *Nateglinida*

➤ *Biguanidas:*

- *Metformin*

➤ *Inhibidores de Glicosidasa:*

- *Acarbosa*
- *Miglitol*

➤ *Tiazolidinedionas:*

- *Rosiglitazona*
- *Pioglitazona*

➤ *Combinaciones fijas:*

- *Cloropropamida/metformin* o *Glimepirida/metformin*
- *Glibenclamida/metformin* o *Metformin/ rosiglitazona (19)*

Factores que determinan la selección del tratamiento
en pacientes con diabetes Mellitus tipo II

Metas de tratamiento	Complicaciones crónicas
<i>Peso</i>	<i>Actitud del paciente ante la enfermedad</i>
<i>Edad</i>	<i>Nivel intelectual</i>
<i>Tiempo de evolución de la diabetes</i>	<i>Capacidad económica</i>
<i>Hiper glucemia</i>	<i>Tipo de fármaco</i>

Fuente: Manejo integrado de la diabetes Mellitus tipo II- adecuado uso de antidiabéticos, Diplomado de enfermedades crónicas, Instituto Carso de la Salud, de Carlos Slim(19)

Prevención, aspectos fundamentales de cambios de estilo de vida:

✓ Plan inicial de nutrición

El objetivo del plan de nutrición es disminuir el peso del paciente, mantener en control los niveles de glucemia y las cifras de presión arterial.

Sobre esto tenemos que orientar acerca de:

- Horario, cantidad y consumo actual de alimentos, incluyendo bocadillos y golosinas entre comidas.
- Explicar la importancia de la nutrición sobre el éxito del plan general de tratamiento.
- Asignarle prioridad a las preferencias personales, familiares y conyugales.
- Acordar adopción en la medida de las posibilidades del paciente, reforzar cambio en preferencias.

✓ Cálculo de calorías:

- a. En pacientes delgados (adultos con IMC<20)
- b. En pacientes obesos (con IMC >25)
 - Aconsejar una reducción de 0.5 kg/semana
 - Establecer horario de las comidas
 - Limitar consumo de alimentos entre comidas por la variación que producen sobre el control de la glucemia.
 - Informar sobre síntomas de hipoglucemia y su manejo.

✓ Plan inicial de educación:

Información básica

El objetivo de la educación en diabetes es promover los cambios en la conducta del paciente, para que así pueda tomar mejores decisiones en cuanto a la enfermedad, contribuir a la disminución de complicaciones crónicas y mejorar la calidad de vida.

El paciente debe tener conocimiento de:

1. Definición de diabetes
2. Consecuencias de la diabetes
3. Tratamiento de la diabetes
 - a. Utilidad de la nutrición
 - b. Utilidad del ejercicio
 - c. Utilidad de la insulina
4. Importancia del control de otros factores de riesgo cardiovascular.
5. Médicos e instituciones a las que puede acudir en caso de urgencia, direcciones y teléfonos.
6. Sociedades de apoyo a pacientes con diabetes, asociación local de diabetes
7. Importancia del plan de nutrición

✓ Plan inicial de ejercicio:

1. Resaltar su valor agregado al resto del tratamiento, explicar efectos del ejercicio sobre la captación de glucosa, glucemia en ayunas y postprandial
2. Investigar ejercicio previo habitual (tipo, frecuencia, duración)
3. Acordar actividades futuras con base en la edad, horario, tipo y duración
4. Uso de calzado apropiado
5. Evaluación cardiovascular (disnea de esfuerzo dolor precordial) y electrocardiograma en mayores de 35 años
6. Calentamiento previo a cada sesión (5 min)
7. Metas 5 sesiones a la semana, de 30 minutos de duración, ejercicio aeróbico no extenuante (caminar a paso rápido, trotar).
8. Advertir sobre riesgos
 - a. Hipoglucemia por ejercicio intenso
 - b. Revisión de los pies al final de cada sesión (06)

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

Debemos de trabajar en medidas de prevención de la Diabetes Mellitus, ya que a través de esta, se pretende disminuir las complicaciones de la misma que al final son los que llevan a un desenlace final a los pacientes que padecen esta enfermedad, que hoy por hoy es uno de los principales problemas de salud pública, no solo en nuestro país, sino en el mundo entero, principalmente en los países en desarrollo.

A continuación se describe la alternativa de solución que se propone para el proyecto de intervención:

1. Integración de un equipo multidisciplinario de facilitadores para la reactivación del grupo de ayuda mutua, que conste de un médico, una enfermera, una promotora, una preparadora física, una nutrióloga y una especialista en desarrollo humano para el otorgamiento de sesiones educativas del problema de salud, alimentación, ejercicio y apoyo psicológico, involucrando también a sus familiares.

Esta alternativa presenta sus beneficios potenciales, así como elementos favorables y obstáculos a los que nos podemos enfrentar y a continuación se describen.

- ✚ La conformación de un grupo multidisciplinario beneficiará a los pacientes, con una mejor comprensión y apego del tema expuesto por los especialistas y se podrán disipar mejor sus dudas, dentro de los elementos favorables es que en la Región Sanitaria XII se cuenta con una preparadora física y una nutrióloga, mismas que están disponibles para participar como facilitadoras en el proyecto, así mismo en el Centro de Salud, se cuenta con un núcleo básico de médico, enfermera y promotora que también formaran parte del equipo y por último se contactó a una persona especialista en desarrollo humano para participar como invitada al proyecto en 3 sesiones en donde se manejarán temas de aceptación de su problema de salud, autocontrol y autoconciencia.

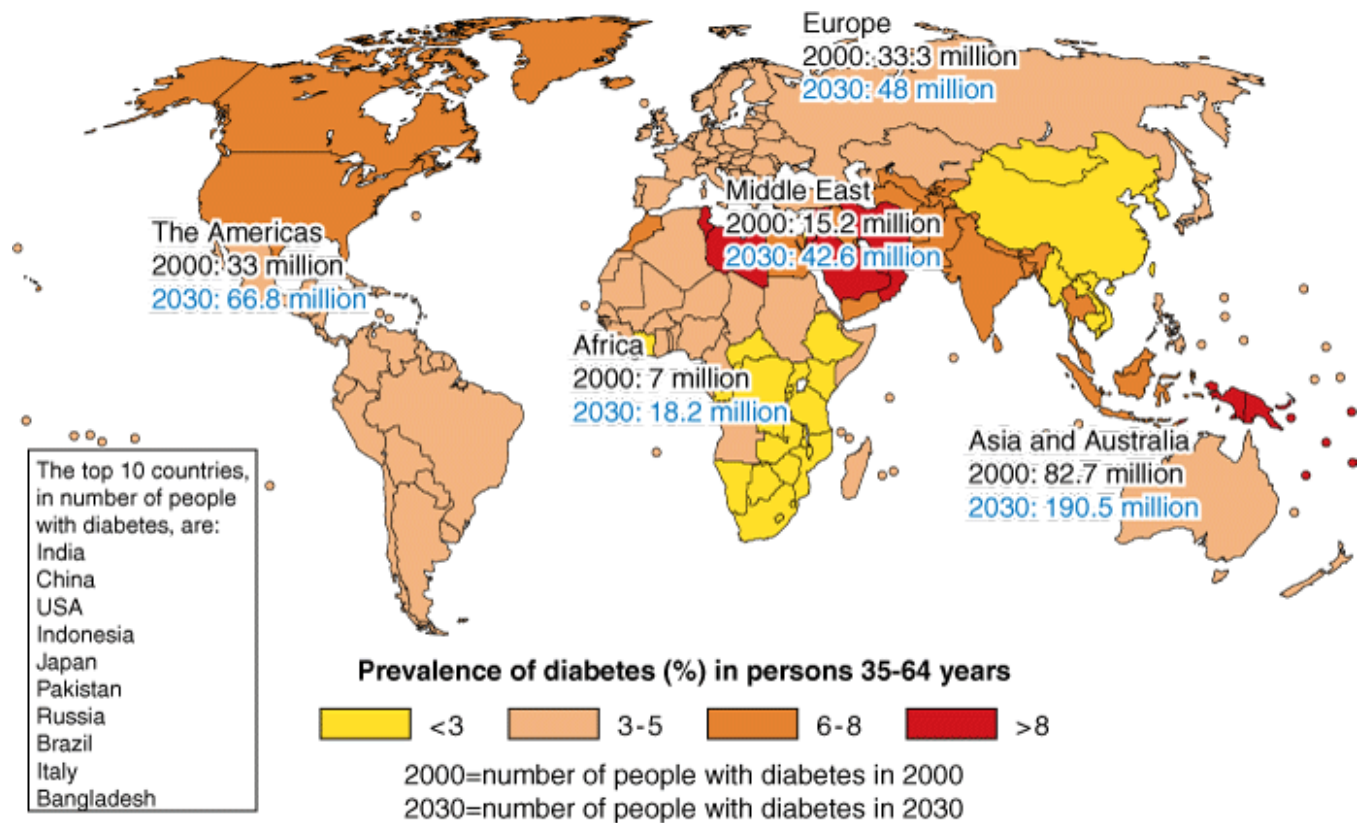
El obstáculo al que nos podemos enfrentar es que no tendremos a todo el equipo de recursos humanos de forma permanente y que no se cuenta con el aula del centro de salud acondicionada para dar las sesiones.

- ✚ En cuanto a la reintegración del Grupo de ayuda mutua para llevar a cabo las sesiones educativas, con un plan de alimentación, ejercicios y demás temas, los beneficios que se pueden obtener es que los pacientes diabéticos tengan mejor conocimiento de su problema de salud y adopten estilos de vida saludable para prevenir complicaciones tempranas. Contamos con varios elementos favorables, como apoyo de las autoridades locales con un auditorio para las sesiones y hay material didáctico en suficiencia para todos los integrantes del GAM, con manuales de alimentación y ejercicio, así como para el personal del equipo multidisciplinario. Dentro de los obstáculos que tenemos, es que el personal no está debidamente capacitado para manejar el grupo de ayuda mutua y los usuarios, han perdido confianza y credibilidad en los servicios de salud

- ✚ El apoyo psicológico y el involucramiento de los familiares de los pacientes es de suma importancia para sensibilizarlos y obtener un mejor apego al tratamiento, como sabemos un problema crónico de salud como lo es la diabetes Mellitus, no es algo que se pueda aceptar y entender de forma inmediata, requiere de apoyo psicológico que le ayude y lo oriente a tener una mejor autoconciencia y autocontrol de su enfermedad. Se cuenta con elementos favorables para esta alternativa de solución, ya que se invito a la especialista en tanatologia que acepto integrarse al equipo, también nos podemos enfrentar a obstáculos como la renuencia y falta de apoyo de los familiares, por lo que se debe trabajar en este punto de forma directa con la invitación a los mismo.

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO:

De acuerdo a la OMS se estima que para el año 2030 aproximadamente 366 millones de adultos tendrán diabetes (90% tipo II) y de estos 75% estarán en países en desarrollo.



Source: Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J: *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 17th Edition: <http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

En México, la Diabetes Mellitus II es la primera causa de muerte en adultos.

En México, el costo anual total del manejo de la Diabetes y sus complicaciones en el año 2000 fue estimado en 15 billones de dólares de los cuales 765 millones representan el costo directo de los medicamentos.

En ese mismo año el 44% de pacientes con diagnóstico de Diabetes no tenían seguro medico.

La Diabetes demanda nuestra atención debido a que cada 24 hrs hay 4100 casos nuevos de Diabetes, 810 muertes por Diabetes Mellitus, 230 amputaciones, 120 casos de falla renal y 55 casos de ceguera (8)

La Diabetes Mellitus 2 es un problema de salud en nuestro país, nuestro estado y nuestro municipio, así como en la Colonia San Pedrito, en donde se realizó el diagnóstico integral de salud.

El Síndrome Metabólico va en aumento y preocupa que se estén presentando en edades tempranas.

POBLACIÓN TOTAL ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2007				
CAUSA DE MUERTE ^{1/}			HOMBRES	
Orden	Clave CIE-10 ^{1/}	Descripción	Defunciones	Tasas ^{2/}
	A00 - Y98	TOTAL	284,910	547.2
01	E10-E14	Diabetes mellitus	33,310	64.0
02	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	31,478	60.5
03	K70, K72.1, K73, K74, K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	20,941	40.2
04	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	13,912	26.7
05	J40-J44, J67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	11,132	21.4
06	a/	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	8,190	15.7
07	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	7,815	15.0
08	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	7,777	14.9
09	N00-N19	Nefritis y nefrosis	6,362	12.2
10	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	6,226	12.0
	R00-R99	Causas mal definidas	5,430	10.4
		Las demás causas	132,337	254.2
a/ Códigos CIE-10 para causas de muerte por accidentes de vehículo de motor (tránsito): V19.4-V19.6, V12-V14 (.3-.9), V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0				
1/ Causas de muerte según códigos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión (CIE-10) OPS-OMS.				
2/ Tasa por cada 100 mil hombres.				

POBLACIÓN TOTAL ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2007				
CAUSA DE MUERTE			MUJERES	
Orden	Clave CIE-10 ^{1/}	Descripción	Defunciones	Tasas ^{2/}
	A00 - Y98	TOTAL	229,336	426.9
01	E10-E14	Diabetes mellitus	37,202	69.2
02	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	24,543	45.7
03	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	15,362	28.6
04	J40-J44, J67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8,592	16.0
05	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	8,372	15.6
06	K70, K72.1, K73, K74, K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	6,905	12.9
07	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	6,760	12.6
08	N00-N19	Nefritis y nefrosis	5,372	10.0
09	C50	Tumor maligno de la mama	4,609	8.6
10	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	4,533	8.4
11	C53	Tumor maligno del cuello del útero	4,046	7.5
	R00-R99	Causas mal definidas	5,129	9.5
		Las demás causas	97,911	182.2

1/ Causas de muerte según códigos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión (CIE-10) OPS-OMS.

2/ Tasa por cada 100 mil mujeres.

Ante las cifras abrumadoras y en aumento continuo de la diabetes y síndrome metabólico, la mejor actuación es la prevención, capacitación a los médicos, personal de enfermería y educación a los pacientes y sus familiares. (20)

En Jalisco, el municipio de Tlaquepaque y en específico en la Comunidad de San Pedrito, la Diabetes Mellitus es la principal causa de mortalidad general 2008 y 2009 con una tasa de mortalidad de 0.39 por 10,000 habitantes, además es el 4to lugar de motivos de consulta en el Centro de Salud en el año 2009 y en la encuesta directa realizada a la comunidad, se encuentra en la segunda posición de frecuencia entre los habitantes de las viviendas encuestadas.

El Centro de Salud cuenta con listados nominales de los pacientes diabéticos y con Síndrome Metabólico en tratamiento que están registrado en la Unidad, se cuenta con:

❖ 206 Pacientes diabéticos en tratamiento

❖ 110 Pacientes con Síndrome Metabólico

De lo que va del 2010, se encuentra que 110 diabéticos no han acudido a su control, equivalente a más del 50% de inasistencia a sus citas médicas, así como 53 pacientes de Síndrome Metabólico, que también está en el 50% aproximado de inasistencias.

De los asistentes con diabetes, 16 se encuentran controlados en su última toma de glucosa con cifras menores a 126 mg/dl que son las metas de tratamiento y de los que padecen Síndrome Metabólico, 8 están con cifras de glucemia menor a 126 mg/dl.

Cabe hacer mención que en varias ocasiones que acude el paciente a su cita, reportan en el listado que no hay tiras reactivas para la toma de su glucemia, por lo que no se puede evaluar de forma correcta el porcentaje, este se tomo de los que si reportaron cifras.

La Diabetes Mellitus, depende de varios factores, entre ellos los derivados de los estilos de vida, por lo que ésta se puede prevenir y controlar a través de la modificación de los mismos, es un problema vulnerable si se apegan a un tratamiento multidisciplinario, como una dieta adecuada, ejercicio, educación en su salud y prevención de complicaciones, es de suma importancia integrar a los familiares, ya que esto repercutirá en el apego a su tratamiento, para llevar a cabo lo anterior se cuenta con los grupos de ayuda mutua que es una alternativa de solución para este problema de salud, en los que se pretende realizar sesiones educativas, de ejercicio físico, de alimentación adecuada y sesiones de desarrollo humano, así mismo se tomaran exámenes generales basales y finales para corroborar el resultado de la estrategia y toma semanal de peso, tensión arterial, IMC, medición cintura, cadera y glucosa para llevar un control. Otra estrategia será realizar exámenes de conocimientos para evaluar su aprendizaje y comprensión de los temas

La principal alternativa de solución a este problema es la reorganización del grupo de ayuda mutua, trabajando en el, el apego a estilos de vida saludable y el control metabólico, para la prevención de complicaciones, se cuenta con el apoyo de las autoridades regionales y con la actitud del personal de la unidad de salud para trabajar con el mismo, con lo anterior se puede lograra dar seguimiento y apoyo con sesiones educativas que mejore su calidad de vida.

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4to indica:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de Salubridad General, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución (23)

En el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 del poder ejecutivo federal en el eje 3 sobre la igualdad de oportunidades, en su punto 3.2 hace referencia que hoy en el país predominan como causa de daño a la salud las enfermedades no trasmisibles entre las que se encuentran las enfermedades crónicas.

La transición íntimamente relacionada con el envejecimiento de la población y al reciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, dentro de los que destacan el tabaquismo, el alcoholismo, la mala nutrición, entre otras.

Existen importantes desafíos por superar, derivados principalmente de la transición demografía y la desigualdad económica. Las muertes por enfermedades no trasmisibles, los padecimientos asociados a una larga vida como la diabetes y la hipertensión. Estos padecimientos son complejos y costosos.

El objetivo es mejorar las condiciones de salud de la población, ya que gran parte de las enfermedades y riesgos para la salud, que más frecuentemente padecen los niños, jóvenes, mujeres y adultos mayores, puede evitarse mediante acciones de prevención oportuna y adecuada.

Una de las principales estrategias es integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades. Las acciones de prevención en salud, destacan por ser costo efectivas al mejorar la salud y la calidad de vida de la población mientras que se evitan altos costos de tratamiento en el futuro. (22)

Dando seguimiento al Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Nacional de Salud refiere en su marco general de actuación, la protección de la salud humana en su entorno y ambiente laboral. Es la declaración de compromiso para construir un sistema de salud que contribuya en forma decisiva en desarrollo de un México más prospero y más justo.

Así mismo establece que la salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades. Los retos actuales que se presentan en el Sistema Nacional de Salud son la equidad, la calidad y la protección financiera.

Las cuatro premisas del programa nacional de salud son:

- La buena salud es uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para alcanzar una autentica igualdad de oportunidades.
- La salud es, junto con la educación, el componente central del capital humano. Mejorar la salud y asegurar la educación fortalecen la capacidad del individuo y la sociedad para lograr un mejor nivel de vida.
- Dado su valor y su potencial estratégico, es necesario dejar de ver a la salud como un sector específico de la administración pública, sino como un objetivo social que todos los sectores deben perseguir. (24)

Dentro de las estrategias y líneas de acción se encuentran:

- Disminuir la prevalencia de diabetes
- Controlar las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión arterial
- Fortalecer la prevención y tratamiento de la insuficiencia renal crónica (24)

Programa Sectorial de Salud Jalisco.

Jalisco está viviendo al igual que el resto del país, una transición demográfica. Actualmente en la entidad se registran un total de 6.9 millones de personas, para el año 2030 la población se estabilizará en aproximadamente 7.79 millones sobresaliendo una proporción creciente de adultos de la tercera edad.

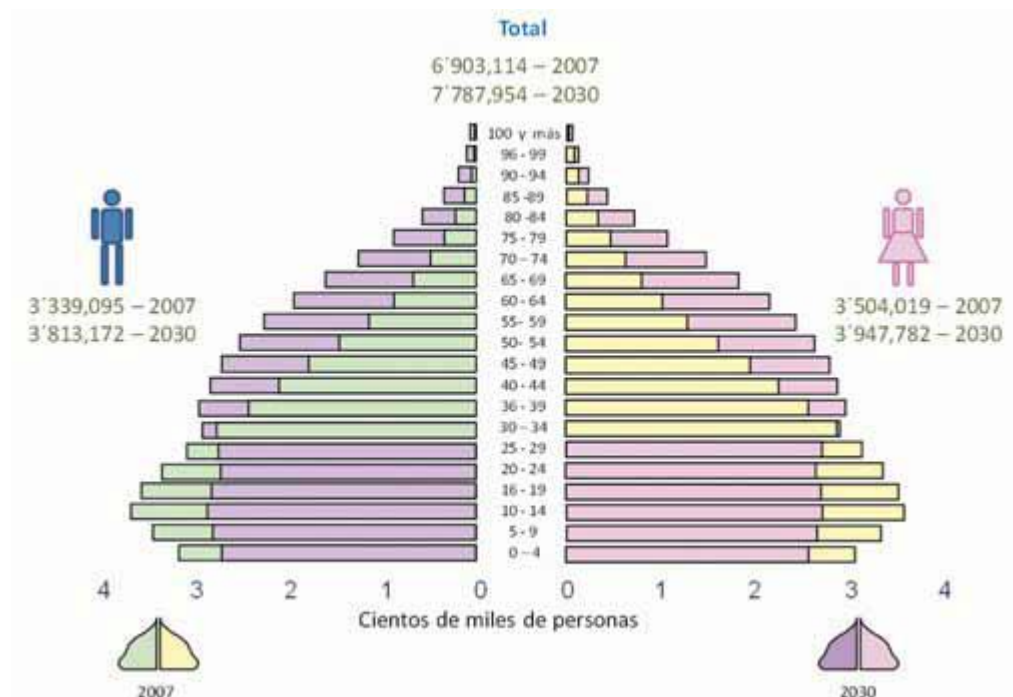


Figura 1.1 Pirámide poblacional de Jalisco 2007 y su proyección a 2030 por Grupos Quinquenales
Fuente: COEPO

Moralidad en adultos mayores.

A partir de los 65 años de edad, las tasas de mortalidad se incrementan de manera importante (4698 por cada 100,000 habitantes sumando un total de 18,923 defunciones en el año 2006). Las muertes en este grupo de edad se deben sobre todo a diabetes, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebro-vascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades hipertensivas y tumores malignos. Así mismo, la diabetes se encuentra entre las 3 principales causas de muerte en general en Jalisco.

Una de las enfermedades de más alta prevalencia de México y de Jalisco es la Diabetes Mellitus, la cual representa un gran reto, el mayor quizá al que se enfrenta nuestro Sistema de Salud, además de ser la primer causa de muerte general, es el principal motivo de demanda de atención medica de consulta externa de los adultos y sus complicaciones son una de las principales causas de internamiento en los hospitales. Según resultados de la encuesta nacional de salud, el 8% de la población mayor de 20 años padecen esta enfermedad y después de los 50 años, supera el 20 por ciento.

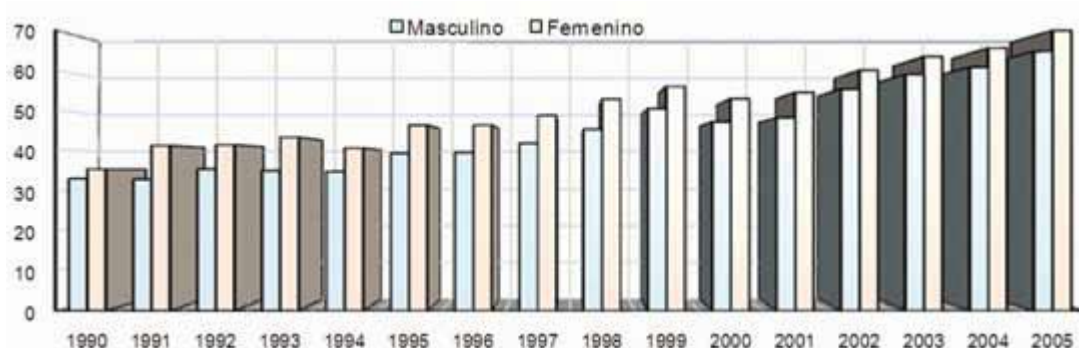


Figura 1.5 Tendencia de la mortalidad por diabetes mellitus, según sexo. Jalisco 1990-2005

Fuente: INEGI / Secretaría de Salud / CUBOS Dinámicos de Información

* Tasa por 100,000 habitantes según sexo.

La base fundamental del Programa Estatal Sectorial de Salud es mantener la congruencia con el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Nacional de Salud y el Plan Estatal de Desarrollo, todos estos orientados al desarrollo social a través de la Salud Publica. (25)

Se cuenta además con Normas oficiales para el manejo de los pacientes que viven con diabetes Mellitus.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus en la atención primaria.

Los cambios de estilo de vida producidos en los últimos años han modificado los patrones de enfermedad y de muerte en México. Además de los cambios en el estilo, la mayor esperanza de vida es factor importante en dicha modificación. Los sistemas de salud han de responder a la necesidad de cambio y ser capaces de adoptar estrategias nuevas ante los problemas de salud actuales, no sólo para satisfacer la creciente demanda de los enfermos diabéticos, sino para modificar las tendencias de estos padecimientos que pueden prevenirse

Esta norma es esencial para la unificación de los procedimientos y criterios de observancia del Sistema Nacional de Salud en materia de prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus con el propósito de asegurar una atención adecuada y de calidad a los enfermos que viven con diabetes y proteger al público de los riesgos derivados de las malas conductas en la prevención y control de este padecimiento.

Medidas de Prevención.

Es necesario que las medidas preventivas de la diabetes mellitus sean dirigidas a:

- ✓ Prevenir el desarrollo de la enfermedad en individuos susceptibles.
- ✓ Mantener la salud y la calidad de vida de pacientes con diabetes, a través de educación y cuidado efectivo del paciente.
- ✓ Educar a médicos, nutriólogos, enfermeras y trabajadoras sociales, promotoras y otros trabajadores de la salud para mejorar su eficiencia en el cuidado y educación del paciente diabético.
- ✓ Prevenir y controlar oportuna y eficientemente las complicaciones de la enfermedad.
- ✓ Disminuir la mortalidad y el costo que representa esta enfermedad y sus complicaciones.
- ✓ Apoyar la investigación encaminada a prevenir y controlar la diabetes.

Prevención Primaria.

- ✓ Es esencial que los programas encaminados a la prevención primaria, se dirijan a lograr cambios en el estilo de vida.
- ✓ Estos programas serán de aplicación a la comunidad en general, debiendo poner énfasis especial en individuos con alto riesgo y en grupos escolares.
- ✓ Los factores principales que deben evitarse para contribuir con la prevención son, la obesidad, desnutrición, sedentarismo, consumo de alcohol, estrés excesivo y prolongado, uso injustificado de medicamentos que afectan al metabolismo de los carbohidratos, tales como las tiazidas, glucocorticoides, difenilhidantoina, bloqueadores beta-adrenérgicos, etc.

Prevención Secundaria.

- ✓ Detección temprana y tratamiento oportuno de la diabetes.
- ✓ Realizar tamizaje a toda persona mayor de 25 años que acuda a consulta a las unidades de salud del sector público y privado.

Se ha observado, que el tratamiento oportuno y las medidas encaminadas a evitar la progresión del deterioro de la tolerancia a través de dieta, ejercicio, reducción de peso y el uso de hipoglucemiantes orales y/o insulina han sido favorables para disminuir la velocidad del proceso patológico en algunos casos.

Prevención Terciaria.

- ✓ Deben prevenirse y/o retrasarse las complicaciones de la diabetes.
 - Cetoacidosis Diabética. Mejorar el control glucémico, promoviendo al autocontrol con una mejor instrucción a los pacientes y la comunicación oportuna con el médico.

- Amputaciones. Cuidar los pies y promover la educación al respecto, la reducción de los factores de riesgo y la atención oportuna de las lesiones por el médico.
- Ceguera. El control metabólico ha sido efectivo para reducir esta complicación. La detección y tratamiento oportuno de las lesiones retinianas pueden evitar la ceguera. Es necesario capacitar a los médicos que atienden pacientes con esta enfermedad a reconocer las lesiones y referir tempranamente a los pacientes al oftalmólogo.
- Enfermedad Cardiovascular. Difundir la dieta adecuada para toda la población y en particular en el paciente diabético, disminuir el hábito tabáquico, detectar y tratar oportuna y adecuadamente la hipertensión arterial y las alteraciones de los lípidos en el paciente diabético.
- Enfermedad Renal. La reducción del contenido de proteínas de la dieta a un nivel adecuado; el control de la hipertensión con drogas eficaces y el mejor control de la diabetes pueden abatir la prevalencia y progresión de las lesiones y el deterioro de la función. (26)

IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO (BIENES Y SERVICIOS)

El producto Principal es:

- Grupo de ayuda mutua activo de Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de San Pedrito Tlaquepaque Jalisco, manejado por equipo multidisciplinario para su mejor apego al tratamiento y control metabólico.

Los servicios que se otorgaran serán:

- Sesiones educativas
- Sesiones de ejercicios
- Sesiones de nutrición adecuada
- Sesiones de tanatología

Los bienes que se esperan son los siguientes:

- Mejor conocimiento de su enfermedad, sus complicaciones y la prevención de las mismas.
- Cambio de estilos de vida saludables
- Aceptación de su enfermedad
- Mejoramiento de su estado metabólico

OBJETIVOS, METAS, ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES.

Objetivo General:

Implementar una estrategia de reactivación y fortalecimiento del grupo de ayuda mutua, de los pacientes diabéticos de la comunidad de San Pedrito, Tlaquepaque Jalisco, a través de un equipo multidisciplinario, durante el periodo de Julio a Octubre del 2010

Objetivos Específicos:

- Integrar un equipo multidisciplinario de facilitadores para el grupo de ayuda mutua.
- Capacitación del personal médico que participará en el proyecto, en los protocolos de atención del paciente diabético.
- Convocar al grupo de ayuda mutua de pacientes diabéticos de San Pedrito Tlaquepaque Jalisco
- Diseñar el plan de seguimiento del grupo de ayuda mutua
- Realizar evaluación de la estrategia

Metas:

- 1.-Integrar un equipo multidisciplinario de médico, enfermera, preparador físico, nutrióloga y psicólogo .
- 2.- Programar una reunión del personal que conformará el equipo, para dar seguimiento al grupo de ayuda mutua.
- 3.- Conformar un grupo de mínimo 30 pacientes diabéticos, para realizar 8 sesiones quincenales de educación para su salud.
- 4.- Un plan de seguimiento del grupo de ayuda mutua
- 5.-Un plan de evaluación del grupo de ayuda mutua

Estrategias y Actividades:

1. Convocatoria del equipo multidisciplinario
 - 1.1 Gestión de los recursos con las autoridades regionales y de área
 - 1.2 Invitación personal por escrito
 - 1.3 Definición del perfil de los participantes
2. Sensibilización y presentación del proyecto al personal del equipo multidisciplinario que participará como facilitadores.
 - 2.1 Solicitud de autorización a autoridades regionales y de Área
 - 2.2 Gestión de aula
 - 2.3 Gestión de recursos para la capacitación
3. Convocatoria de los Pacientes
 - 3.1 Realización de visita a la Unidad de salud
 - 3.2 Revisión de tarjetero de control de crónico degenerativas
 - 3.3 Selección de los pacientes que participaran en el proyecto
 - 3.4 Invitación personal a través de visita domiciliaria
 - 3.5 Reunión previa al inicio del proyecto para presentación del proyecto.
4. Realizar plan de seguimiento
 - 4.1 Solicitud del documento de manejo y metas de Grupos de ayuda mutua
 - 4.2 Solicitud de formato oficial de seguimiento de metas mensual
 - 4.3 Realización del cronograma de sesiones educativas con temas a exponer
 - 4.4 Realización de listas de asistencias de los integrantes del Grupo de ayuda mutua
5. Realizar plan de evaluación
 - 5.1 Realización de exámenes de pre y post evaluación
 - 5.2 Toma de exámenes basales generales a los pacientes
 - 5.3 Toma de exámenes finales generales a los pacientes
 - 5.4 Realizar la evaluación general del proyecto por el método que se elija.

FACTIBILIDAD

1. De Mercado:

La demanda de atención de pacientes con enfermedades crónicas al Centro de Salud, ha ido en aumento debido al aumento de pacientes con este padecimiento, más sin embargo esta no ha podido ser atendida como se debiera por varios factores, entre los que destaca la falta de infraestructura y de personal médico para la atención de los mismos, lo cual repercute en la disertación de los pacientes a llevar un adecuado control de su enfermedad. En el Centro de Salud se contaba con un GAM (grupo de ayuda mutua) de enfermedades crónicas, pero el mismo se desintegró al irse a otra unidad la persona que lo manejaba y con la cual se sentían confortados por la calidez y la atención que les brindaba, por lo que es necesario capacitar al personal que será encargado de su atención para sensibilizarlos a que tengan una mejor atención a los pacientes y no solo que se les trate de forma médica sino integral, con un grupo multidisciplinario que intervenga en su alimentación su estado mental psicológico y en la realización de actividad física.

El primer paso para evaluar la factibilidad de mercado, fue presentarles el proyecto de intervención a los tomadores de decisiones, ya que estos serían los que nos apoyarían posteriormente, con los insumos, ya sean humanos, materiales, de espacios para llevar a cabo las sesiones, entre otras cosas.

Para lo anterior se le presentó al Coordinador de Salud Pública de la Región Sanitaria XII, quien dió su total aprobación y apoyo para la aplicación del proyecto, de igual forma se reunió al Coordinador de Área de San Pedrito y a todo el personal del Centro de Salud, para presentarles los resultados del Diagnóstico de Salud y la priorización del mismo, así como el proyecto de intervención que se aplicará en su comunidad, aprobándolo y estando de acuerdo en integrarse a trabajar en el mismo.

Debido a que el aula con la que se cuenta en la unidad está siendo utilizada para resguardar mobiliario en desuso, se pidió el apoyo de la delegación comunal para solicitar el auditorio y la biblioteca del DIF para llevar a cabo las sesiones educativas, recibiendo una respuesta satisfactoria.

Posteriormente, se realizó una encuesta directa a pacientes diabéticos de la población que se les invito a integrarse al grupo de ayuda mutua, en la cual se pretendía conocer sus necesidades sentidas y si deseaban ingresar al proyecto, para conocer las expectativas de su problema de salud y del servicio del Centro de Salud, otorgándoles talleres de alimentación, gestión en laboratorios de glucómetros, platicas/talleres, exámenes generales gratuitos, además de invitar e involucrar a su familiares en su tratamiento y apoyo psicológico. Las sesiones educativas se realizaron los días jueves primeros y terceros de cada mes.

Los resultados de la encuesta fueron los siguientes:

- Se les cuestionó sobre el tiempo que tienen con su padecimiento a lo que respondieron:
 - De 1 a 5 años el 43.3%
 - De 6 a 10 años el 30%
 - De 11 a 15 años el 13.3%
 - Más de 15 años el 13.3%

De lo anterior se puede observar que el mayor porcentaje se encuentra entre el grupo de 6 a 10 años y recordando la historia natural de la enfermedad después de los 10 a 15 años inician las complicaciones de la diabetes, por lo tanto, se encuentran en un momento en las cuales se pueden aun prevenir con el cambio de estilos de vida saludable y mejora de su control metabólico.

- Se les preguntó si conocían las complicaciones de la diabetes, respondiendo como a continuación se describe:
 - 63% refieren si conocer las complicaciones que se pueden presentar en pacientes diabéticos.
 - 23.3% refirieron conocer solo algunas de las complicaciones y
 - 23.3 refirieron no conocer las complicaciones de la diabetes
- El 86% de los pacientes encuestados refirieron tener más de un problema de salud asociado a la diabetes.
- En cuanto a sus últimos reportes de glucemias
 - Menos de 100 mg : 6.6%
 - De 101 a 125 mg : 13.3%
 - De 126 a 200mg : 50%
 - De 201 a 300mg : 23.3%
 - Mas de 300mg : 3.3%

Con lo anterior podemos observar que el 76% de los pacientes encuestados se encuentran fuera de los límites de la meta de glucemia en pacientes diabéticos.

- Se les preguntó el motivo por el cual, creían que no se controlaban, respondiendo lo siguiente:
 - Controlados 6.6%
 - Por no llevar dieta ni realizan ejercicio 13%
 - Por no llevan solo dieta adecuada 33.3%
 - Por no realizo solo ejercicio 6.6%
 - Por no tomar bien los medicamentos 10%

- El 70% de los pacientes encuestados de atienden de su padecimiento en el Centro de Salud de San Pedrito, Tlaquepaque Jalisco, el resto en otras instituciones y solo uno en lo particular y 1 en ningún lugar.
- Además se les realizar otras preguntas que nos arrojaron los siguientes resultados:
 - El 73% refiere tomar bien sus medicamentos
 - El 76% no lleva una dieta adecuada
 - El 50% no realiza ejercicio
 - El 100% Coincidió en que para mejorar su salud requiere de conocer mejor su enfermedad, integrarse a un GAM, así como llevar una dieta adecuada y un plan de ejercicios
 - El 100% acepto integrarse o reintegrarse al grupo de ayuda mutua.

Lo anterior refleja la necesidad de cambios de estilos de vida, esto a través de capacitación adecuada por un equipo multidisciplinario, para la comprensión de los pacientes y la aplicación de los conocimientos obtenidos en su vida cotidiana, mejorando así su control metabólico y teniendo una mejor calidad de vida.

Así mismo, se realizó una encuesta dirigida a personal de la Unidad para ver si sabían lo que era el grupo de ayuda mutua, a quien era dirigido y cuál era su finalidad, encontrado que la mayoría no lo tenía muy claro, pero una vez que se les explico, estaban de acuerdo con apoyar el proyecto.

Muchos pacientes diabéticos de la Colonia, son asegurados del IMSS, mas sin embargo, acuden al Centro de salud, por la comodidad de la cercanía, tiempos de traslado y espera para su atención, consultas diferidas a largo plazo, etc.

Por lo que considero que si hay una factibilidad de mercado para realizar este proyecto.

2. Técnica:

La Comunidad de San Pedrito, cuenta con un Centro de Salud en donde se atiende a pacientes con enfermedades crónicas y se les invita a integrarse al GAM grupo de ayuda mutua, citándoles mensualmente para su valoración y tratamiento.

Dentro del mismo se cuenta con médicos y enfermeras que pueden participar en el proyecto, y con el auditorio del DIF para la realización de las capacitaciones, ya que en la Unidad de Salud, no está apta el aula, así mismo en la Región Sanitaria XII Centro Tlaquepaque, a donde pertenece esta Unidad, se acaban de integrar una nutricionista y una preparadora física que se pueden también incluir en actividades importantes en el proyecto.

Se cuenta en la unidad de San Pedrito, con una Medico, una enfermera y una promotora, para llevar a cabo este grupo de pacientes, que entraran en el proyecto.

En cuanto a equipo, en la unidad se cuenta con básculas, esfigmomanómetros y estuches de diagnóstico para la revisión y evaluación del paciente, así como glucómetros y tiras reactivas

Los exámenes de laboratorio serán costeados en su primera toma basal por el investigador del proyecto, y posteriormente fueron apoyadas por el laboratorio del Centro Salud 1 la Perla.

La Región XII cuenta con un programa anual de capacitaciones del personal, en las cuales se han incluido cursos de Diabetes Mellitus, además de contar en las Unidades con la norma oficial mexicana 015 SSA2-1998 de la Diabetes Mellitus, y otros manuales para su consulta sobre el tema.

Es necesario capacitar a los Médicos y enfermeras que van a atender a los pacientes, para esto se cuenta con el apoyo de la Región Sanitaria para realizar las capacitaciones señaladas.

3. Financiera

Se realizó un calendario para llevar a cabo un control de los mismos.

Las fuentes de financiamiento se obtuvieron de la Región Sanitaria XII, la Delegación Municipal, los recursos propios del investigador y de los colaboradores del proyecto

El personal que participo además de el investigador, fueron personas que laboran en la Región Sanitaria y en el Centro de Salud, e invitados.

Costos:

1. Recursos Humanos:

- Médico
- Enfermera
- Preparador físico
- Tanatologa
- Promotora de salud
- Investigador

2. Recursos materiales:

- Hojas para los cuestionarios, pre evaluaciones y evaluaciones
- Pellizquetas, lápices, borradores y plumas
- Alimentos para refrigerio.
- Glucómetro y tiras reactivas, báscula, cinta métrica
- Esfigmo y estetoscopio
- Computadora e impresora

Para fin de realizar el Protocolo para el Proyecto de intervención en Salud de Diabetes Mellitus en la Comunidad de San Pedrito Tlaquepaque, Jalisco fue necesario contar con el apoyo financiero para material e impresión de los cuestionarios de pre y post evaluación, además de recursos humanos, alimentos y viáticos.

PRESUPUESTO PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOBRE DIABETES MELLITUS EN LA COMUNIDAD DE SAN PEDRITO, TLAQUEPAQUE, JALISCO 20010

Concepto del gasto	Cantidad	Costo Unitario	Importe
Hojas Blancas (paquete con 750)	3 paq.	\$ 92.90	\$278.70
Plumas (caja con 12)	6 pza.	\$30.00	\$ 180.00
Lápices (6 piezas)	60 pza.	\$2.00	\$ 120.00
Borradores	60	\$9.90	\$ 549.00
Paquete de exámenes basales y terminales	60	\$500.00	\$30,000
Glucómetro	1	\$800.00	\$800.00
Tiras reactivas para glucómetro	12	\$350.00	\$4,200
Esfigmomanómetro	1	\$350.00	\$350.00
Estetoscopio	1	\$250.00	\$250.00
Bascula	1	\$1,200.	\$1,200
Cinta métrica	60	\$10.00	\$600.00
Pellizquetas	60	\$26.90	\$ 1614.00
Tinta para impresora	1	\$ 245.00	\$ 245.00
Folders (paq. c/25)	4	\$ 36.90	\$147.60
Salario de Medico	3 meses	\$3,000	\$9,000
Salario de la Enfermera	3 meses	\$2,500	\$7,500
Salario del Investigador	3 meses	\$10,000	\$ 30,000
Salario Psicólogo	3 meses	\$2,500	\$7,500
Salario preparador físico	3 meses	\$2,500	\$7,500
Demostración alimentaria	p/cada sesión	\$500.00	\$6,000.
Computadora	1	\$ 5,000	\$5,000
Impresora	1	\$2,500	\$2,500
TOTAL		32,403.60	115,534.30

4. Factibilidad administrativa:

El impacto del proyecto es de suma importancia ya que hoy en día la Diabetes Mellitus es una epidemia mundial, que se considera uno de los principales problemas de Salud Pública. Existen las condiciones dentro de la institución, el Plan Nacional de Salud 2007-2012 para llevar a cabo el proyecto, así como la existencia de un programa de enfermedades crónicas que tienen recursos propios.

5. Política, social y legal.

El impacto social del proyecto de salud sobre la prevención, tratamiento y control de la diabetes es alto ya que hoy en día estas patologías afectan a personas jóvenes en edad productiva y con esto a su vez, la situación laboral y económica de sus familias.

La Secretaria de Salud desde nivel federal, estatal y regional maneja como uno de los programas con más importancia el de la prevención, manejo y tratamiento y control de las enfermedades crónico degenerativas, esto debido a la creciente incidencia de personas con este padecimiento

La Norma Oficial Mexicana NOM-15-SSA2-1994, para prevención, tratamiento y control de la diabetes, expedida en el diario oficial de la Federación, en base a cumplimiento en lo previsto en el artículo 46, fracción 1 de la ley federal sobre metrología y normalización, la coordinación de vigilancia epidemiológica presentó el comité consultivo nacional de normalización de prevención y control de enfermedades, el anteproyecto de la presente norma oficial mexicana.

En el Artículo 4to de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud y la Ley Estatal de Salud, se hace referencia al derecho a la salud. Así mismo como en el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Estatal de Desarrollo, el Plan Nacional de Salud y el Plan Estatal de Salud, Programas Sectoriales, y Programa Estatal de atención de Enfermedades Crónicas.

CONCLUSIÓN FINAL DE LA FACTIBILIDAD EN GENERAL

Existen políticas internacionales a través de la OMS, políticas nacionales y estatales a través de dependencias como la Secretaria de Salud, siendo las enfermedades crónicas degenerativas una de la prioridades de esta Institución, esto por el aumento en la incidencia de nuevos casos, por el incremento en la esperanza de vida que a su vez incrementara estas patologías y por el impacto económico que generan estas enfermedades desde nivel federal, estatal y regional.

Existe estimación de presupuesto designado para estos programas a nivel federal y estatal así como regional, se cuenta con Unidades de Salud que manejan estos pacientes, medicamento, estrategias ya establecidas como el programa de enfermedades crónicas y realización de grupos de ayuda mutua.

Hubo interés de las autoridades regionales y de área para la implementación del proyecto y hay interés de la población por integrarse al proyecto.

Por lo que si se cuenta con factibilidad para implementar el proyecto de intervención.

METODOLOGIA DE LA INTERVENCIÓN

TIPO DE ESTUDIO:

El Proyecto de intervención, se llevó a cabo a través de un estudio cuasi experimental, prospectivo y longitudinal a través de la implementación de una estrategia de reactivación y seguimiento del grupo de ayuda mutua de pacientes diabéticos de la comunidad de San Pedrito, Tlaquepaque Jalisco.

UNIVERSO O POBLACIÓN OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN:

Fueron los pacientes diabéticos que acuden a tratamiento en el Centro de Salud de la comunidad de San Pedrito Tlaquepaque, Jalisco.

PERIODO DE ESTUDIO:

Julio a Octubre del 2010

UNIDAD DE OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS:

Pacientes diabéticos de la Comunidad de San Pedrito.

PROCESO DE SELECCIÓN Y MUESTREO:

No fue posible estudiar a todos los pacientes diabéticos, por lo que se tomó un grupo de 30 pacientes que acuden al centro de salud de la población, en base a convocatoria directa a los pacientes.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra fue con un mínimo de 30 pacientes diabéticos, al cual se realizarán las evaluaciones estadísticas.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Inclusión:

- Pacientes diabéticos que estén en control y tratamiento en el Centro de Salud de la comunidad de San Pedrito.
- Otros pacientes diabéticos que deseen integrarse al Grupo de ayuda mutua.

Exclusión:

- Pacientes diabéticos que pertenezcan a GAM en otras instituciones como IMSS o ISSSTE.
- Pacientes que no deseen participar.

Eliminación:

- Pacientes que falten a más de tres sesiones quincenales, durante el estudio.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y CONTROL

Control:

Se trabajó con los listados oficiales del grupo de ayuda mutua de enfermedades crónicas, que se utilizan en la Secretaría de Salud Jalisco y los formatos de seguimiento de metas del grupo de ayuda mutua.

Evaluación:

Se utilizó el mismo formato de los listados del GAM, para la evaluación de los pacientes, de somatometría y exámenes de glucemia, así como IMC y otros a través de tablas dinámicas. Y se realizó en excel otros formatos para la evaluación de la pre y postevaluación de conocimientos de los pacientes.

PLAN DETALLADO DE EJECUCION

Proyecto de Intervención San Pedrito Tlaquepaque Jalisco 2010

PROGRAMACION DETALLADA		
Reactivación y seguimiento del grupo de ayuda mutua de los pacientes con Diabetes Mellitus en la comunidad de San Pedrito Tlaquepaque Jalisco.	1.- Diagnostico de necesidades para llevar a cabo el proyecto	
		1. Diseño de instrumentos de evaluación para el personal y los pacientes.
		2. Diseño de instrumentos de control
		3. Diseño de instrumentos de Evaluación de resultados.
	2. Gestión de recursos	
		1. Presentación del protocolo a tomadores de decisiones para su apoyo.
	2.- Integración del Equipo de colaboradores del proyecto	
		1. Selección del personal participante
		2.Convocatoria a los mismos
		3. Presentación del proyecto y capacitación
	3. Formación del grupo de ayuda mutua de Diabéticos	
		1. Convocatoria de los pacientes al GAM
		2. Presentación del proyecto y pre evaluación
		3. Toma de exámenes basales
	4. Implementación del Proyecto	
		1. Implementación de talleres semanales
		2. Invitación de especialistas en cada sesión
		3. Revisión semanal de peso, tensión arterial y glucemia.
	5.- Control	
		1. Llenado quincenal del formato del GAM
		2. Toma de Glucemia, Tensión arterial y somatometría
		3.- Seguimiento de Cronograma de actividades
	6.- Evaluación de resultados	
		Evaluación final de exámenes generales y de conocimientos a los pacientes

PLAN DETALLADO DE EJECUCIÓN

A continuación se describe el plan detallado de ejecución en el cual, lo primero fue realizar la obtención y diseño de los instrumentos de control y evaluación que se utilizaran en el manejo del grupo de ayuda mutua, algunos de los cuales fueron diseñados por una servidora y otras más ya se encontraban diseñados específicos para el GAM, así mismo se realizaron algunas encuestas para aplicación a el personal de salud para conocer sus opiniones y conocimientos sobre el concepto y objetivos del grupo de ayuda mutua, se realizó un cuestionario para los pacientes diabéticos con respecto a sus conocimientos y estilos de vida, para evaluar de forma cualitativa el programa.

Se visitó el Centro de Salud de San Pedrito para realizar la presentación del proyecto al personal de salud y para realizar la conformación del equipo que participó en el mismo, previa gestión del aula y la autorización del director del Centro de Salud.

De igual forma se realizó una vista a la delegada municipal para presentarles el proyecto y gestionar recursos, como el auditorio del DIF para llevar a cabo las sesiones educativas y apoyo con alimentos para las sesiones para los integrantes del grupo de ayuda mutua.

Así mismo se les presentó a las autoridades regionales y encargada del programa de nivel regional para conocimiento del proyecto y gestión de recursos.

Por último se visitó también a la coordinadora estatal de grupos de ayuda mutua de oficina central para presentación del proyecto y gestión de recursos, así como coordinación con laboratorios para otorgamientos de estímulos para los pacientes como glucómetros entre otros.

Se visitó el Centro de Salud de San Pedrito para revisión de los listados nominales y los tarjeteros de crónico degenerativas para la elección de los pacientes, se realizó la selección de pacientes que tuvieran al menos una cita en 2010.

Se realizaron visitas domiciliarias a los pacientes para invitación a una reunión de conformación del grupo de ayuda mutua.

Se llevó a cabo una primera reunión con los pacientes diabéticos, convocados para presentación del proyecto e invitación a incorporarse al grupo.

Se realizó una segunda reunión con otro grupo de pacientes con Síndrome Metabólico, para el mismo fin.

Para llevar a cabo el plan de seguimiento se solicitó en oficinas regionales y centrales los documentos y formatos oficiales de seguimiento de metas de los grupos de ayuda mutua.

Y para realizar el plan de evaluación, se realizó a los pacientes exámenes basales y finales de glucosa, hemoglobina glucosilada, perfil de lípidos y examen general de orina. Así mismo en cada sesión que será quincenal se les tomará su peso, talla, tensión arterial, medición de cintura cadera, IMC y toma de glucosa capilar para evaluar sus avances.

Se realizó una pre evaluación al inicio del proyecto de conocimientos sobre su enfermedad y los temas que se van a exponer y una post evaluación al final de los 3 meses del proyecto.

Por último y ya con todos los datos anteriores se procedió a realizar la evaluación de todo el proyecto por el método que se eligió.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES QUINCENALES DEL
GRUPO DE AYUDA MUTUA
DE PACIENTES DIABETICOS DE SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE JALISCO 2010**

<u>Semana 1 jueves 8 de Julio</u> Realización de tarjeta de control Toma de exámenes basales Presentación de actividades y Equipo multidisciplinario Conceptos de nutrición y ejercicio Tema: Glucosa e Insulina, síntomas y daños	<u>Semana 2 jueves 22 de Julio</u> Toma de somatometría 40 min Sesión de alimentación 20 min Sesión de ejercicios 20 min Sesión : Etapas de aceptación de su enfermedad Sesión: Auto monitorear mi glucosa y controlar mis niveles de glucosa.	<u>Semana 3 jueves 5 de Agosto</u> Toma de somatometría 40 min Sesión de alimentación 20 min Sesión de ejercicios 20 min Sesión: Evitar complicaciones 1era parte.
<u>Semana 4 jueves 19 de Agosto</u> Toma de somatometría 40 min Sesión de alimentación 20 min Sesión de ejercicios 20 min Sesión : Autocontrol Sesión: Evitar complicaciones 2da parte.	<u>Semana 5 jueves 2 de Septiembre</u> Toma de somatometría 40 min Sesión de alimentación 20 min Sesión de ejercicios 20 min Sesión: Hacerme exámenes y revisión periódica.	<u>Semana 6 jueves 16 de Septiembre</u> Toma de somatometría 40 min Sesión de alimentación 20 min Sesión de ejercicios 20 min Sesión: Recibir y dar apoyo, mi equipo médico.
<u>Semana 7 jueves 30 de Septiembre</u> Toma de somatometría 40 min Sesión de alimentación 20 min Sesión de ejercicios 20 min Sesión: Herramientas para el éxito.	<u>Semana 8 jueves 7 de Octubre</u> Toma de somatometría 40 min Sesión de alimentación 20 min Sesión de ejercicios 20 min Sesión: Taller de insulinas y su aplicación	<u>Semana 9 jueves 14 de Octubre</u> Toma de somatometría 40 min Sesión de alimentación 20 min Sesión de ejercicios 20 min Sesión: Taller de realización de libreta de auto monitoreo de exámenes. Exámenes Finales

ORGANIGRAMA FUNCIONAL



En el presente organigrama se presentó las personas que participaron en el proyecto, de primera instancia la investigadora del mismo que es una servidora, Dra. Catalina Navarro Cuevas, para la dirección y asesoría del mismo se encuentran el Dr. Leandro Hernández Barrios y la Dra. Carmen Beatriz Delgadillo Jaime.

Otras personas que indirectamente se encuentran relacionadas al proyecto son las autoridades regionales y municipales o comunales, ya que estos serán que nos apoyaran con los recursos que se gestionen, así como el Dr. Juan Pablo López Ortiz, Coordinador del área de San Pedrito, quien apoyara con la organización y el seguimiento del personal de salud de la unidad que participara como facilitadores del grupo de ayuda mutua.

Y por último el personal que conformó el grupo de ayuda mutua, que fué el médico, la enfermera, la promotora, la preparadora física, la nutrióloga y la especialista en desarrollo humano, quienes fueron los facilitadores de los integrantes del grupo.

PARRILLA DE RESPONSABILIDADES

Proyecto de intervención

San Perito Tlaquepaque Jalisco

2010

Actividad-Responsable	A: autoridad	C: colaboradores del proyecto	I: investigador
Diagnostico de Necesidades			XXX
Recursos para el proyecto	XXX		XXX
Integración del equipo de Colaboradores			XXX
Convocatoria del grupo de ayuda mutua		XXX	
Implementación del Proyecto		XXX	XXX
Control		XXX	XXX
Evaluación			XXX

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

GRAFICA DE GANTT

GRAFICA DE GANTT																								R	R
	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2010																						I	C	
	JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPT.				OCT.				NOV.				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2			
ACTIVIDADES																									
1. DISEÑO DE INSTRUMENTOS																								X	
DE CONTROL Y EVALUACION																									
2. PRESENTACION DEL PROYECTO																								X	
3.GESTION DE RECURSOS																								X	
4.CAPACITACION DEL PERSONAL																								X	
5. CONVOCATORIA DE PACIENTES																								X	X
6. INICIO DEL PROYECTO																								X	X
7. TOMA DE EXAMENES BASALES																								X	X
8. PREEVALUCION A PACIENTES																									X
Y FAMILIARES																									
7. IMPLEMENTACION DE TALLERES																									X
SEMANALES DEL GAM																									
8. CONTROL																									X
9. EXAMENES FINALES																								X	X
10. POSTEVALUACION A PACIENTES																									X
Y FAMILIARES																									
11. EVALUACION DE RESULTADOS																								X	
DEL PROYECTO																									
12. REALIZACION DEL INFORME																								X	
13. PRESENTACION DE RESULTADOS																								X	
A AUTORIDADES REGIONALES																									
14.PRESENTACION DE RESULTADOS																								X	
A DONCENTES DEL INSP																									

I: Investigador C. Colaboradores

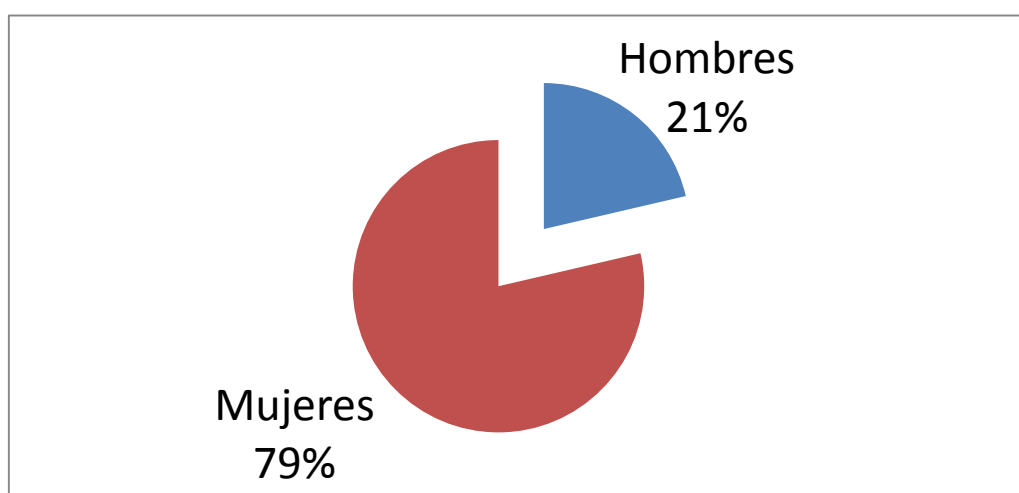
CAPÍTULO VI

REPORTE DE EJECUCIÓN

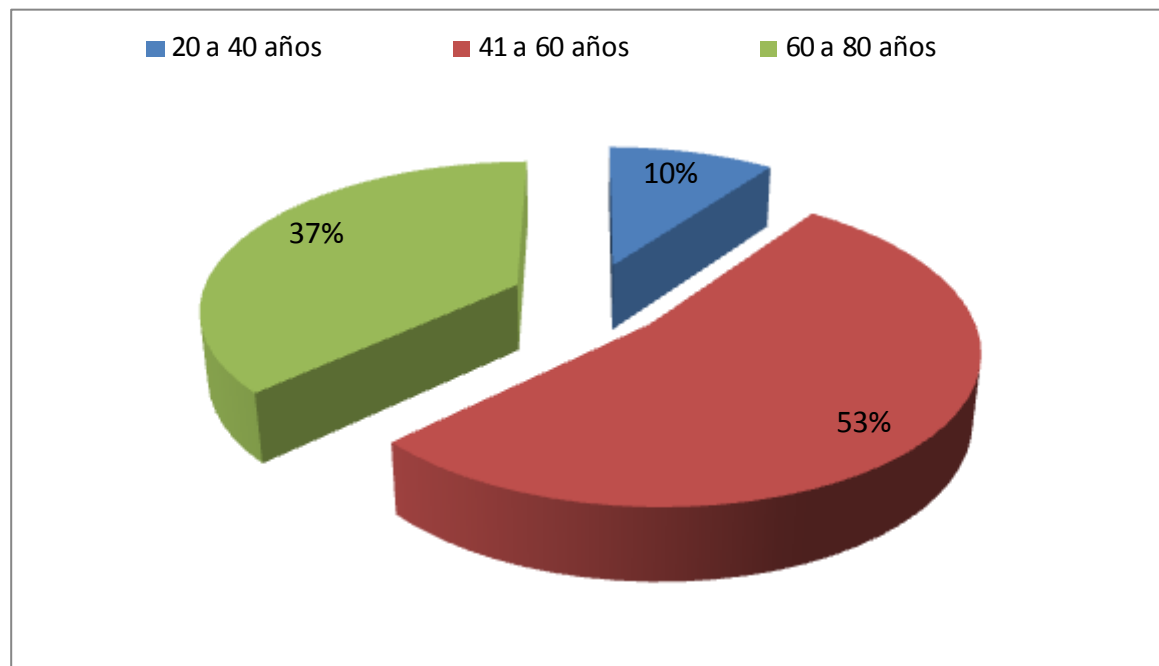
RESULTADO ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

En la Comunidad de San Pedrito Tlaquepaque Jalisco, se llevó a cabo el Proyecto de Intervención: “Fortalecimiento del Grupo de Ayuda Mutua de Pacientes Diabéticos, a través de atención multidisciplinaria de la Comunidad de San Pedrito Tlaquepaque Jalisco”, la implementación de este proyecto arrojó los siguientes resultados

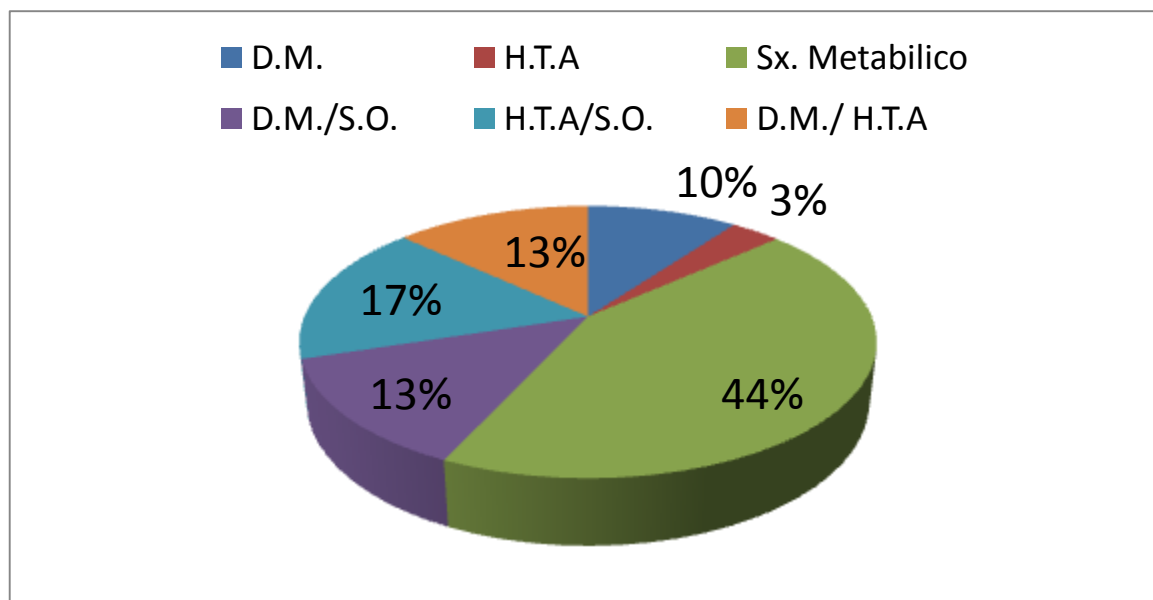
- Se conformó el equipo multidisciplinario con personal de la Región Sanitaria, la nutrióloga y la preparadora física, y personal del Centro de Salud San Pedrito, el Médico, la Enfermera, la Promotora y se invitó a una Tanatóloga.
- Se conformó el grupo de ayuda mutua
- Se realizaron 9 sesiones quincenales del grupo de ayuda mutua con un número de más de 30 participantes por sesión de acuerdo a lo previsto
- En las 9 sesiones del grupo de ayuda mutua evaluado, participaron un total de 117 pacientes con enfermedades crónico degenerativas de los cuales 25 fueron masculinos (21.3%) y 92 femeninos (78.6%)



- Las edades de los pacientes oscilaron entre los 24 y 78 años de edad
 - 20 a 40 años: 10%
 - 41 a 60 años: 53.3%
 - 61 a 80 años: 36.3%



- El 87% de los participantes que integraron el grupo de ayuda mutua que se evaluó, tenían más de un problema de salud crónico degenerativo:
 - Diabetes Mellitus 10%
 - Hipertensión arterial 3.3%
 - Síndrome Metabólico 43%
 - Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial 13%
 - Diabetes Mellitus y sobrepeso u obesidad 13%
 - Hipertensión arterial y sobrepeso u obesidad 16.6%



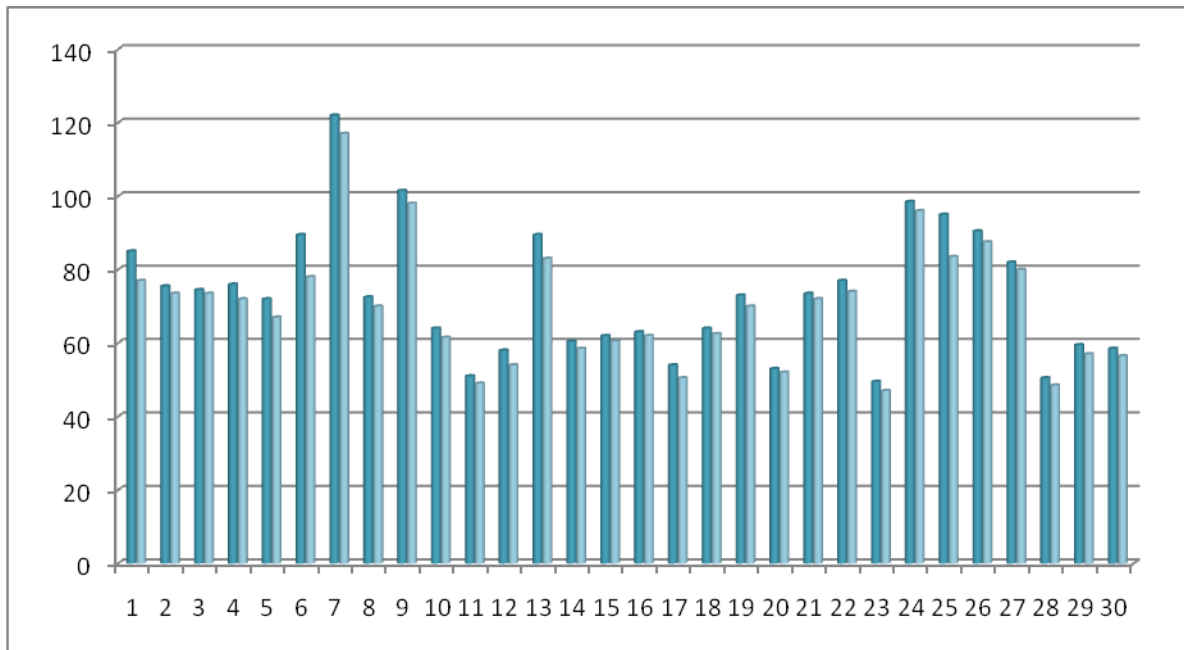
- En el acompañamiento de familiares a las sesiones, no hubo la respuesta esperada ya que solo acudieron a acompañarlos al 26%, el resto comentó que no deseaban acudir.
- A los pacientes que se integraron al grupo de ayuda mutua, se les realizó un examen de pre y post evaluación de conocimientos sobre su problema de salud, obteniendo en un 83% mejoraría de sus conocimientos sobre la diabetes, sus síntomas, complicaciones y más, el 17% se mantuvieron con sus mismos conocimientos al principio como al final del estudio.

En cuanto a las variables analizadas en el grupo de pacientes que formaron parte del proyecto, se obtuvieron los siguientes resultados:

Peso

Los rangos de peso antes del estudio oscilaron entre 49.5 y 122 kg de peso corporal, al concluir el estudio, los rangos de peso corporal oscilaron entre 47 y 117kg, la reducción de peso corporal alcanzo valores entre 1 y 11.5 kilos con un promedio de reducción de peso de 3.45 kilos, con una desviación estándar de 2.705 kilos

Comparativo de valores de peso al inicio y final del estudio



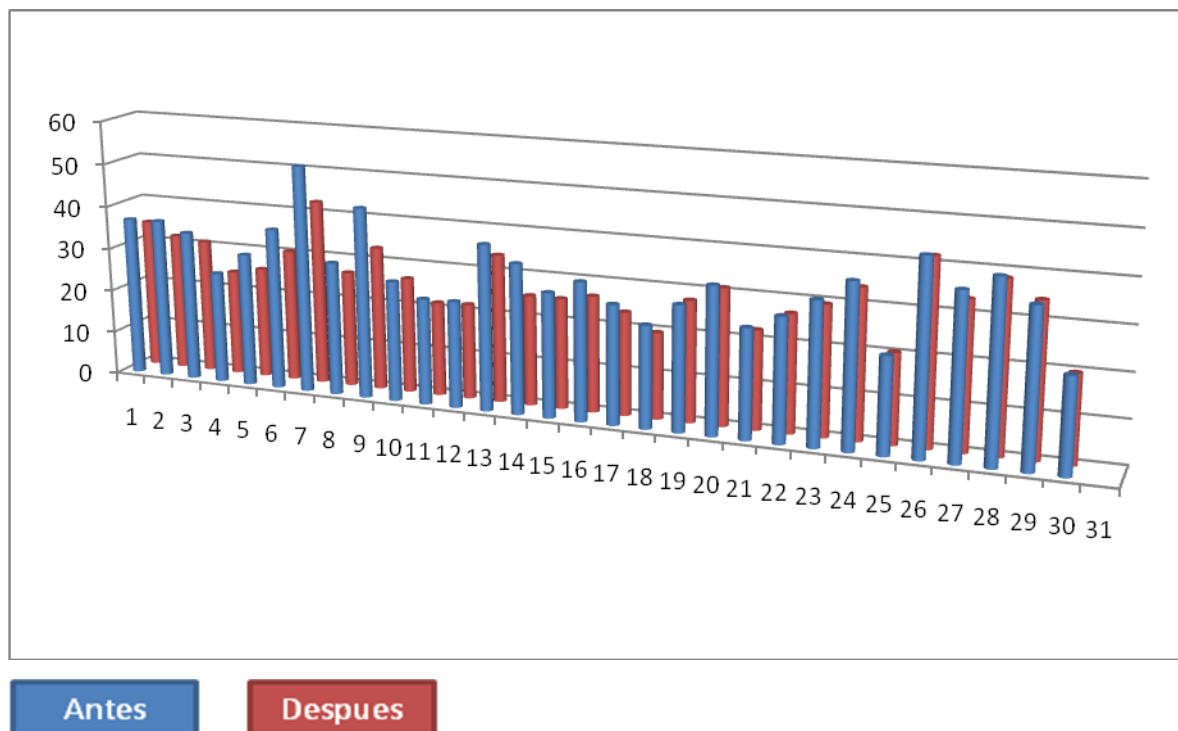
Antes

Despues

Índice de Masa Corporal (IMC)

Los rangos de IMC antes del estudio oscilaron entre 21.6 y 52.4, al concluir el estudio, los rangos de IMC oscilaron entre 19.7 y 42.7, la reducción del IMC alcanzo valores de 0.9 y 10.8 con un promedio de reducción del IMC de 3.6, con una desviación estándar de 2.5.

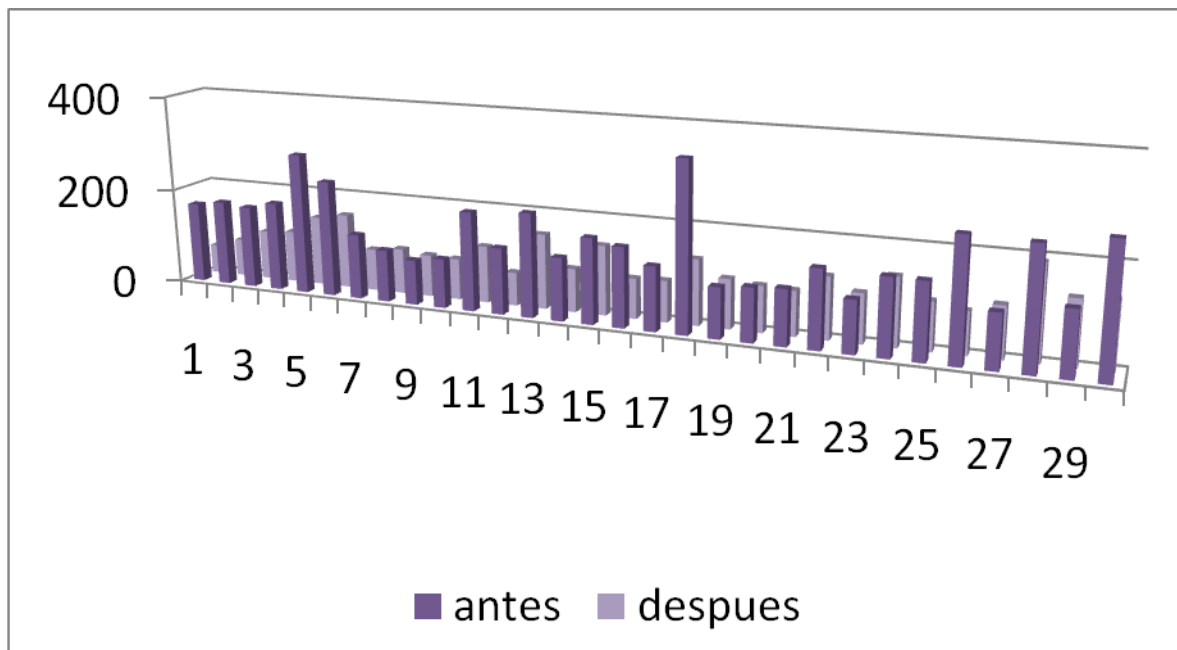
Comparativo de Índice de masa corporal antes y después del estudio



Glucemias:

Los rangos de glucosa en ayunas antes del estudio oscilaron entre 93 y 347 mg, al concluir el estudio, los rango de glucemia oscilaron entre 61 y 156 mg, la variación de la glucosa alcanzó valores de 0 a 212mg, con un promedio de 59.767, con una desviación estándar de 52.138

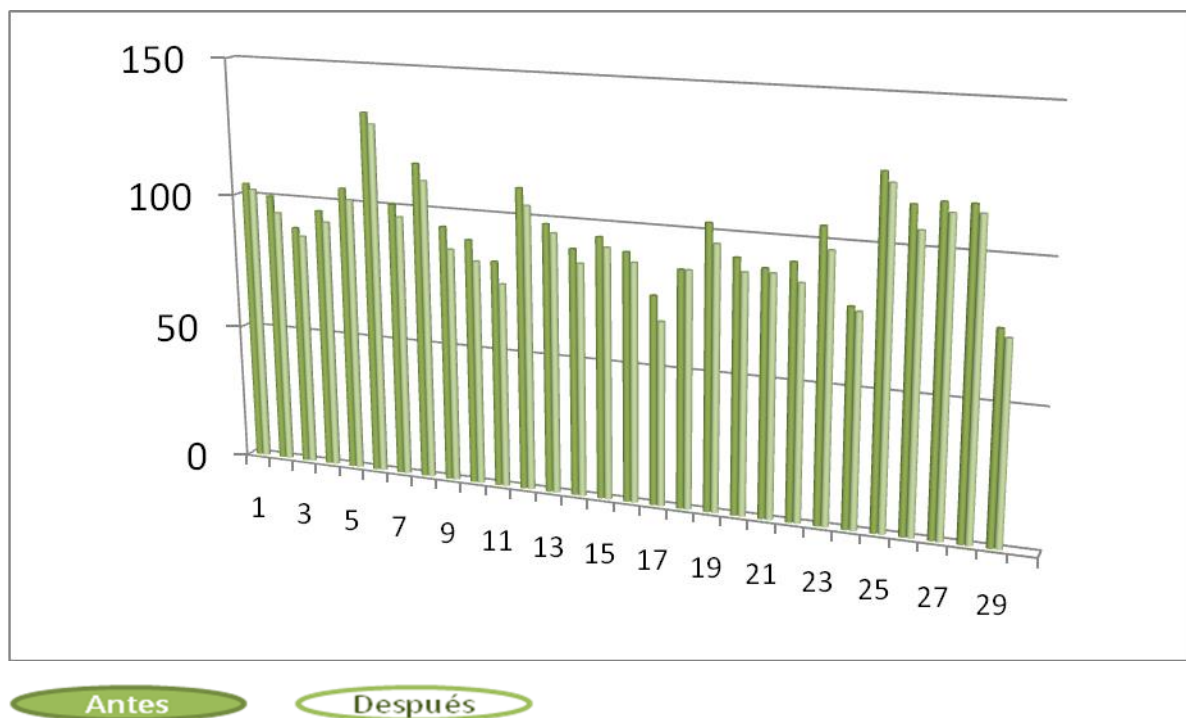
Comparativo de Glucemias al inicio y final del estudio



Circunferencia de Cintura

Los rangos antes del estudio oscilaron entre 76 y 133 centímetros, al concluir el estudio, los rangos de circunferencia de cintura, oscilaron entre 67 y 129 centímetros, la variación de la circunferencia de cintura alcanzó valores de 0 a 9 centímetros con un promedio de 5 cm y una desviación estándar de 2 centímetros.

Comparativo de medición de circunferencia cintura antes y después del estudio

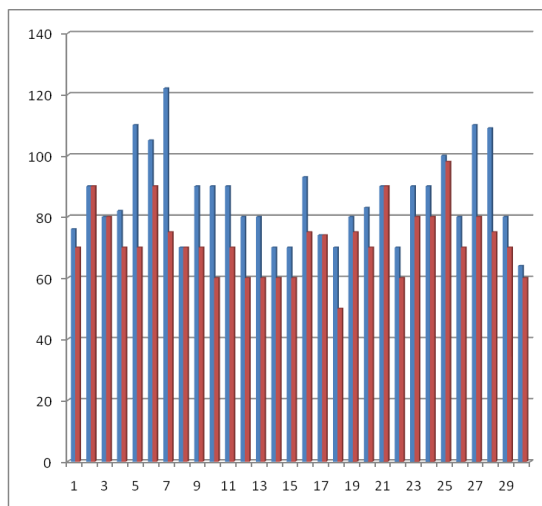


Presión arterial sistólica y diastólica

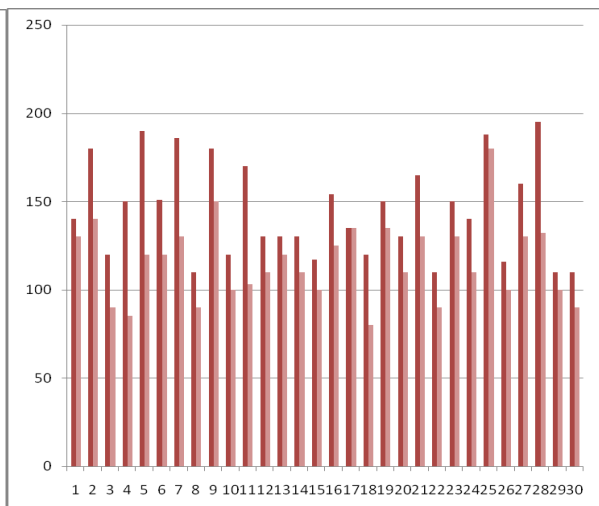
- Presión arterial diastólica: Los rangos de la presión arterial diastólica antes del estudio oscilaron entre 64 y 122 mm/Hg de presión arterial, al concluir el estudio, los rangos oscilaron entre 50 a 98 mm/Hg, la variación de la presión arterial diastólica alcanzo valores de 0 a 47 mm/Hg, con un promedio de presión arterial diastólica de 14 mm/Hg, con una desviación estándar de 12 mm/Hg
- Presión arterial sistólica: Los rangos de presión arterial sistólica antes del estudio oscilaron entre 110 y 195 mm/Hg, al concluir el estudio, los rangos oscilaron entre 80 y 180 mm/Hg, la variación de la presión arterial sistólica alcanzo valores de 0 a 70mm/Hg con un promedio de presión arterial de 29 mm/Hg, con una desviación estándar de 19 mm/Hg.

Comparativo de presión arterial sistólica y diastólica antes y después del estudio

Presión arterial diastólica



Presión arterial sistólica



Aplicación de Chi cuadrada en el apoyo familiar a los pacientes del grupo de ayuda mutua con Diabetes Mellitus de la Colonia de San Pedrito Tlaquepaque Jal.

H₀ El apoyo familiar No influye en el control de la D.M.

H₁ El apoyo familiar Si influye en el control de la D.M.

Control de Glucemias				
Observados		Controlado	No controlado	Total
Apoyo Familiar	Presente	40	5	45
	Ausente	8	20	28
Total		48	27	73

Esperados		Control de Glucemias	
		Controlado	No controlado
Apoyo Familiar	Presente	27.8	17.3
	Ausente	10.7	17.3

Diferencias		Control de Glucemias	
		Controlado	No controlado
Apoyo Familiar	Presente	12.3	-12.3
	Ausente	-2.7	2.7

		Control de Glucemias	
		Controlado	No controlado
Elevación al cuadrado	Apoyo Familiar Presente	151.29	151.29
	Apoyo Familiar Ausente	7.29	7.29

		Control de Glucemias	
		Controlado	No controlado
Cuadrados entre esperados	Apoyo Familiar Presente	5.461732852	8.745086705
	Apoyo Familiar Ausente	0.681308411	0.421387283

Resultado (suma de todos los valores) = 15.3

Valor crítico de Chi cuadrada para un grado de libertad a un nivel alpha = .05 a dos colas es = 3.8941

Se rechaza Hipótesis nula de que el apoyo familiar no influye en el control de la D. M. y Se afirma la Hipótesis Alterna que dice que el apoyo familiar si influye en el control de la D.M. ya que 15.3 es mayor que 3.8941

ANÁLISIS

Se logró llevar a cabo la integración de un equipo multidisciplinario y la reintegración del grupo de ayuda mutua, se obtuvo una buena respuesta y consistencia de un grupo de más de 30 pacientes con enfermedades crónicas que acudieron a sus reuniones quincenales en donde se le otorgaron sesiones de educación para su salud a través de un equipo multidisciplinario.

En el apoyo de familiares no se obtuvo la respuesta esperada, y con esto continua la falta de sensibilización a los mismos para la comprensión de su familiar y su padecimiento, mas sin embargo en los que si lo tuvieron, se observa que si influye el apoyo familiar en el control de la Diabetes Mellitus.

En la distribución de sexo, se observó un mayor porcentaje de mujeres,

De acuerdo a lo esperado, las edades de los participantes principalmente se encontraron entre los 41 y 60 años de edad.

Dentro de los padecimientos con mayor frecuencia encontrados en los pacientes, el que obtuvo el mayor porcentaje fue el Síndrome Metabólico con más del 40%.

La mejora de los conocimientos de su enfermedad y su manejo, pudo haber influido en los resultados de sus mejorar de su control metabólico.

CONCLUSIONES:

A través de este estudio de investigación, se pudo observar que los grupos de ayuda mutua si tienen impacto sobre la salud de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas, más aun cuando éste es manejo por un equipo multidisciplinario. El convivir y compartir con sus iguales sus conocimientos y experiencias sobre su padecimiento los enriqueció y ayudo a comprender y aceptar su padecimiento. Por lo tanto se puede concluir que si se obtuvieron los resultados esperados.

El interés y desempeño de los participantes en este proyecto, se ve manifestado en el impacto de los resultados al observar una reducción tanto en sus cifras de glucosa, su peso, IMC, ICC, y su tensión arterial, situación que no puede inferirse o extrapolarse a otro grupo de estudio, ya que el interés podrá diferir entre uno y otro usuario

PROPUESTA DE MODELO DE EVALUACIÓN

EVALUACIÓN DEL IMPACTO

INDICADORES

1.-Obtener una reducción de Glucemia de 20 mg/dl en el 50% de los pacientes evaluados.

$$\frac{\text{Pacientes que bajaron sus niveles de glucemia en 20 mg/dl}}{\text{Total de pacientes diabéticos evaluados}} \times 100 =$$

$$17/25 \times 100 = 68\%$$

El 68% de los pacientes diabéticos evaluados en el proyecto disminuyeron sus niveles de glucemia en 20 mg/dl, superando lo esperado en el Indicador

2.- Obtener la reducción de la presión arterial diastólica en 10 mm hg en un 50% de los pacientes.

$$\frac{\text{Pacientes que bajaron sus niveles de presión arterial diastólica 10 mm hg}}{\text{Total de pacientes evaluados}} \times 100 =$$

$$21/30 \times 100 = 70\%$$

El 70% del total de pacientes evaluados, lograron una reducción de 10 mm/hg en sus niveles de presión arterial diastólica, superando lo esperado.

3.- Obtener una reducción de la presión arterial sistólica en 20 mm/hg en un 50% de los pacientes evaluados

$$\frac{\text{Pacientes que bajaron sus niveles de presión arterial sistólica 20 mm/hg}}{\text{Total de pacientes evaluados}} \times 100 =$$

$$23/30 \times 100 = 76.6\%$$

El 76.6% de pacientes evaluados lograron una reducción en 20 mm/hg de sus niveles de presión arterial sistólica, superando lo esperado.

4.- Obtener una reducción de 3 cm de circunferencia de cintura en un 70% de Los pacientes evaluados

$$\frac{\text{Pacientes que disminuyeron 3cm de circunferencia de cintura}}{\text{Total de pacientes evaluados}} \times 100 =$$

$$25/30 \times 100 = 83.3 \%$$

Los pacientes evaluados superaron lo esperado en el indicador, ya que el 83.3% redujeron 3 cm de circunferencia de cintura, durante el estudio.

5.-Lograr una reducción de 3 kg/m² de Índice de Masa Corporal en el 50% de los pacientes evaluados

$$\frac{\text{Número de pacientes que redujeron 3 kg/m}^2 \text{ de Índice de masa corporal}}{\text{Total de pacientes evaluados}} \times 100 =$$

$$15/15 \times 100 = 100\%$$

El Índice de masa corporal en los pacientes evaluados obtuvo lo esperado en el 100% de los pacientes de acuerdo al indicador

6.- Lograr una reducción de peso de 2.5 kg en el 50% de los pacientes evaluados

$$\frac{\text{Número de pacientes que redujeron 2.5 kg de peso}}{\text{Total de pacientes evaluados}} \times 100 =$$

$$17/30 \times 100 = 56.5\%$$

La reducción de peso en 2.5 kg se logro en el 56.5% de los pacientes evaluados, lo que cumple con lo esperado en el Indicador.

7.- Lograr la mejoría en los conocimientos sobre diabetes, hipertensión y sus complicaciones con aprobación del examen, en un 50% de los pacientes evaluados

$$\frac{\text{Total de pacientes que aprobaron el examen de conocimientos}}{\text{Total de pacientes evaluados}} \times 100 =$$

$$14/30 \times 100 = 46.6\%$$

En la aprobación del examen de conocimientos al final del estudio se observo que solo el 46.6% aprobaron el examen, quedando por debajo de lo esperado en el indicador.

EVALUACION DE EFICIENCIA

Costos del Proyecto de Intervención

Concepto del gasto	Cantidad	Costo Unitario	Importe
Hojas Blancas (paquete con 750)	3 paq.	\$92.90	\$278.70
Plumas (caja con 12)	6 pza.	\$30.00	\$ 180.00
Borradores	30 pza	\$9.90	\$ 297.00
Lápices	30 pza.	\$2.00	\$ 60.00
Sacapuntas	30pza.	\$3.00	\$90.00
Paquete de exámenes basales y finales	60	\$500.00	\$30,000
Glucómetro	16	\$400.00	\$6,400
Tiras reactivas para glucómetro c/50	20	\$350	\$7,000
Lancetas para toma de muestra caja	9	\$60.00	\$ 540.00
Esfigmomanómetro	1	\$350.	\$350.00
Estetoscopio	1	\$250.	\$250.00
Bascula	1	\$1,200	\$1,200
Cinta métrica	5	\$10.00	\$50.00
Pellizquetas	5	\$40.	\$ 200.00
Manuales para pacientes	100	Donación	Donación
Tinta para impresora	1	\$ 245.	\$ 245
Folders (paq. c/25)	4	\$ 36.90	\$147.60
Salario de Médico	9 sesiones	\$8,500	\$6,800
Salario de la Enfermera	3 sesiones	\$3,500	\$2,800
Salario del Investigador	3 sesiones	\$10,000	\$ 8,000
Salario Promotora	3 sesiones	\$3,500	\$2,800
Salario preparador físico	3 sesiones	\$3,500	\$15,000
Salario Nutrióloga	3 sesiones	\$3,500	\$2,800
Desayunos de sesiones	p/cada sesión	\$300.00	\$2,800
Computadora	1	\$ 5,000	\$5,000
Impresora	1	\$2,500	\$2,500
Gasolina del vehículo	Por 9	\$ 100	\$900.00
TOTAL			96,688.30

De acuerdo al estudio de los costos efectuados para llevar a cabo la realización del proyecto de intervención de Fortalecimiento del Grupo de Ayuda Mutua de Pacientes Diabéticos, a través de atención multidisciplinaria, de la Comunidad de San Pedrito, Tlaquepaque, Jalisco 2010, dio como resultado un total de \$ 96,688.30, pesos, que per cápita nos da un costo de \$3223.00 por paciente evaluado, gasto que no es superado por los que se podrían generar por medicamentos y complicaciones a futuro que se podrían presentar sin el adecuado autocuidado de su salud. Lo anterior nos indica que el proyecto si fue costo efectivo.

EVALUACION DE EFICACIA

❖ Recursos

○ Materiales

▪ Se consiguieron

- Los materiales e insumos
- Las áreas físicas
- Los reactivos para los controles

○ Humanos

- Se logro conformar equipo multidisciplinario
- Se logro el grupo de 30 personas para integración del grupo de ayuda mutua.

CONCLUSION DE LA EVALUACION:

La implementación de proyectos como el presente, en el cual se obtienen impactos esperados con eficacia y eficiencia aceptables, deben buscarse las estrategias necesarias para motivar al personal de salud en la ejecución de los mismos, el proyecto actual, dadas las condiciones que prevalecieron en el mismo, tanto con el personal de la unidad de atención como de los usuarios de los servicios que decidieron participar con los mismos, en este caso nos generó situaciones ideales que conllevaron al éxito de la implementación del mismo, existen factores intervinientes que pueden ser los motivantes como es el caso del evaluador, pero que así como en este caso resultó un factor positivo se tendría que buscar el mecanismo, que sin contar con la presencia de un evaluador, ambas partes (personal de salud y usuarios de los servicios) deberán participar con el mismo entusiasmo, motivados con buenos resultados.

PROPUESTAS PARA MEJORAR LA EVALUACION

Todavía se observa falta de apoyo para estos programas, por lo que es conveniente que las autoridades regionales otorguen todos los insumos, personal y facilidades para que se desarrollen y causen impacto en la salud de la comunidad. Así mismo que haya los espacios necesarios para llevar a cabo las actividades de los grupos de ayuda mutua, con áreas adecuadas y dignas para los pacientes.

Es importante concientizar a las personas desde la consulta médica sobre la prevención de enfermedades crónicas que hoy por hoy ocupan el primer lugar de muerte en nuestro país, y a los enfermos y sus familiares para que se prevengan o retrasen las complicaciones informándoles el importante papel que juega un grupo de ayuda mutua en ese fin.

Se debe hacer partícipe a todo el personal de los centros de salud en este tipo de proyectos para que participen de forma activa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. DIS San Pedrito, Tlaquepaque, Jalisco 2008
2. Encuesta directa a la Población
3. La Priorización como elemento fundamental para la toma de decisiones, Dr. Rodolfo, Méndez Vargas, INSP.
4. www.reeme.arizona.edu
5. Wiki pedía, La Enciclopedia libre.
6. Boletín de practica medica efectiva, agosto 2006, Instituto Nacional de Salud Pública.
7. www.todoendiabetes.com
8. Diabetes en números, diplomado de enfermedades crónica, Instituto Carso de la Salud, de Carlos Slim.
9. Ensanut 2006
10. Manual de mantenimiento de la Salud para personas que viven con diabetes Mellitus, diplomado de enfermedades crónicas, Instituto Carso de la Salud de Carlos Slim.
11. Retinopatía diabética, diplomado de enfermedades crónicas, Instituto Carso de la Salud de Carlos Slim.
12. Neuropatía diabética, diplomado de enfermedades crónicas, Instituto Carso de la Salud, de Carlos Slim
13. Pie diabético, diplomado de enfermedades crónicas, Instituto Carso de la Salud, de Carlos Slim.
14. Nefropatía diabética, diplomado de enfermedades crónicas, Instituto Carso de la Salud de Carlos Slim.
15. Manejo integrado de la hipoglucemia, diplomado de enfermedades crónicas, Instituto Carso de la Salud, de Carlos Slim.
16. Santaguida PL, Balion C, Hunt D, Morrison K, Gerstein H, Raina P, et al. Diagnosis, prognosis, and treatment of impaired glucose tolerance and impaired fasting glucose. Evid Rep Technol Assess (Summ). 2005;(128)
17. Diabetes Mellitus, Medicina Interna, Hospital general Salvador Zubiran, subdirección de enseñanza e investigación.
18. El censo de pacientes diabéticos 2004, IMSS, 10 enero 2006, división técnica de información estadística en salud.
19. Manejo integrado de la diabetes tipo 2-adequado uso de antidiabéticos, diplomado de enfermedades crónicas, Instituto Carso de la Salud, de Carlos Slim.

20. Conclusiones curso de diabetes Mellitus, diplomado de enfermedades crónicas. Instituto Carso de la Salud, de Carlos Slim.
21. Plan Nacional de Salud 2007- 2012, Secretaria de Salud Jalisco.
22. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 Poder Ejecutivo Federal
23. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
24. Programa Nacional de Salud 2001-2006
25. Programas sectoriales y espaciales. Protección y atención Integral de la Salud en Jalisco.
26. Norma oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994

ANEXOS

TABLA 1

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD NIÑOS MENORES DE 1 AÑO SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE JAL 2008		CIE 10	NO.	TASA	PORCENTAJE
Núm.	CAUSA				
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ALTAS	J00-J06	303	206.12	88.34
2	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	A00-A09	31	21.09	9.04
3	CONJUNTIVITIS	B30.9-H10.9	3	2.04	0.87
4	OTITIS MEDIA AGUDA	H65.0-H65.1	2	1.36	0.58
5	TOSFERINA NO ESPECIFICADA	A37.9	2	1.36	0.58
6	VARICELA	B01	1	0.68	0.29
7	INFECCION DE VIAS URINARIAS	N39.0-N39.9	1	0.68	0.29
	TODAS LAS DEMÁS				
	TOTAL		343	233.33	100.00

POBLACIÓN 1470 MENOR DE 1 AÑO
TASA X 1000 HABTS.
REGION SANITARIA XII DEPARTAMENTO DE
ESTADISTICAS 2008

TABLA 2

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD NIÑOS 1-4 AÑOS SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE JAL 2008		CIE 10	NO.	TASA	PORCENTAJE
Núm.	CAUSA				
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ALTAS	J00-J06	643	108.45	86.89
2	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	A00-A09	57	9.61	7.70
3	ENTEROBIASIS	B80	10	1.69	1.35
4	CONJUNTIVITIS	B30.9-H10.9	7	1.18	0.95
5	MORDEDURA POR PERRO	W54	7	1.18	0.95
6	INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS	N39.0-N39.9	5	0.84	0.68
7	MORDEDURA POR PERRO	W54	3	0.51	0.41
8	VARICELA	B01	3	0.51	0.41
9	DESNUTRICIÓN LEVE	E44.1	2	0.34	0.27
10	INTOXICACIÓN POR PICADURA DE ALACRAN	T63.2,X22	1	0.17	0.14
	TODAS LA DEMÁS		2	0.34	0.27
	TOTAL		740	124.81	100.00

POBLACIÓN 5929 DE 1-4 AÑOS
TASA X 1000
REGION SANITARIA XII, DEPARTAMENTO DE
ESTADISTICAS 2008

TABLA 3

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD NIÑOS 5-14 AÑOS SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE JAL 2008		CIE 10	NO.	TASA	PORCENTAJE
Núm.	CAUSA				
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ALTAS	J00-J06	609	373.48	81.74
2	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	A00-A09	58	35.57	7.79
3	INFECCION DE VIAS URINARIAS	N39.0-N39.9	16	9.81	2.15
4	MORDEDURA POR PERRO	W54	15	9.20	2.01
5	VARICELA	B01	11	6.75	1.48
6	INTOXICACIÓN POR PICADURA DE ALACRAN	T63.2,X22	8	4.91	1.07
7	ENTEROBIASIS	B80	6	3.68	0.81
8	CONJUNTIVITIS	H10.0,B30	5	3.07	0.67
9	OTITIS MEDIA AGUDA	H65.0-H65.1	4	2.45	0.54
10	OTRAS HELMINTIASIS	B65-B67,B70-B76	3	1.84	0.40
	TODAS LA DEMÁS		10	6.13	1.34
	TOTAL		745	456.89	100.00

POBLACIÓN 16306 DE 5-14 AÑOS
TASA X 10000 HABTS.
REGION SANITARIA XII, DEPARTAMENTO DE
ESTADISTICAS 2008

TABLA 4

10 PRINCIPALES CAUSAS MORBILIDAD GENERAL SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE JAL 2008		CIE 10	NO.	TASA	PORCENTAJE
Núm.	CAUSA				
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ALTAS	J00-J06	2,105	284.32	75.91
2	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	A00-A09	216	29.17	7.79
3	INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS	N39.0-N39.9	83	11.21	2.99
4	ULCERAS, GASTRITIS Y DUODENITIS	K25-K29	56	7.56	2.02
5	MORDEDURA POR PERRO	W54	44	5.94	1.59
6	CONJUNTIVITIS	B30.9-H10.9	37	5.00	1.33
7	INTOXICACIÓN POR PICADURA DE ALACRAN	T63.2,X22	33	4.46	1.19
8	CANDIDIASIS UROGENITAL	B37.3-B37.4	30	4.05	1.08
9	DISPLASIA CERVICAL LEVE Y MODERADA	N87.0-N87.1	30	4.05	1.08
10	ENTEROBIASSIS	B80	18	2.43	0.65
	TODAS LA DEMÁS		121	16.34	4.36
	TOTAL		2,773	374.55	100.00

POBLACIÓN 74036 HABTS.
TASA X 10000 HABTS.
REGION SANITARIA XII, DEPARTAMENTO
DE ESTADISTICAS 2008

TABLA 5

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD NIÑOS MENORES DE 1 AÑO SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE JALISCO 2009		CIE 10	NO.	TASA	PORCENTAJE
Núm.	CAUSA				
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ALTAS	J00-J06	200	134.77	84.03
2	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	A00-A09	30	20.22	12.61
3	INFECCIÓN DE LAS VIAS URINARIAS	N39.0-N39.9	2	1.35	0.84
4	INFLUENZA	J10-J11	2	1.35	0.84
5	CONJUNTIVITIS	B30.9-H10.9	1	0.67	0.42
6	ENTEROBIASIS	B80	1	0.67	0.42
7	INFLUENZA HUMANA A (h1n1	U05.9	1	0.67	0.42
8	TOSFERINA NO ESPECIFICADA	A37.9	1	0.67	0.42
	TOTAL		238	160.38	100.00

POBLACIÓN 1484 MENOR DE 1 AÑO
TASA X 1000 HABTS.
REGION SANITARIA XII, DEPARTAMENTO DE
ESTADISTICAS 2009

TABLA 6

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD NIÑOS 1-4 AÑOS SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE JAL 2009		CIE 10	NO.	TASA	PORCENTAJE
Núm.	CAUSA				
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ALTAS	J00-J06	551	92.43	83.61
2	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	A00-A09	55	9.23	8.35
3	OTRAS HELMINTIASIS	B65-B67,B70-B76	13	2.18	1.97
4	DESNUTRICIÓN LEVE	E44.1	9	1.51	1.37
5	CONJUNTIVITIS	B30.9-H10.9	6	1.01	0.91
6	ENTEROBIASIS	B80	5	0.84	0.76
7	INFECCION DE VIAS URINARIAS	N39.0-N39.9	5	0.84	0.76
8	MORDEDURA POR PERRO	W54	3	0.50	0.46
9	VARICELA	B01	3	0.50	0.46
	TODAS LA DEMÁS		9	1.51	1.37
	TOTAL		659	110.55	100.00

POBLACIÓN 5961 DE 1-4 AÑOS
TASA X 1000
REGION SANITARIA XII, DEPARTAMENTO DE
ESTADISTICAS 2009

TABLA 7

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD NIÑOS 5-14 AÑOS SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE JAL. 2009		CIE 10	NO.	TASA	PORCENTAJE
Núm.	CAUSA				
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ALTAS	J00-J06	643	391.60	81.19
2	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	A00-A09	53	32.28	6.69
3	OTRAS HELMINTIASIS	B65- B67,B70- B76	29	17.66	3.66
4	ENTEROBIASIS	B80X	11	6.70	1.39
5	INTOXICACIÓN POR PICADURA DE ALACRAN	T63.2,X22	8	4.87	1.01
6	INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS	N39.0- N39.9	8	4.87	1.01
7	FIEBRE POR DENGUE	A90X	7	4.26	0.88
8	VARICELA	B01	6	3.65	0.76
9	CONJUNTIVITIS	B30.9-H10.9	5	3.05	0.63
10	INFLUENZA	J10-J11	5	3.05	0.63
	TODAS LA DEMÁS		17	10.35	2.15
	TOTAL		792	482.34	100.00

POBLACIÓN 16420 DE 5-14 AÑOS
TASA X 10000 HABTS.
REGION SANITARIA XII, DEPARTAMENTO DE
ESTADISTICAS

TABLA 8

10 PRINCIPALES CAUSAS MORBILIDAD GENERAL SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE JAL 2009		CIE 10	NO.	TASA	PORCENTAJE
Núm.	CAUSA				
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ALTAS	J00-J06	1,910	251.27	73.89
2	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	A00-A09	207	27.23	8.01
3	INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS	N39.0- N39.9	105	13.81	4.06
4	OTRAS HELMINTIASIS	B65- B67,B70- B76	50	6.58	1.93
5	ULCERAS, GASTRITIS Y DUODENITIS	K25-K29	46	6.05	1.78
6	FIEBRE POR DENGUE	A90X	24	3.16	0.93
7	INTOXICACIÓN POR PICADURA DE ALACRAN	T63.2,X22	23	3.03	0.89
8	MORDEDURA POR PERRO	W54	22	2.89	0.85
9	CANDIDIASIS UROGENITAL	B37.3- B37.4	22	2.89	0.85
10	CONJUNTIVITIS	B30.9-H10.9	19	2.50	0.74
	TODAS LA DEMÁS		157	20.65	6.07
	TOTAL		2,585	340.06	100.00
POBLACIÓN 76015 HABTS. TASA X 10000 HABTS. REGION SANITARIA XII, DEPARTAMENTO DE ESTADISTICAS 2009					

MORTALIDAD

TABLA 9

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD NIÑOS 1-4 AÑOS SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE JALISCO 2008		CIE 10	NO.	TASA	PORCENTAJE
Núm.	CAUSA				
1	ENFERMEADES INFECCIOSAS INTESTINALES	A00-A09	1	1.69	100.00
	TOTAL		1	1.69	100.00

POBLACIÓN 5929 DE 1-4 AÑOS
TASA X 1000
REGION SANITARIA XII, DEPARTAMENTO DE
ESTADISTICAS 2008

TABLA 10

10 PRINCIPALES CAUSAS MORTALIDAD GENERAL SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE JAL 2008		CIE 10	NO.	TASA	PORCENTAJE
Núm.	CAUSA				
1	DIABETES MELLITUS	E10-E14	2	0.27	15.38
2	DESNUTRICIÓN	E40-E46	2	0.27	15.38
3	ENFERMEDADES IZQUEMICAS DEL CORAZÓN	I20-I25	2	0.27	15.38
4	DIARREA Y GASTROENTERITIS	A09X	1	0.14	7.69
5	TUMOR MALIGNO DE SITIO NO ESPECIFICADO	C80X	1	0.14	7.69
6	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	J449	1	0.14	7.69
7	OTRAS CIRROSIS DEL HÍGADO	K746	1	0.14	7.69
8	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	N189	1	0.14	7.69
9	CALCULO DE RIÑON	N200	1	0.14	7.69
	SIGNOS Y SÍNTOMAS MAL DEFINIDOS	R99X	1	0.14	7.69
	TODAS LA DEMÁS				
	TOTAL		13	1.76	100.00

POBLACIÓN 74036 HABTS.
TASA X 10000 HABTS.
REGION SANITARIA XII, DEPARTAMENTO DE
ESTADADISTICAS 2008

TABLA 11

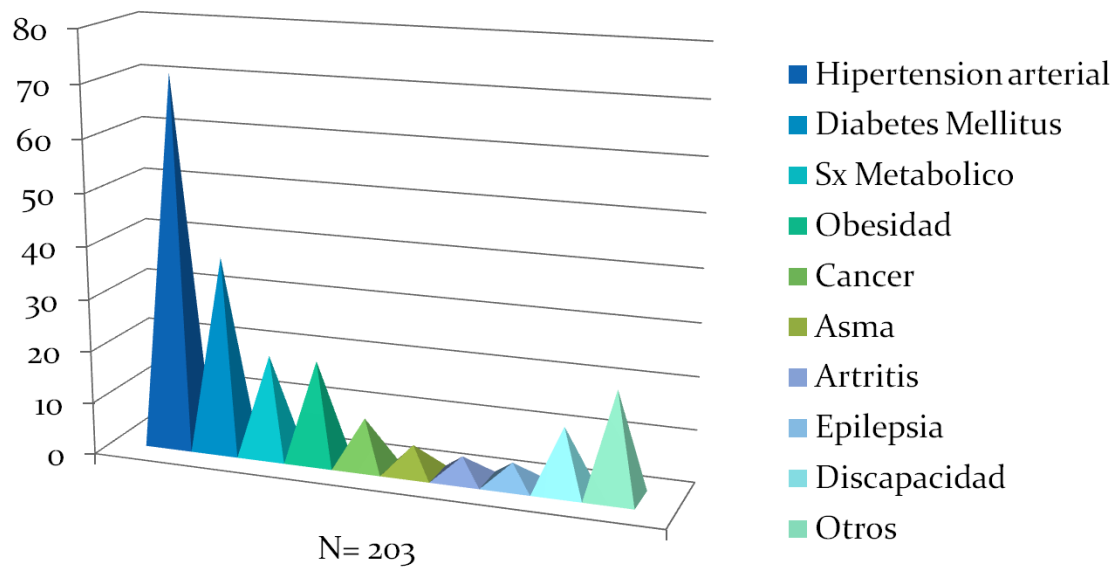
10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD NIÑOS 1-4 AÑOS SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE JAL 2009		CIE 10	NO.	TASA	PORCENTAJE
Núm.	CAUSA				
1	MALFORMACIONES CONGÉNITA DE LOS TABIQUES CARDIACOS	Q213	1	1.68	50.00
2	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL	G809	1	1.68	50.00
	TOTAL		2	3.36	100.00
	POBLACIÓN 5961 DE 1-4 AÑOS TASA X 1000 REGION SANITARIA XII, DEPARTAMENTO DE ESTADISTICAS 2009				

TABLA 12

10 PRINCIPALES CAUSAS MORTALIDAD GENERAL SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE JAL 2009		CIE 10	NO.	TASA	PORCENTAJE
Núm.	CAUSA				
1	DIABETES MELLITUS	E10-E14	3	0.39	12.50
2	INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	I21X	3	0.39	12.50
3	ENFERMEDAD ALCOHOLICA DEL HÍGADO	K70	2	0.26	8.33
4	TUMOR MALIGNO DEL HÍGADO	C22X	2	0.26	8.33
5	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	N189	2	0.26	8.33
6	DESNUTRICIÓN PROTEICOALÓRICA MODERADA	E440	1	0.13	4.17
7	TRANSTORNOS DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS Y OTRAS LIPIDEMIAS	E781	1	0.13	4.17
8	ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA	I12	1	0.13	4.17
9	INSUFICIENCIA CARDIACA	I50	1	0.13	4.17
10	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	I67	1	0.13	4.17
	TODAS LA DEMÁS		7	0.92	29.17
	TOTAL		24	3.16	100.00
POBLACIÓN 76015 HABTS. TASA X 10000 HABTS. REGION SANITARIA XII, DEPARTAMENTO DE ESTADISTICAS					

GRAFICA 1

10 PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD ENCONTRADOS EN LA COMUNIDAD DE SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE JALISCO



Fuente: Encuesta directa aplicada en la Comunidad para el Diagnóstico Integral de Salud San Pedrito, Tlaquepaque Jalisco 2009

TABLA 13

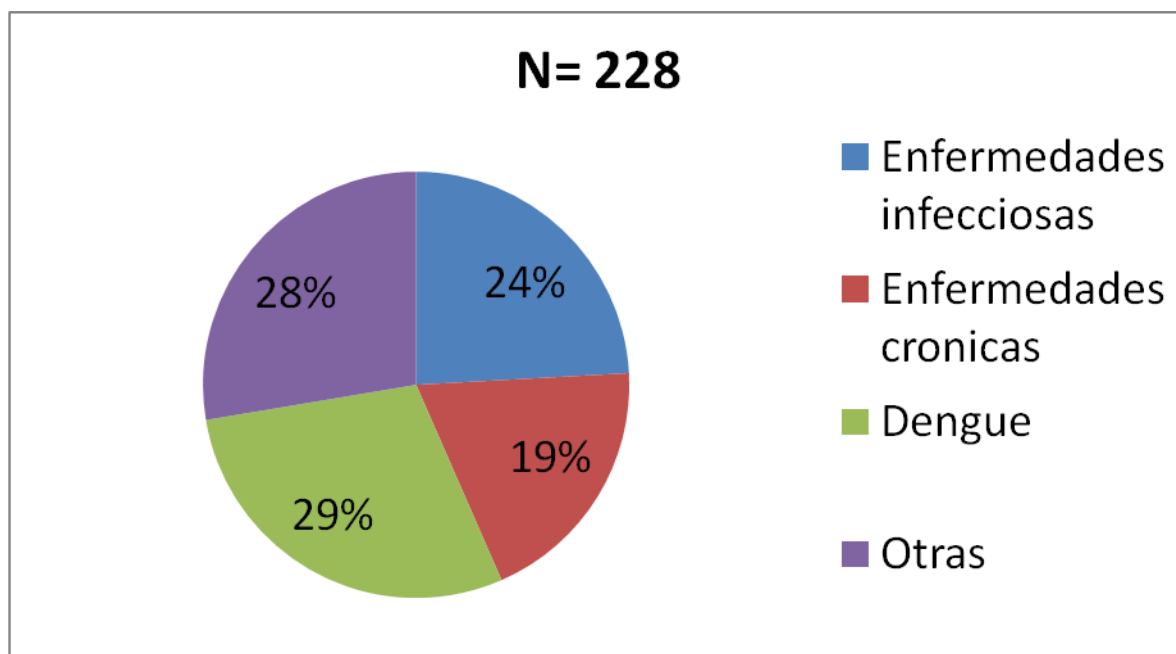
**10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA GENERAL
CENTRO DE SALUD
SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE JALISCO 2009**

CAUSAS	NUMERO DE CONSULTAS
1.Infecciones respiratorias agudas altas	2993
2.Supervision del embarazo normal y de alto riesgo	2249
3. Atención para la anticoncepción.	1192
4. Diabetes Mellitus	842
5.Enfermedad Hipertensiva	680
6.Control de salud de rutina del niño	527
7. Enfermedad infecciosas intestinales	367
8.Desnutricion calórico-proteica	343
9.Enfermedades endocrinas, hematológicas y metabólicas	289
10. Otras enfermedades infecciosas	282

Fuente: Hojas diarias de consulta externa del Centro de Salud San Pedrito Tlaquepaque Jal.,
2009 Secretaria de Salud Jalisco, Región Sanitaria XII

GRAFICA 2

PADECIMIENTOS PRESENTADOS EN LOS ULTIMOS 3 MESES PREVIOS A LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA MORBILIDAD SENTIDA SAN PEDRITO 2009



Fuente: Encuesta Directa a la Población para el Diagnóstico Integral de Salud San Pedrito Tlaquepaque Jalisco, 2009.

FACTORES DETERMINANTES:

TABLA 14
DISTRIBUCION DE POBLACION POR EDAD
SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE JALISCO

Grupo de Edad	No.	Grupo de Edad	No.
1 año	19	45 a 49 años	93
1 a 4 años	140	50 a 54 años	87
5 a 9 años	233	55 a 59 años	77
10 a 14 años	198	60 a 64 años	57
15 a 19 años	197	65 a 69 años	44
20 a 24 años	184	70 a 74 años	25
25 a 29 años	182	75 a 79 años	20
30 a 34 años	144	80 a 84 años	8
35 a 39 años	140	85 y mas	7
40 a 44 años	120	Total	1975

Fuente: Información de Encuesta directa a la población para el Diagnóstico de Salud San Pedrito Tlaquepaque Jalisco, 2009

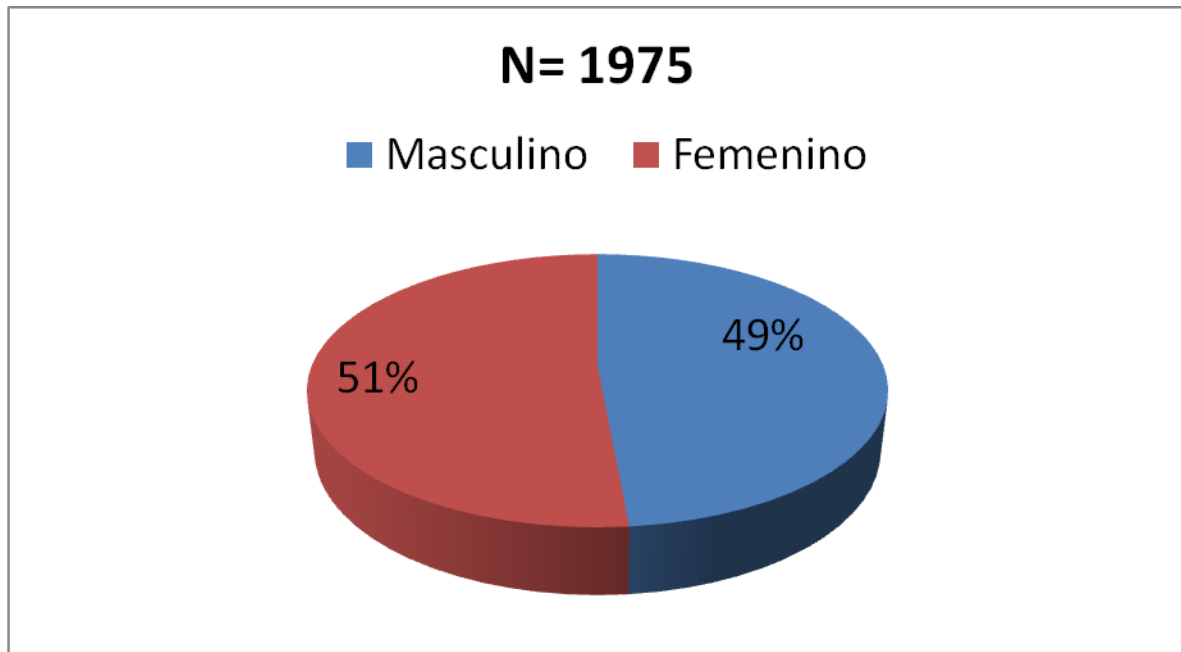
TABLA 15**POBLACION TOTAL SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE JALISCO 2009**

Grupo de Edad	Total	%	Hombres	Mujeres
< 1	1484	1.95	755	729
1-4	5961	7.84	3036	2925
5-9	8151	10.72	4163	3988
10-14	8268	10.87	4196	4072
15-19	7334	9.64	3756	3578
20-24	6954	9.14	3502	3452
25-29	6439	8.47	3184	3255
30-34	5953	7.83	2933	3020
35-39	5499	7.23	2712	2787
40-44	4855	6.38	2384	2471
45-49	4144	5.42	2016	2128
50-54	3393	4.46	1634	1759
55-59	2668	3.51	1275	1393
60-64	2081	2.73	990	1091
65-69	995	1.30	454	541
70-74	717	0.94	321	396
75-79	491	0.64	214	277
80-84	320	0.42	135	185
85 y más	304	0.39	123	181
Total	76005	100	37,785	38,230

Fuente: Proyección CONAPO 2009

GRAFICA 3

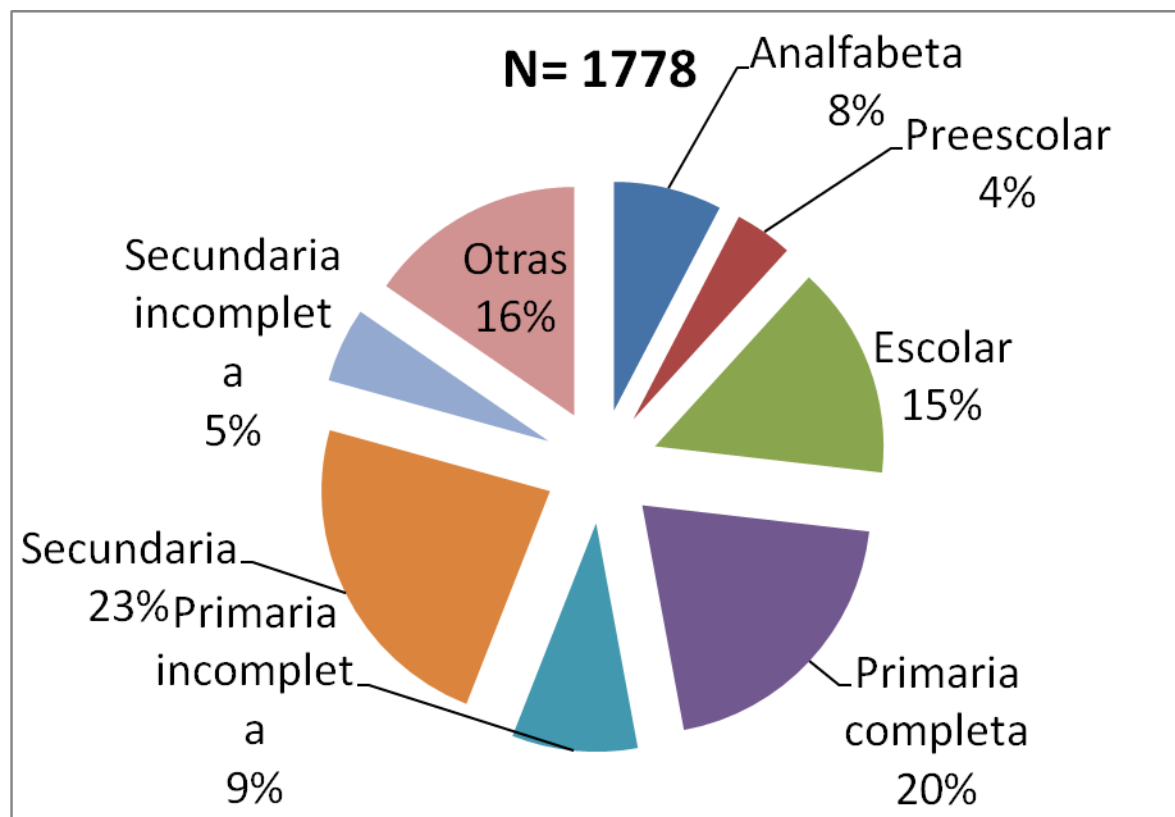
DISTRIBUCION DE POBLACION POR SEXO SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE JALISCO



Fuente: Encuesta Directa a la Población, para el Diagnóstico Integral de Salud de San Pedrito Tlaquepaque Jalisco 2009

GRAFICA 4

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS HABITANTES DE SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE, JALISCO 2009

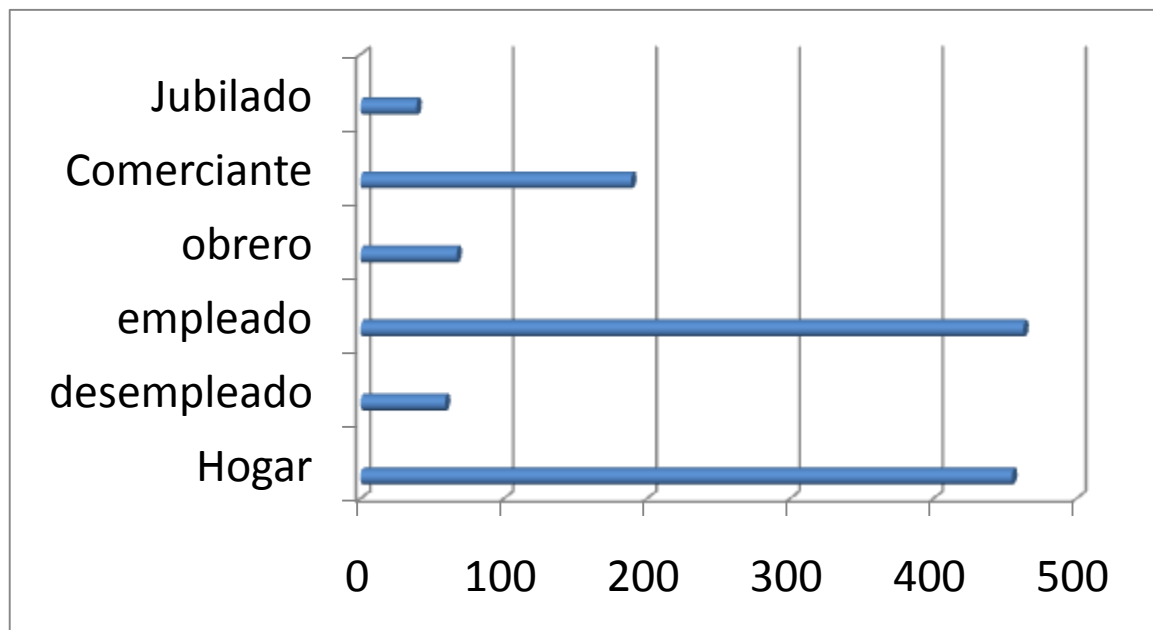


Fuente: Encuesta directa en la Población para el Diagnóstico Integral de Salud San Pedrito Tlaquepaque Jalisco 2009

GRAFICA 5

**OCUPACION DE LOS INTEGRANTES DE LAS FAMILIAS
SAN PEDRITO, TLAQUEPAQUE JALISCO 2009**

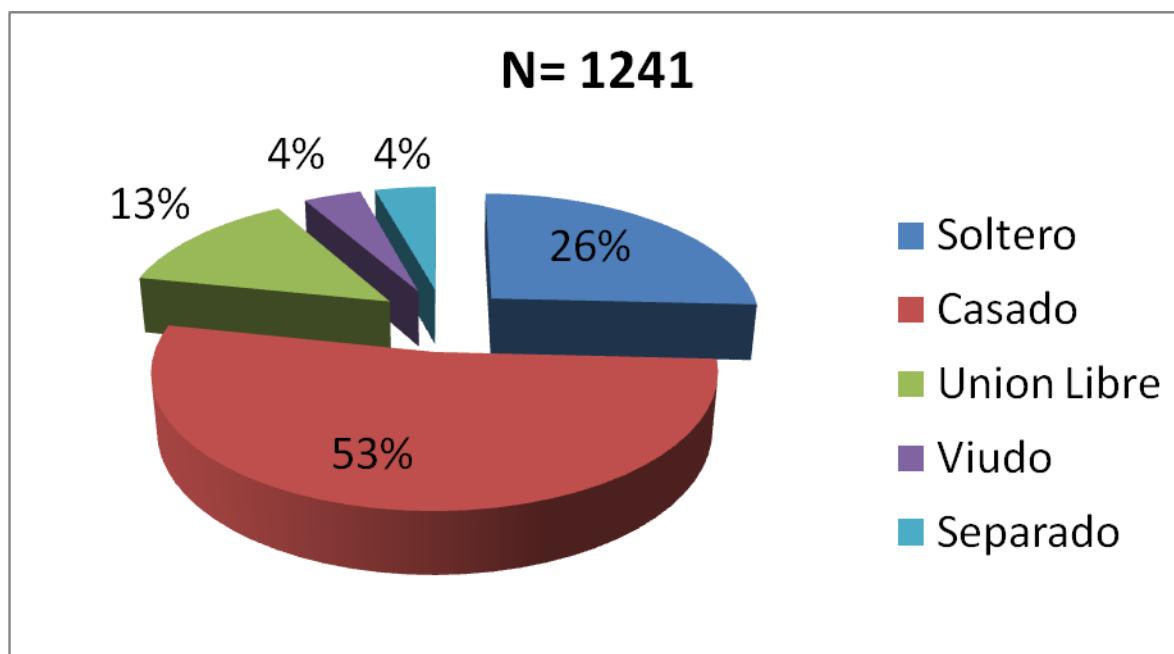
N= 1272



Fuente: Encuesta directa en la Población para el Diagnóstico Integral de Salud San Pedrito Tlaquepaque Jalisco 2009

GRAFICA 6

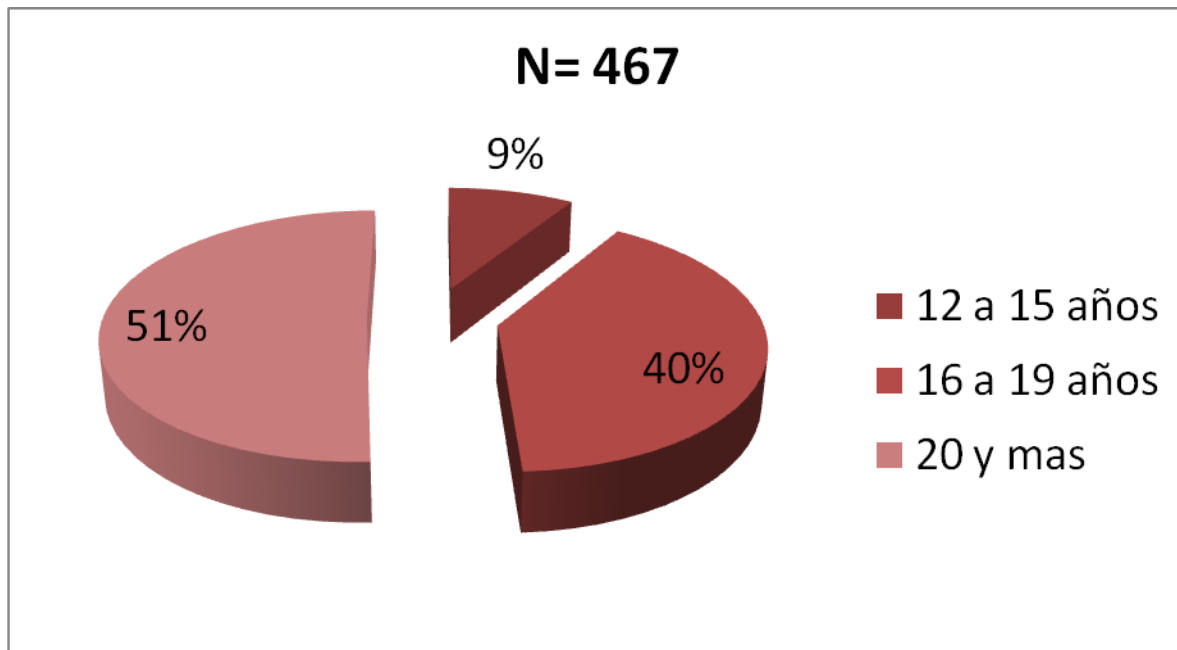
ESTADO CIVIL DE LOS HABITANTES DE LA POBLACION SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE JALISCO 2009



Fuente: Encuesta directa en la Población para el Diagnóstico Integral de Salud San Pedrito Tlaquepaque Jalisco 2009

GRAFICA 7

**EDAD DE LAS MUJERES AL PRIMER EMBARAZO
SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE, JALISCO
2009**



Fuente: Encuesta directa a la Población para el Diagnóstico Integral de Salud San Pedrito Tlaquepaque Jalisco 2009

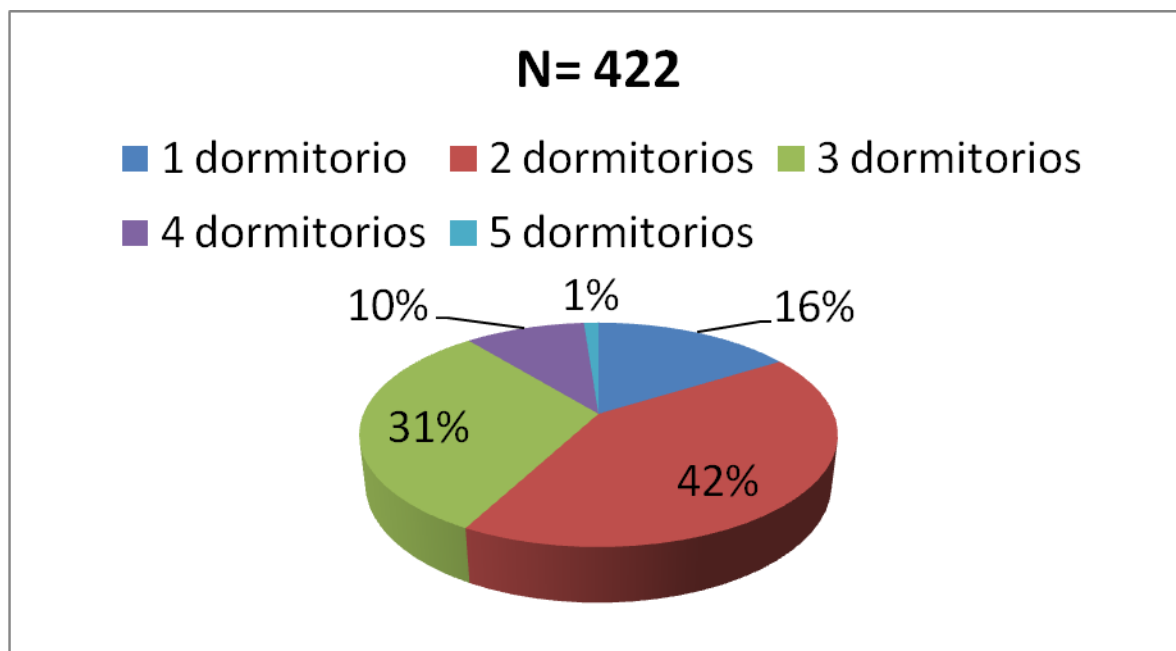
TABLA 16
CONDICIONES Y SERVICIOS DE LAS VIVIENDAS
SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE, JALISCO 2009
N= 422

Condiciones de Vivienda	No.	Porcentaje
Viviendas con agua entubada	422	100%
Viviendas con drenaje	422	100%
Piso de otros materiales	416	98.5%
Piso de tierra	6	1.4%
Muros aplanados	416	98.5%
Muros sin aplanar	6	1.4%
Techos de concreto	421	99.7%
Techo de otros material	1	0.2%
Recolección de basura en bolsas.	422	100%
Disposición de basura de camión recolector.	422	100%

Fuente: Encuesta directa a la población para el Diagnóstico Integral de Salud San Pedrito Tlaquepaque Jalisco 2009

GRAFICA 8

**NUMERO DE DORMITORIOS POR VIVIENDA
SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE, JALISCO
2009**



Fuente: Encuesta directa a la Población para el Diagnóstico Integral de Salud San Pedrito Tlaquepaque Jalisco 2009

TABLA 17

**SERVICIOS PUBLICOS CON LOS QUE CUENTA LA COMUNIDAD DE
SAN PEDRITO, TLAQUEPAQUE JALISCO 2009**

Servicios Públicos	Cuenta con el
Agua Potable	Si
Alcantarillado	Si
Alumbrado	Si
Mercado	Si
Rastros	No
Cementerios	Si
Vialidad	Si
Aseo Publico	Si
Transito	Si
Parques	No
Jardines	Si
Centros Deportivos	Si
Estacionamientos	Si
Seguridad Publica	Si
Registro Civil	Si

Fuente: Delegación Municipal, 95% de la Población cuenta con todos los servicios básicos.

TABLA 18

MEDIOS DE COMUNICACIÓN CON LOS QUE CUENTA

Correo
Teléfono
Fax
Telégrafo
Radiotelefonía

RECURSOS Y SERVICIOS

TABLA 19

INFRAESTRUCTURA EN SALUD POR INSTITUCION EN SAN PEDRITO

INSTITUCIONES	No.
Secretaria de Salud	1 Centro de Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social	No cuentan
ISSSTE	No cuentan
Servicios Médicos Municipales	1 Módulo de Consulta Externa
Cruz Roja	No cuentan
Módulos Universitarios	1 UAG semanal consulta externa
Consultorios Particulares	Varios

Fuente: Conocimiento de la Población San Pedrito Tlaquepaque Jalisco.

**SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN
EL CENTRO DE SALUD SAN PEDRITO**

Tabla 20

Unidades de Referencia

1	Hospital Civil Juan I Menchaca
2	Hospital Civil de Guadalajara
3	Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos
4	Hospital de la Mujer
5	Hospital General de Occidente
6	Instituto Dermatológico
7	Instituto de Cirugía Reconstructiva

Fuente: Directorio de Referencias de la Secretaría de Salud Jalisco

Tabla 21

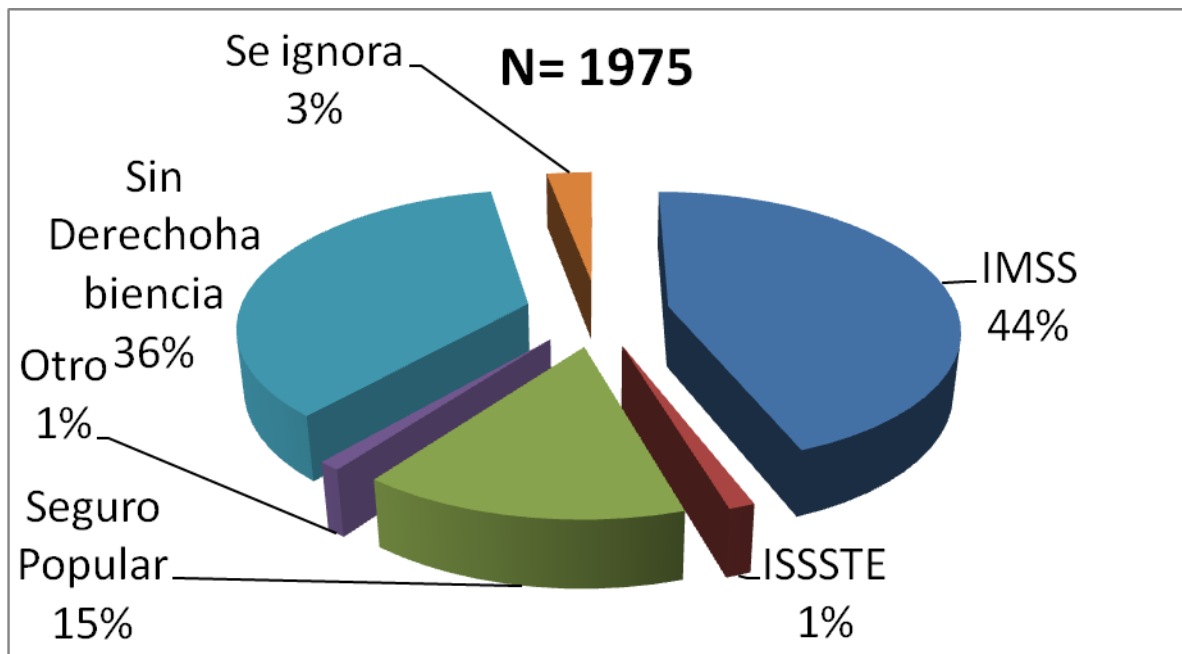
**Referencias por Diabetes y sus complicaciones en 2009 en el Centro de Salud
San Pedrito Tlaquepaque Jalisco**

Numero de referencias	Co morbilidad
11	Diabetes Descompensada
8	Retinopatía Diabética
4	Nefropatía Diabética
4	Síndrome Metabólico
3	Pie Diabético
1	Glicosuria

Fuente: Centro de Salud San Pedrito (Libreta de referencias y contra referencias)

GRAFICA 9

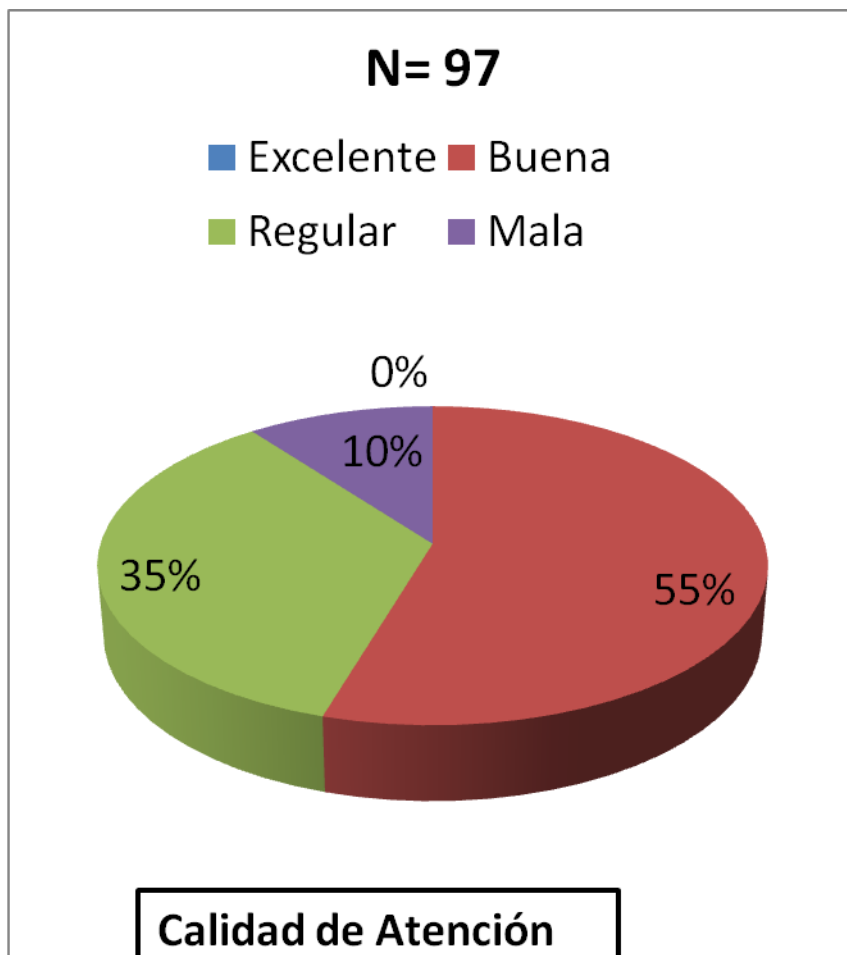
SEGURIDAD SOCIAL EN LA POBLACION DE SAN PEDRITO TLAQUEPAQUE 2009



Fuente: Encuesta directa a la Población, para el Diagnóstico Integral de Salud, San Pedrito Tlaquepaque Jalisco 2009

UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD PUBLICOS
GRAFICA 10

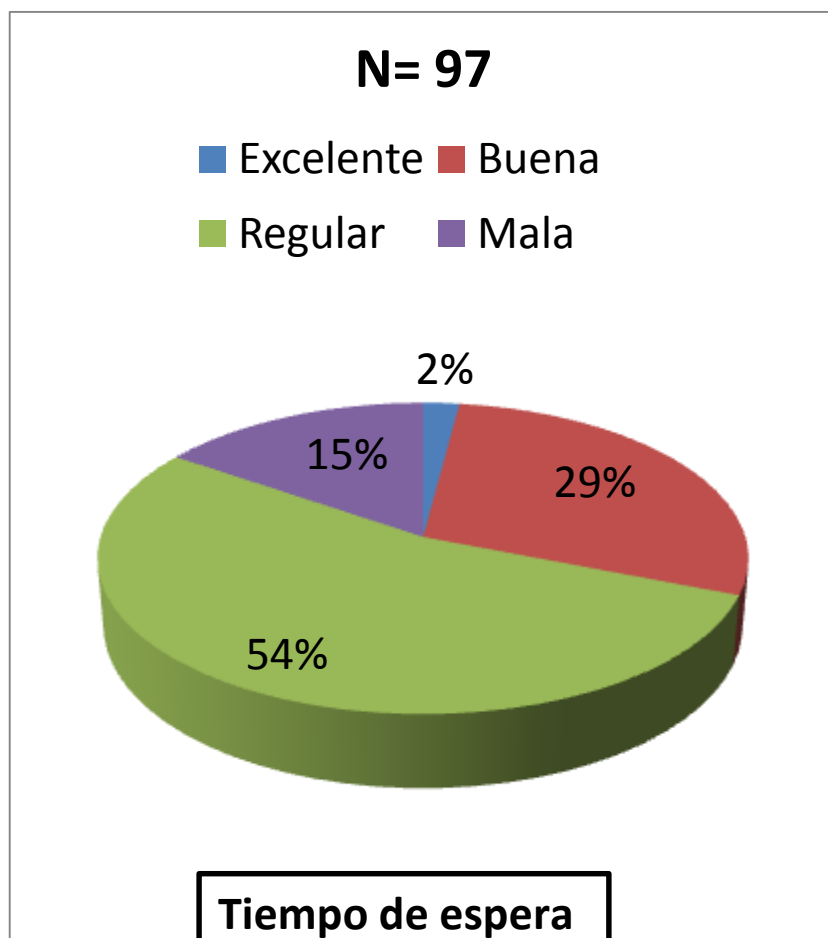
PERCEPCION DE LA CALIDAD DE ATENCION



Fuente: Encuesta directa a la población para el Diagnóstico Integral de Salud San Pedrito Tlaquepaque Jalisco 2009

GRAFICA 11

PERCEPCION DEL TIEMPO DE ESPERA



Fuente: Encuesta directa a la Población, para el Diagnóstico Integral de Salud San Pedrito Tlaquepaque Jalisco 2009



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**Cuestionario para el personal de la Unidad San Pedrito
Proyecto de intervención en Diabetes Mellitus**

FUNCION_____ **EDAD**_____ **FECHA**_____

1. Sabe usted lo que es el GAM grupo de ayuda mutua?

R_____

2. Cuentan con uno en la Unidad?

R_____

3. Sabe que tipo de pacientes lo integran?

R_____

4. Sabe que personal de salud debe de participar?

R_____

5. Sabe que temas se aplican en el grupo de ayuda mutua?

R_____

6. Porque cree usted que no se ha podido integrar?

R_____

7. Que hace falta para que se conforme?

R_____

8. Le gustaría participar en el grupo de ayuda mutua?

R_____

9. Que beneficios cree que pueden tener los pacientes que se integren al GAM?

R_____

10. Que propone para que se conforme el GAM?

R_____



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**Encuesta de convocatoria para los pacientes diabéticos
Colonia San Pedrito Tlaquepaque Jalisco**

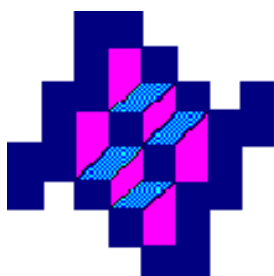
Nombre_____ **Edad**_____ **Fecha**_____

1. Cuántos años tiene de padecer la diabetes?
 - a. 1 a 5 años
 - b. 6 a 10 años
 - c. 11 a 15 años
 - d. Más de 15 años
2. Tiene otras enfermedades concomitantes?
 - a. Hipertensión
 - b. Obesidad
 - c. Problemas de colesterol o triglicéridos
 - d. Ninguna
3. Esta controlado con cifras normales (cuanto fue la última)?
 - a. Menor a 100 mg
 - b. De 110 a 125 mg
 - c. De 126 a 200 mg
 - d. De 200 a 300mg
 - e. Más de 300 mg
4. Porque cree usted que no se controla?
 - a. Porque no me tomo mi medicamento bien
 - b. Porque no realizo ejercicio
 - c. Porque no llevo una dieta adecuada
 - d. Porque no acudo a mi citas de control
 - e. Dos o más de las anteriores

5. A donde acude a su atención?
 - a. Al centro de Salud
 - b. Al IMSS
 - c. A un particular
 - d. A el Hospital
 - e. A ningún lado
6. Porque?
 - a. Porque me atienden bien
 - b. Porque tengo seguro popular
 - c. Porque tengo seguro social
 - d. Porque no tengo tiempo
 - e. Porque no tienen otra opción
7. Le gusta la atención que le dan?
 - a. Si
 - b. No
8. Realiza ejercicio si no porque?
 - a. Si
 - b. No
 - c. No tengo tiempo
 - d. No sé que ejercicios realizar
9. Lleva una dieta adecuada si no porque?
 - a. Si
 - b. No
 - c. No sé que puedo comer
 - d. No me gusta hacer dieta
10. Toma de forma continua y adecuada su tratamiento médico?
 - a. Si
 - b. No
 - c. Se me olvida
 - d. No sé como tomármelo (no me han explicado bien)

11. Que necesita usted para mejorar su salud?
- a. Mejor atención en su Unidad de Salud
 - b. Formar parte del grupo de ayuda mutua
 - c. Conocer mejor mi enfermedad
 - d. Realizar ejercicio y dieta balanceada
 - e. Todas las anteriores
12. Pertenece a algún grupo de ayuda mutua?
- a. Si
 - b. No
13. Conoce las complicaciones que puede presentar?
- a. Si
 - b. No
 - c. Algunas
14. Que sugiere para su mejor atención
- a. Que me den platicas
 - b. Que me enseñen que puedo comer
 - c. Que me digan que ejercicios puedo Hacer
 - d. Que mis familiares conozcan mi enfermedad y me apoyen
 - e. Todas las anteriores
15. Le gustaría integrarse o reintegrarse al grupo de ayuda mutua?
- a. Si
 - b. No
 - c. No sé que es eso

GRACIAS POR SU TIEMPO...



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA**

**Pre evaluación para pacientes diabéticos de San Pedrito
Grupo de ayuda mutua (GAM)**

NOMBRE _____ **EDAD** _____ **FECHA** _____

1. Que es para mí la diabetes Mellitus?

R _____

2. Que es la insulina?

R _____

3. Cuáles son los síntomas de la Diabetes Mellitus?

R _____

4. Señale 3 acciones que debe de realizar para controlar su glucosa.

R _____

5. Que complicaciones puedo tener con la diabetes?

R _____

6. Como puedo evitar las complicaciones de la diabetes?

R _____

7. Que exámenes debo realizarme periódicamente para llevar un control adecuado y detectar inicio de complicaciones?

R _____

8. Cuál es la meta de cifras de Glucosa que usted debe tener para evitar complicaciones?

R _____

9. Cuáles son las cifras de presión arterial que debe de lograr para su control adecuado?

R_____

10. Sabe lo que es la hemoglobina glucosilada y para que es importante medírsela cada 3 meses?

R_____

11. Sabe lo que es el colesterol y los triglicéridos?

R_____

12. Sabe cuántos tipos de colesterol hay?

R_____

13. En el examen general de orina que es lo que buscamos para detectar daño renal?

R_____

14. Que estudio del corazón se debe de realizar periódicamente?

R_____

15. Que especialistas debo visitar periódicamente cada año para que me revise?

R_____

16. Porque es importante revisar mis pies?

R_____

17. Cuál es la diferencia entre actividad física y ejercicio?

R_____

18. En que me beneficia hacer ejercicio?

R_____

19. Como se clasifican los alimentos?

R_____

20. Porque es importante llevar una adecuada alimentación?

R_____

21. Para vivir con diabetes estoy dispuesto (A) a hacer lo siguiente:

R _____

22. Para lograr lo anterior creo que me enfrentare con los siguientes obstáculos:

R _____

23. Para vencer estos obstáculos estoy dispuesto a hacer lo siguiente:

R _____

24. Se compromete a integrarse al grupo de ayuda mutua y seguir las indicaciones que ahí se den?

R _____

25. Que beneficios crees usted que obtendrá al integrarse al grupo de ayuda mutua (GAM)?

R _____

