

SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

ESTRATEGIA GRUPOS DE AYUDA MUTUA
Enfermedades Crónicas
LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN 2016



**PROGRAMA DE SALUD
EN EL ADULTO Y EN EL ANCIANO**

CENAPRECE
CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS
Y CONTROL DE ENFERMEDADES

ESTRATEGIA GRUPOS DE AYUDA MUTUA
Enfermedades Crónicas
LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN 2016

DIRECTORIO

Mercedes Juan López

Secretaria de Salud

Pablo Antonio Kuri Morales

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Eduardo González Pierre

Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dra. Marcela Guillermina Velasco González

Subsecretaría de Administración y Finanzas

Dr. Guillermo Miguel Ruiz-Palacios Y Santos

Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Lic. Sandra Elisa González Ortiz

Dirección General de Asuntos Jurídicos.

Mtro. Roberto Femat Ramírez

Dirección General de Comunicación Social

Dr. Jesús Felipe González Roldan

Director General del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Dra. Gabriela Raquel Ortiz Solís

Directora del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano

Dra. Diana Carrasco Alcántara

Subdirectora de Enfermedades Crónico Degenerativas

Dr. Ulises Gallegos Ventura

Jefe de Depto de Diabetes e Hipertensión Arterial

Dirección del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano
Grupos de Ayuda Mutua
Enfermedades Crónicas

- Mtra. Martha Adriana Cavazos Milanés
- MSP Arturo Cruz Salgado
- LEO Verónica Hernández Andrade
- Dr. Simeón Raúl Hernández Castillo
- Dr. Humberto Morales Hernández
- Dr. Elías Velasco Limón

ÍNDICE

ESTRATEGIA GRUPOS DE AYUDA MUTUA	1
I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	7
III. ESTRATEGIA NACIONAL DE GRUPOS DE AYUDA MUTUA ENFERMEDADES CRÓNICAS.	9
Antecedentes.	9
IV. DEFINICIÓN Y OBJETIVOS.	10
Definición de un Grupo de Ayuda Mutua EC	12
Objetivos de los Grupos de Ayuda Mutua E.C.	12
V. LINEAMIENTOS DE LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA EC.....	13
Promoción y difusión a pacientes con Enfermedades Crónicas	13
Integración.....	15
Estructura	17
Plan de trabajo	19
Actividad Física en los GAM EC.....	20
Evaluación del aprendizaje:.....	21
Características de los GAMs EC	22
Seguimiento y evidencia documental de los Grupos de Ayuda Mutua EC.....	24
VI. PROCESO DE ACREDITACIÓN.....	26
Registro Mensual de variables	26
Etapas de Acreditación.....	26
Evolución del GAM EC.....	29
Meses de un GAM EC:.....	31
VII. SISTEMA DE VIGILANCIA Y ESTUDIO GRUPOS DE AYUDA MUTUA ENFERMEDADES CRÓNICAS (SIVEGAM).....	37
Objetivo general:.....	38
Objetivos específicos:	38
VIII. CRITERIOS PARA LA APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INDICADORES DE GRUPOS DE AYUDA MUTUA- EC.....	40
IX. CONCLUSIONES.....	41
X. ANEXOS.....	42
ANEXO 1. CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO (HOJA FRONTAL).....	42
ANEXO 1. CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO	43
ANEXO 2. FORMATO ACTA CONSTITUTIVA.....	44
ANEXO 3. LISTA DE INTEGRANTES ACTA CONSTITUTIVA.....	45

ANEXO 4. FORMATO DE REGISTRO MENSUAL DE ACTIVIDADES Y SEGUIMIENTO DE COMPLICACIONES 2016, E INSTRUCTIVO.....	46
ANEXO 5. CUESTIONARIO PERFIL DEL INTEGRANTE.....	51
ANEXO 6. EVALUACIÓN DE NECESIDADES EDUCACIONALES DEL PACIENTE	55
ANEXO 7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES GAM EC.....	56
ANEXO 8. CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN EDUCATIVA	57
ANEXO 9. FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA SESIÓN	58
ANEXO 10. CATALOGO NACIONAL DE GRUPOS DE AYUDA MUTUA EC	59
ANEXO 11. FORMATO PARA ACREDITACIÓN DE GAM EC 2016.....	60
ANEXO 12. FORMATO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA GAM EC 2016, E INSTRUCTIVO.....	61
ANEXO 13. ENCUESTA DE TUBERCULOSIS.....	64
BIBLIOGRAFÍA	65

I. INTRODUCCIÓN.

De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la prevalencia de las enfermedades no transmisibles (ECNT) ha aumentado de manera sostenida, identificándose en países de ingresos económicos bajos y medios, impactando hasta en un 80% del total de las defunciones anuales.

Las ECNT tienen una estrecha relación de causalidad con estilos de vida poco saludables, sedentarismo, envejecimiento, urbanización rápida y no planificada.

Debido a la magnitud y trascendencia, estas enfermedades crónicas se han convertido en uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, el principal factor de riesgo es el aumento de la presión arterial con un 16.5% de defunciones atribuibles; en segundo lugar el consumo del tabaco con un 9%, el aumento de glucosa sanguínea en 6%, inactividad física en un 6% y el sobrepeso y la obesidad en el 5%.¹

México, al igual que otros países de América Latina y el Caribe, ha sufrido cambios en el perfil de mortalidad y morbilidad, a lo largo de los últimos años se ha registrado una disminución porcentual de muertes derivadas de enfermedades transmisibles (infecciosas y parasitarias), enfermedades perinatales, y un aumento en morbilidad-mortalidad por enfermedades no transmisibles, y causas externas (accidentes, traumatismos y violencia) ²

Esta transición está determinada por factores económicos, sociales, estilo de vida inadecuado y otras problemáticas. Destacan por su importancia y frecuencia, el sobrepeso y la obesidad, teniendo como resultado de éstas, la diabetes mellitus tipo 2, sus comorbilidades como las dislipidemias, el riesgo cardiovascular, síndrome metabólico y sus complicaciones como: la insuficiencia renal, retinopatía y neuropatía; estos padecimientos paulatinamente se han convertido en el principal problema de salud en el país, que impacta tanto al sistema de salud, así como a la calidad de vida de todos los mexicanos.

A través de la ayuda mutua se ha logrado incrementar la adherencia terapéutica de los pacientes a largo plazo, fomentando la cooperación, la reciprocidad (en el intercambio de recursos, habilidades y servicios) y el trabajo en equipo (personal de salud-paciente-familia), lo que se traduce en un beneficio mutuo que trasciende en lo político y social.

Dado el énfasis actual de la investigación en salud en ajustar las intervenciones a las particularidades culturales y sociales de las personas, la formación de grupos de ayuda mutua en primer nivel de atención es una estrategia cuantitativa y cualitativa que permite ofrecer un seguimiento y control de los pacientes crónicos para el logro de su autoconocimiento, autocuidado y autoestima, a partir del seguimiento de las recomendaciones que el equipo de salud hace para el cuidado de la enfermedad y disminución de las complicaciones derivadas de la misma.³

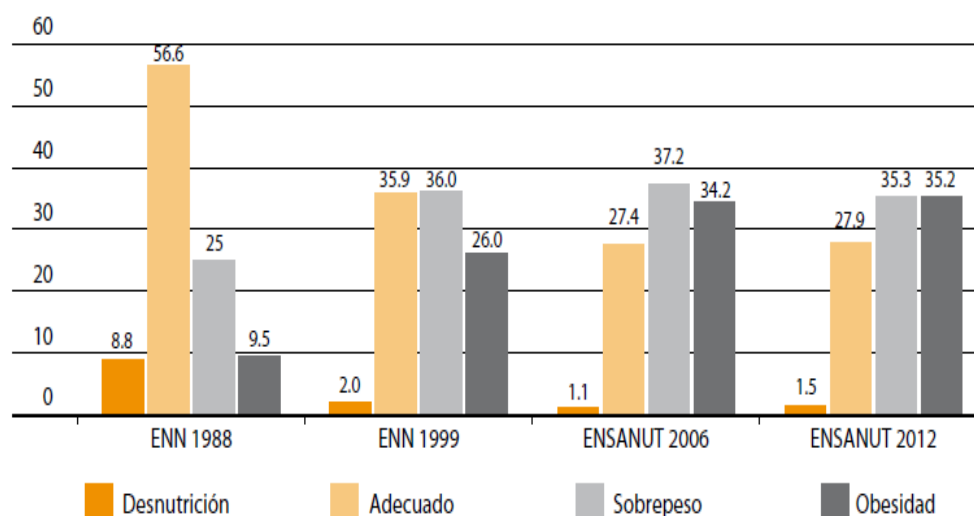
El presente documento establece la metodología de trabajo para la operación de la Estrategia de Grupos de Ayuda Mutua Enfermedades Crónicas (GAM EC) a través de lineamientos que estandarizan las acciones: formación de grupos, técnicas educativas, criterios de acreditación, seguimiento y evaluación.

II. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 muestra que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en adultos fue de 71.3% (que representan a 48.6 millones de personas). La prevalencia de obesidad en este grupo fue de 32.4% y la de sobrepeso de 38.8%. La obesidad fue más alta en el sexo femenino (37.5%) que en el masculino (26.8%), al contrario del sobrepeso, donde el sexo masculino tuvo una prevalencia de 42.5% y el femenino de 35.9%. La prevalencia de obesidad fue 28.5% más alta en las localidades urbanas.

Las tendencias respecto al Índice de Masa Corporal (IMC) mostraron que en mujeres de 20 a 49 años de edad, en el periodo de 1988 a 2006, la prevalencia de sobrepeso incrementó 41.2% y la de obesidad 270.5%. Si bien la tendencia de sobrepeso disminuyó 5.1% entre el año 2006 y 2012, la obesidad aumentó el 2.9%. En cuanto a los hombres, en el periodo comprendido entre 2000 y 2012, la prevalencia de sobrepeso aumentó 3.1% y la obesidad se incrementó 38.1%. Si sumamos sobrepeso y obesidad, la prevalencia se incrementó 14.3% entre el 2000 y el 2012. (Figura 1).

Figura 1. Comparación de las categorías de IMC en mujeres de 20 a 49 años de edad, participantes en la ENN 88, ENN 99, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012. México, ENSANUT 2012



Durante las últimas décadas, el número de personas que padecen diabetes se ha incrementado y actualmente figura entre las primeras cinco causas de mortalidad.

En relación a la diabetes la proporción de adultos con diagnóstico médico previo fue de 9.2%, lo que muestra un incremento significativo en comparación con la proporción reportada en la ENSA 2000 (5.8%) en la ENSANUT 2006 (7%); tanto en hombres como en mujeres se observó un incremento importante en la proporción de adultos que refirieron haber sido diagnosticados con diabetes en el grupo de 50 a 59 años de edad, dicho aumento fue similar en mujeres (19.4%) y en hombres (19.1%). Para el grupo de 60 a 69 años se observó una prevalencia ligeramente mayor en mujeres que en hombres (26.3% y 24.1%, respectivamente) que se acentuó en el grupo de 70 a 79 años.

Es evidente que estamos ante un desafío de salud importante para los mexicanos, la misma encuesta señala que si bien ha habido un progreso importante en la atención a este padecimiento, con un incremento en el porcentaje de pacientes con control adecuado de 5.3% en 2006 a 24.5% en 2012; tres de cada cuatro diabéticos requieren un mayor control que permita reducir las complicaciones inherentes a la enfermedad. De igual forma, aún hay un número importante de pacientes con diabetes que no reciben el seguimiento adecuado y como consecuencia no están bajo control. Las condiciones de salud en México exigen una nueva definición y adecuación de las estrategias al enfrentarse a nuevos patrones que requieren adecuar los servicios a la demanda con abordaje integral en el primer nivel de atención. Por todo lo anterior se incorpora al Programa de Acción Específico de Diabetes Mellitus 2013 – 2018 la Estrategia Nacional de Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas, alineados a la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, como la alternativa para brindar educación sobre enfermedades crónicas a los pacientes que acuden a solicitar atención a la salud.

III. ESTRATEGIA NACIONAL DE GRUPOS DE AYUDA MUTUA ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Antecedentes.

En 1986 se efectuó la primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Ottawa, Canadá; donde se establecieron las bases para impulsar la capacidad de la comunidad y la participación social en materia de salud. La carta elaborada en esa reunión recomienda la participación comunitaria en las acciones de salud. Destaca la necesidad de que estas acciones busquen fortalecer la actuación de los individuos y de los grupos, sugiriendo la implementación de actividades de soporte social a las comunidades que estimulen procesos de autoayuda y de educación para la salud.

A nivel mundial se reportan intervenciones a grupos de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 basadas en un programa de educación estructurado, que dieron como resultado una mejora en los niveles de hemoglobina glucosilada, reducción de peso y mayor conocimiento respecto a su enfermedad, entre otros beneficios. En estos estudios, la capacitación fue otorgada por profesionales de la salud.

El desarrollo y consolidación de los programas de ayuda mutua contribuyen a integrar un contexto social solidario e igualitario. Estos programas se conforman como una de las formas de corresponsabilidad en el cuidado de la salud y cooperación existentes entre las instituciones de salud, los equipos de profesionales que en ellas trabajan y la sociedad civil. Esta forma de organización se ha convertido en un recurso comunitario y parte de la red de participación cada vez más desarrollada de la sociedad. A través de la coordinación y apoyo de la Secretaría de Salud de acuerdo al Catálogo Nacional de GAM EC 2015, se cuentan con 6,702 GAM- EC activos con un total de 147,026 integrantes que son apoyados y asesorados por personal de salud de cada una de las unidades médicas de primer nivel de atención participantes, sin duda logros muy importantes, pero se hace necesario ampliar la cobertura a través del fortalecimiento de la estrategia a todos los niveles con el apoyo de las autoridades de salud.

IV. DEFINICIÓN Y OBJETIVOS.

La ayuda mutua es una condición natural en el ser humano de buscar contacto, empatía y apoyo recíproco con otras personas en las cuales confiar ante una situación de enfermedad o peligro. Facilita el intercambio de información y formación: conocimientos, habilidades y actitudes con carácter instrumental para que las personas puedan resolver sus problemas y mejora la autoestima para tomar una actitud proactiva en pro del bienestar biopsicosocial. .

La ayuda mutua ha evolucionado junto a la historia de la humanidad, adoptando diferentes formas según el momento histórico y las circunstancias sociales y culturales, está determinada por las tendencias demográficas actuales, los procesos de urbanización, movimientos de inmigración, cambios en la estructura familiar, problemas económicos y la aparición de nuevos patrones epidemiológicos y de salud pública.

En la interacción entre iguales tiene lugar una comunicación de tipo biopsicosocial inmejorable e insustituible que apoya a la atención médica formal en el cumplimiento de objetivos (figura 2),

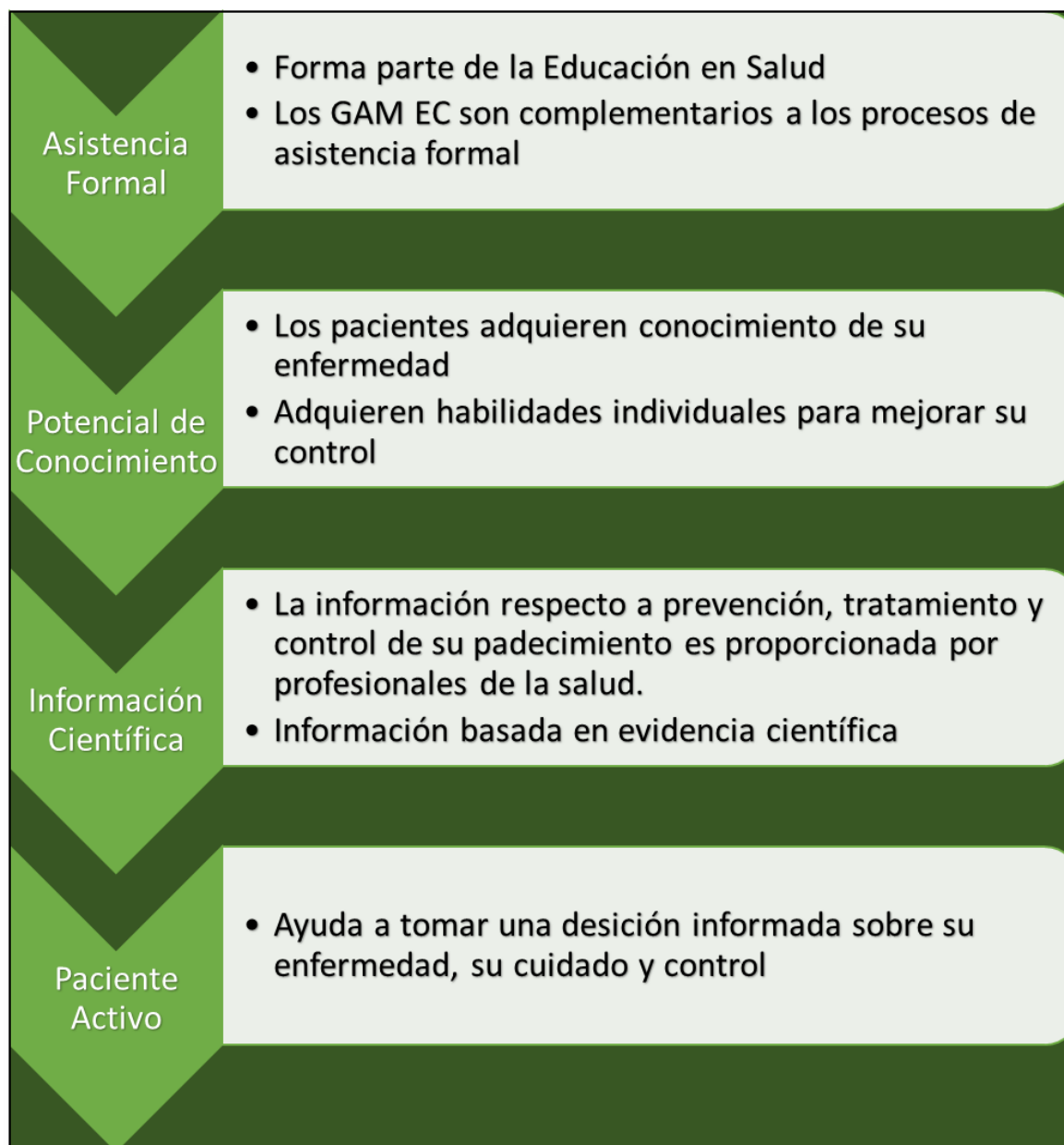


Figura 2. Interacción entre iguales de Grupos de Ayuda Mutua



Los GAM EC, forman parte de un modelo educativo esencial, que proporciona un beneficio invaluable a los integrantes de estos grupos, ya que les da la posibilidad de participar en procesos de autocuidado, cuyos elementos básicos son (Figura 3):

Figura 3. Elementos básicos de los Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas.



Definición de un Grupo de Ayuda Mutua EC



De acuerdo a lo anterior, un GAM-EC se define como la organización de los pacientes que con el apoyo del personal de salud tienen como objetivo en común, coadyuvar al control metabólico de sus enfermedades a través de una estrategia educativa, el apoyo recíproco y la adopción y promoción de un estilo de vida saludable.



Objetivos de los Grupos de Ayuda Mutua E.C.

- **General:**

Contribuir al control metabólico de los pacientes con enfermedades crónicas de 20 años y más en el primer nivel de atención a la salud, a fin de prevenir o retrasar complicaciones a través de estrategias educativas y el seguimiento formal.

- **Específicos:**

- ❖ Promover y formalizar la integración de los GAM EC en el primer nivel de atención.
- ❖ Brindar los conocimientos, desarrollo de habilidades y destrezas a través de la participación activa de los integrantes del GAM EC enfocado en el autoconocimiento y autocuidado de su salud, reforzando su adherencia al tratamiento.
- ❖ Transmitir los conocimientos necesarios para que los pacientes, su familia y la comunidad logren prevenir y controlar las enfermedades crónicas
- ❖ Prevenir complicaciones inherentes a la historia natural de las enfermedades crónicas.
- ❖ Empoderar a los pacientes para la gestión en la mejora de su salud.

V. LINEAMIENTOS DE LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA EC.

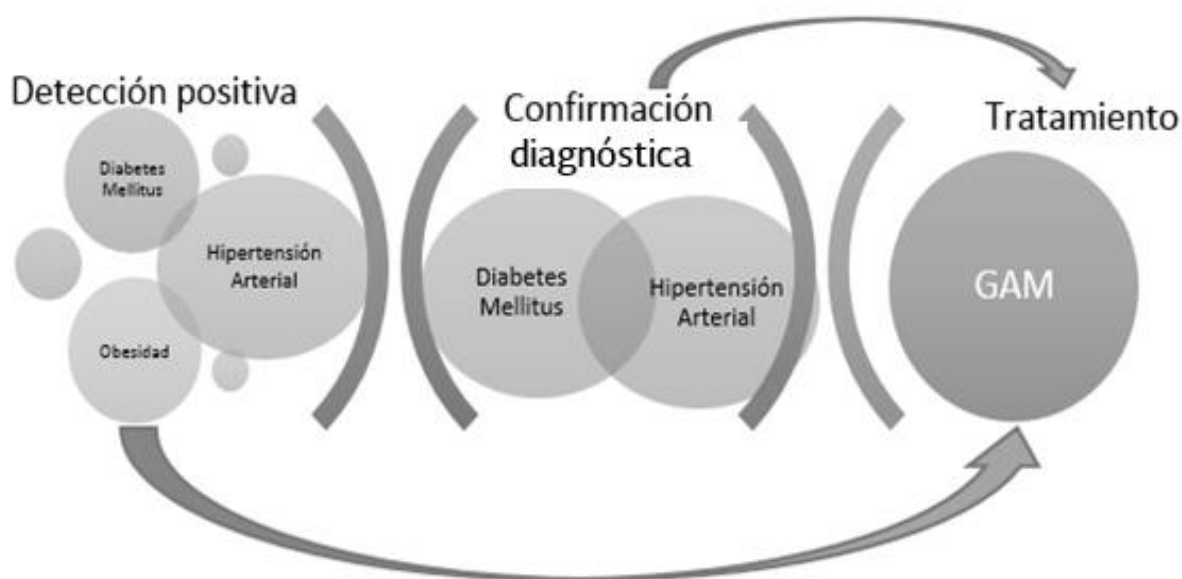
Las autoridades responsables de la estrategia de nivel estatal y jurisdiccional sensibilizarán al equipo de salud sobre la importancia y beneficios de los GAM EC en pacientes con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Obesidad, Dislipidemia y Síndrome Metabólico, con seguimiento médico dentro de la unidad de primer nivel de atención; enfatizando que a través de un proceso educativo, con ayuda mutua y seguimiento de variables clínicas específicas para enfermedades crónicas, factores de riesgo como “Sobrepeso”, y adherencia terapéutica se coadyuva en el control de sus enfermedades.

Promoción y difusión a pacientes con Enfermedades Crónicas

De acuerdo a la ruta crítica de detecciones en el primer nivel de atención, (Diagrama 1) el personal de salud aplica el Cuestionario de Factores de Riesgo a las personas sin diagnóstico conocido de EC, a fin de identificar sus factores de riesgo o casos probables de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y/o diagnóstico de obesidad (Anexo 1).

- **Diabetes Mellitus.** Considere que si al aplicar el cuestionario, la persona se identifica como “detección positiva a Diabetes Mellitus”, será necesaria su confirmación diagnóstica y de resultar confirmatoria, deberá ingresarlo a tratamiento formal en la unidad de salud, donde además de la atención individualizada se le propondrá su incorporación a un GAM EC.
- **Obesidad.** Con base en el resultado del IMC se diagnostica factor de riesgo de “Sobrepeso” o enfermedad de “Obesidad”, el cual no requiere confirmación, se identifica al aplicar el cuestionario a una persona con IMC de 25 a 29.9 “Sobrepeso” o un IMC ≥ 30 Obesidad, y deberá iniciar recomendaciones para la incorporación del paciente a un GAM EC.
- **Hipertensión Arterial.** Considere que si al aplicar el cuestionario, la persona se identifica como “detección positiva a Hipertensión Arterial” será necesaria su confirmación diagnóstica, e ingreso a tratamiento en la unidad de salud, donde además de la atención individualizada, se le deberá ofertar también el ingreso a un GAM EC.

Figura 4. Lineamientos de los GAM EC



En caso de que un paciente ya se encuentre en tratamiento en la unidad de salud, cuente con expediente clínico, y registro en el Sistema de Información en Crónicas (SIC), se recomendará su incorporación a un GAM EC como parte de su tratamiento y educación para el control de su enfermedad crónica.

Cuando los profesionales de la salud apliquen el Cuestionario de Factores de Riesgo a las personas que acuden por primera vez a la unidad de salud, o a familiares y/o acompañantes sanos de los pacientes del GAM EC, podrán invitarlos a integrarse al mismo, como medida preventiva a desarrollar alguna enfermedad crónica.

La difusión de los GAM EC se podrá realizar también a través de pláticas informativas, sesiones educativas, ferias de la salud, periódico mural, carteles, folletos y mensajes a través de perifoneo, entre otras actividades.

Diagrama 1. Ruta de Incorporación a Grupos de Ayuda Mutua EC



Integración

En cada unidad de salud se deberá asignar a un profesional de la salud (áreas de medicina, enfermería, nutrición, psicología, de promoción de la salud, de activación física, etc.) o bien a un paciente que pertenezca a un GAM EC con Acreditación con Excelencia empoderado con cualidad de líder, a quien se capacitará e instruirá para coordinar el GAM EC y este a su vez deberá empoderar a un personaje del grupo para efectuar las actividades en su ausencia.

El profesional de la salud de primer nivel de atención asignado para GAM EC será responsable de:

- Integrar y organizar los GAM EC (Diagramas 2 y 3)
- Formar al menos un GAM EC por unidad de salud de primer nivel de atención (CS).
- El grupo deberá estar compuesto con un mínimo de 20 y máximo de 25 integrantes de 20 años o más.
- Promover que el número de integrantes esté conformado por personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Dislipidemia, Obesidad o Síndrome Metabólico. En el caso de los grupos integrados sólo por pacientes con Obesidad y/o Hipertensión Arterial, se deberá realizar una búsqueda intencionada de Diabetes Mellitus (DM), mediante prueba de glucosa capilar a cada participante, anotando esta acción en el Formato de Registro Mensual de Actividades y Seguimiento de Complicaciones (FRMAYSC) del mes basal. En caso de confirmación diagnóstica, dar seguimiento como paciente con DM.

- En cada grupo se podrán incorporar un 10% de personas sanas o con factores de riesgo.
- Una vez conformado el grupo, suscribir el Acta Constitutiva para la formalización del GAM EC, con un nombre único y exclusivo, identificando y formalizando el nombre del Coordinador del grupo y su mesa directiva (Anexo 2).
- El seguimiento y vigilancia de los GAM EC se realizará a través del Formato de Registro Mensual de Actividades y Seguimiento de Complicaciones (Anexo 3).
- Disponer de los insumos necesarios: Tiras reactivas para determinación cuantitativa de glucosa, hemoglobina glucosilada (una prueba cada tres meses, para pacientes con DM) y microalbuminuria (una prueba anual para pacientes con alguna ECNT) que cumpla con las normas de calidad internacional.
- Equipo médico calibrado y en buen estado: báscula, esfigmomanómetro, cinta métrica de fibra de vidrio, glucómetro, diapasón y monofilamentos.
- Contar con documentos básicos como: Normas Oficiales Mexicanas (NOM's), Lineamientos GAM actualizados, Manuales, Formatos y Guías de Práctica Clínica.

Diagrama 2

Grupos de Ayuda Mutua EC

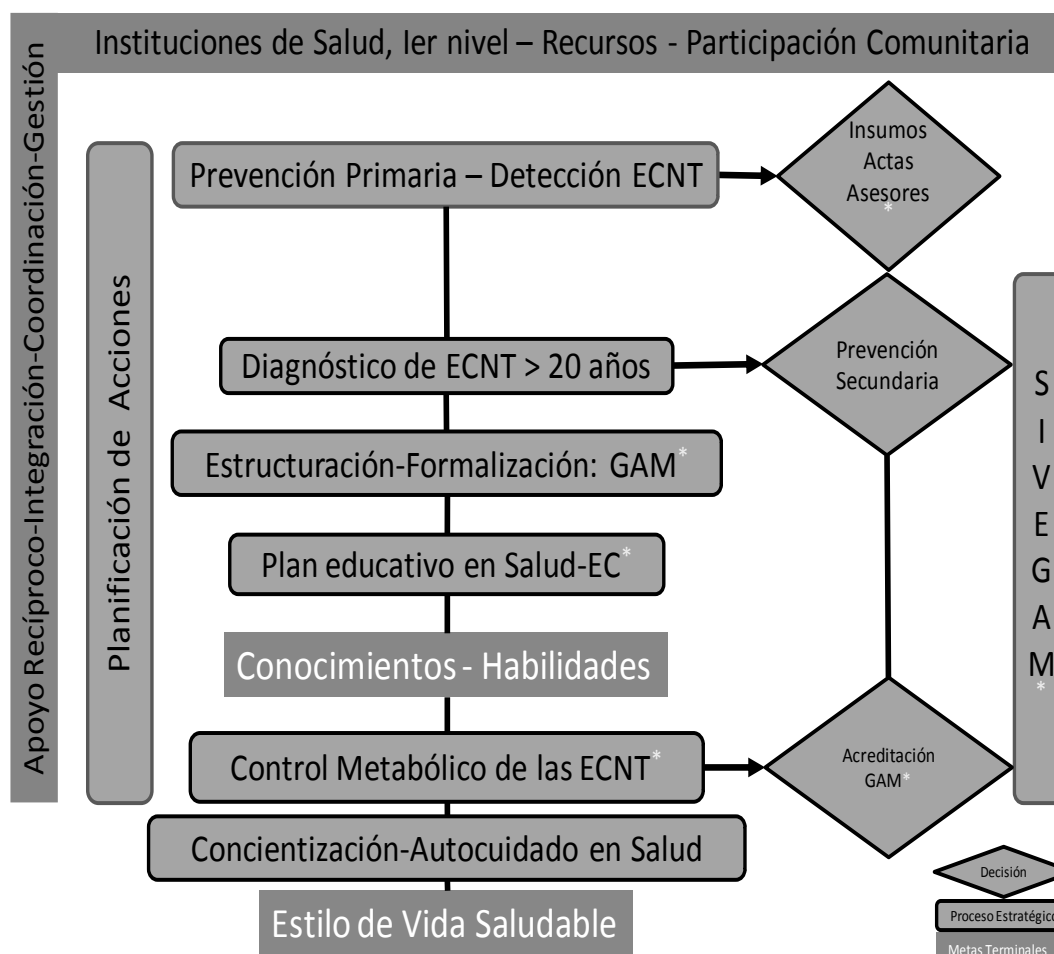
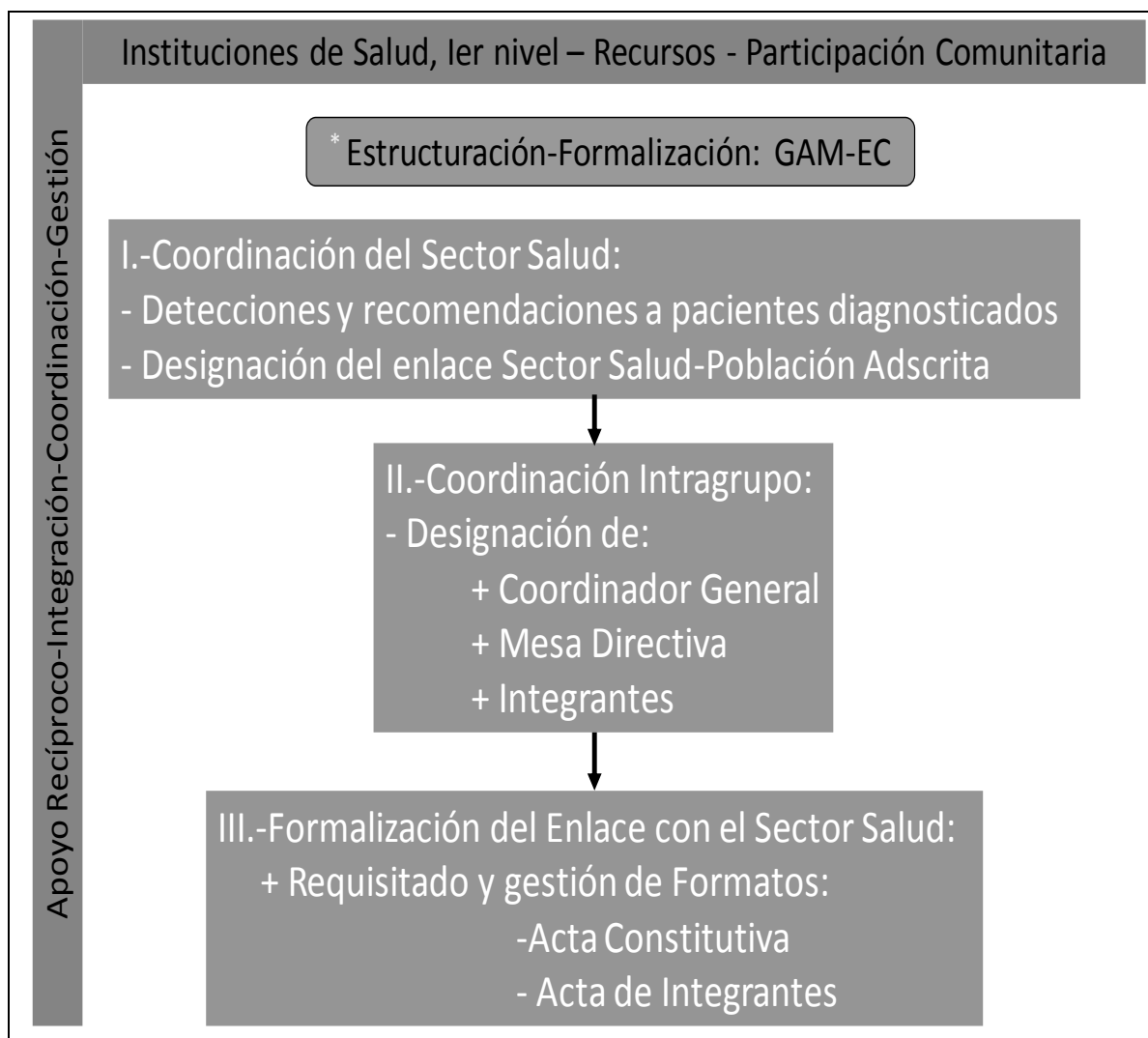


Diagrama 3. Integración de Grupos de Ayuda Mutua EC

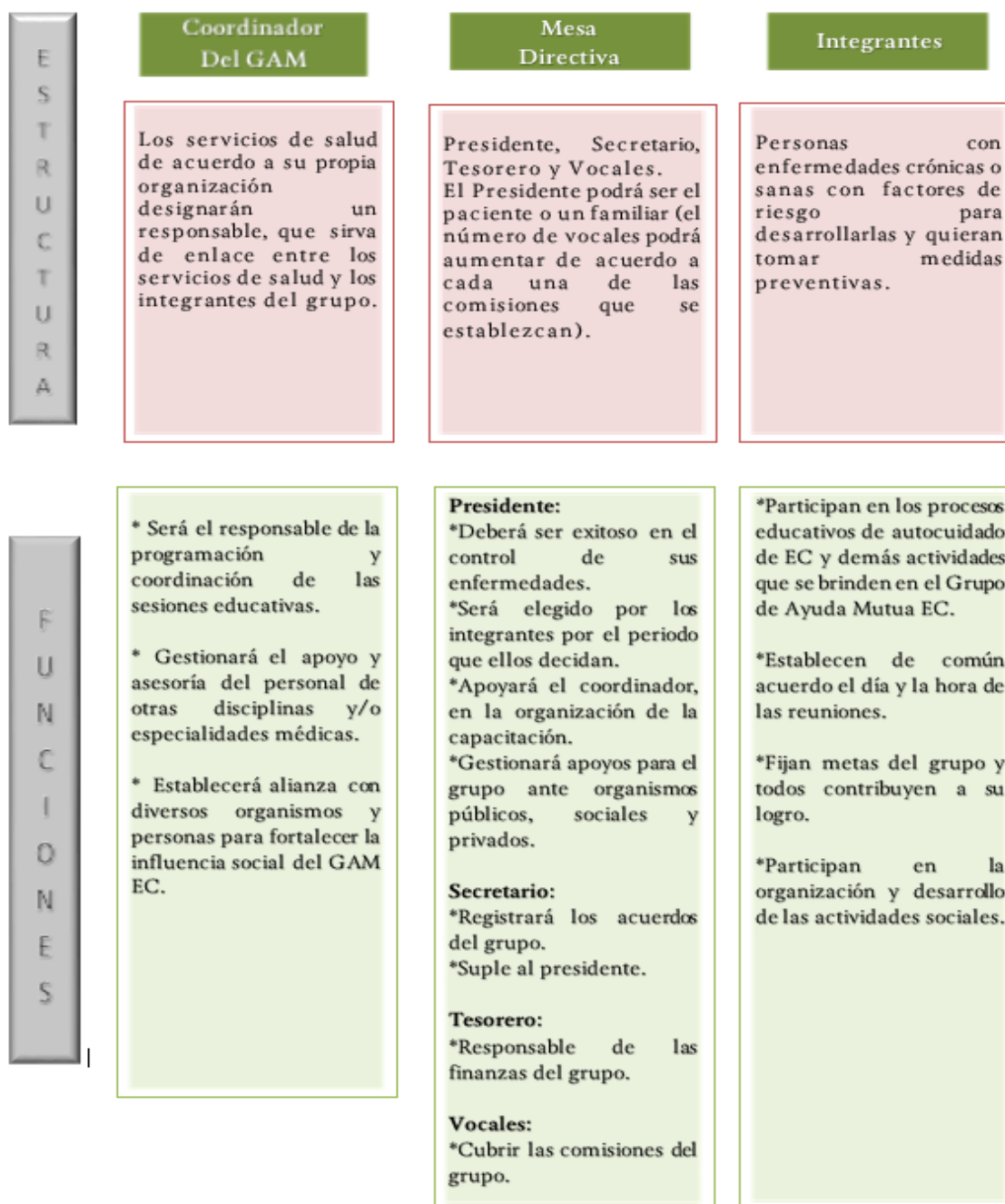


Estructura

• Acta Constitutiva

Constituye el documento formal para la integración y desarrollo de actividades de los GAM EC. Una vez que se cuenta con las personas interesadas en incorporarse al grupo se debe establecer una organización interna que será responsabilidad exclusiva de los integrantes del grupo, la estructura básica de organización tiene por lo menos tres componentes (Figura 5.):

Figura 5. Tres componentes de la estructura básica de organización de los GAM's EC



Esta estructura está respaldada por el Acta Constitutiva la cual permite identificar los nombres y firmas de los pacientes, mesa directiva y coordinador del GAM.

Plan de trabajo

Es importante diseñar y ejecutar un plan de trabajo para cada GAM EC que responda a las necesidades de capacitación y educación de los pacientes, núcleo familiar y entorno, que posibiliten el desarrollo de actitudes y aptitudes en pro de una mejor calidad de vida, que promueva además una gestión autónoma en el autocuidado de su salud.

Por la relevancia que implica el buen funcionamiento del grupo y para asegurar el éxito del plan de trabajo, se deben incluir los siguientes elementos:

- a) Diagnóstico de necesidades y perfil del grupo
- b) Objetivos del Plan de Trabajo
- c) Plan Educativo

Cada grupo y sesión son diferentes, por lo que de acuerdo a la estructura y a la autonomía de organización se establecerán los objetivos y tiempos específicos.

a) Diagnóstico de necesidades.

El diagnóstico de necesidades, comprende la aplicación y análisis del Cuestionario del Perfil del Integrante del GAM EC (Anexo 4) y de Evaluación de Necesidades Educativas del Paciente (Anexo 5).

b) Objetivos del Plan de Trabajo.

De acuerdo a la información obtenida del diagnóstico de necesidades, será importante el análisis de dicha información para determinar los objetivos del plan de trabajo del grupo. Sin perder de vista, que el trabajo que se lleve a cabo en el GAM EC tiene como fin contribuir al control del padecimiento mediante el desarrollo de habilidades, a través de un proceso educativo que les permita alcanzar las metas de tratamiento y así evitar la aparición de complicaciones.

c) Plan Educativo.

De acuerdo a la literatura un Plan Educativo es, un instrumento de planificación y gestión estratégica que requiere el compromiso de todos los miembros de una comunidad educativa, que permite en una forma sistematizada hacer viable los objetivos establecidos. Requiere de una programación de estrategias para mejorar la gestión de sus recursos y la calidad de sus procesos, en función del mejoramiento del aprendizaje.

Con base en las necesidades de aprendizaje identificadas, y acorde al perfil del GAM EC, se diseñará un plan educativo con los siguientes elementos:

- **Contenidos:** El análisis de resultados del diagnóstico de necesidades, deberá identificar los temas prioritarios a tratar. Es importante conocer aquellos temas que los pacientes deben y desean conocer. Será fundamental resaltar la importancia del estilo de vida saludable y la adherencia al tratamiento para prevenir complicaciones, creando una atmósfera de confianza y motivación entre los integrantes.

- **Metodología:** La programación deberá incluir una sesión educativa mensual, independientemente del número de reuniones realizadas en el periodo con base en el Cronograma de Actividades (Anexo 6), mismas que deberán contar con la carta descriptiva correspondiente (Anexo 7).
- **Uso de técnicas didácticas:** Para la revisión de los temas, se recomienda utilizar diversas técnicas proactivas, desde juegos, obras de teatro o sociodramas, pasando por la expresión artística o una práctica demostrativa, sin dejar de lado la creatividad. Todo lo anterior, dentro de un marco de conocimiento científico que sirva como soporte al aprendizaje grupal.
- **Listas de asistencia:** Deberá contener los siguientes elementos:
 - Nombre del Centro de Salud
 - Nombre del GAM EC
 - Fecha completa: Día/Mes y Año.
 - Tema o nombre de la actividad a realizar
 - Nombre completo con rubrica autógrafa o huella del integrante.
 - Nombre completo con rubrica autógrafa del coordinador del grupo y de la persona que imparte la sesión.

Actividad Física en los GAM EC.

- De la misma manera en que los diversos temas educativos de salud que influyen directamente en la adherencia al tratamiento, la Actividad Física no es la excepción, incluye el ejercicio el deporte y otras actividades que implican movimiento corporal como las del trabajo, las de transporte activo, tareas domésticas y actividades recreativas.
- Para realizarla es importante educar a los pacientes de los GAM-EC sobre los beneficios de estas actividades, para contribuir a la mejora de sus capacidades físicas básicas, motrices (resistencia, fuerza, velocidad y equilibrio) y funcionales de los pacientes y así mantener la destreza y movilidad en su vida diaria involucrado a los sistemas: cardiovascular, respiratorio, nervioso, músculo esquelético y endocrino.
- La Actividad Física es un determinante clave del gasto energético el cual coadyuva al control metabólico de las enfermedades crónicas, evitando o retrasando las complicaciones. Lo anterior favorece la sana convivencia y la adopción de un estilo de vida saludable, las actividades que realizan deben estar incluidas en el cronograma de actividades.

- La persona encargada de impartir estas sesiones debe tomar en cuenta el estado físico y sus actividades cotidianas de cada paciente así como también sus niveles de glucosa, tensión arterial, hidratación. La OMS recomienda que el tiempo de activación física debe ser de 30 minutos al día de ejercicio específico enfocados en mejorar cualquiera de las capacidades físicas, y esto no incluye el calentamiento el cual tendrá una duración de 10 a 15 min con movimientos suaves y progresivos para evitar cualquier lesión y preparar a los músculos para tareas más pesadas, el enfriamiento también tendrá una duración de 10 a 15 min esto tendrá que realizarse con estiramientos suaves enfocándose principalmente en los músculos con mayor desgaste, iniciando 2 días a la semana y aumentando progresivamente hasta alcanzar los 150 minutos a la semana. Tomando en cuenta que para mejorar cualquier capacidad física es necesario practicar tres días a la semana ya que el músculo tenga una mejor adaptación al ejercicio es necesario mantenerlo en movimiento con ejercicios específicos para desarrollar cada capacidad física.
- Es importante saber que los beneficios que aporta la actividad física se pierden cuando se suspende la práctica por lo que es necesario ser constante con un programa acorde a las necesidades del grupo.
- Una estrategia efectiva, es capacitar a un miembro integrante de un Grupo con Acreditación de Excelencia, como monitor en Activación Física y éste pueda llevar al GAM EC, a metas de Activación.

Evaluación del aprendizaje:

Es un mecanismo indispensable que permite obtener evidencias, elaborar juicios, brindar retroalimentación, conocer el grado de aprendizaje y las barreras que puedan obstaculizarlo. La evaluación se debe realizar en distintos momentos:

- Evaluación de necesidades educacional
- Evaluación sumatoria o final en el Formato de Evaluación de la Sesión que se realiza al término de cada sesión (Anexo 8).

Recomendaciones Generales del proceso educativo:

- ✓ No se debe concentrar toda la información al inicio del proceso.
- ✓ La educación debe ser continua, requiere constancia, persistencia y paciencia. Para los adultos con enfermedades crónicas, es difícil cambiar costumbres o hábitos que han tenido toda la vida.
- ✓ Iniciar un nuevo tema de educación solo cuando este consolidado el anterior.
- ✓ Tener una actitud positiva y empática; hablar siempre de ganancias, y no de pérdidas.
- ✓ Se debe ser flexible, adaptar el proceso educativo y los objetivos al grupo
- ✓ Propiciar y facilitar la participación de todo el equipo de salud.
- ✓ Incorporar a la familia y su entorno inmediato al proceso educativo.

Características de los GAMs EC

Una vez conformado el grupo y realizados los procesos antes descritos se identificará como un “GAM EC Activo”, considerando la siguiente definición operacional descrita en el Instructivo de llenado de la Hoja Diaria de Trabajo Social SIS-SS-05-P, del Sistema de Información en Salud vigente:

GRUPOS ACTIVOS

Los grupos activos son aquellos que sesionan mínimo una vez al mes y cuyas variables se registran en el Formato de Registro Mensual de Actividades y Seguimiento de Complicaciones 2016 de las unidades de salud.

Los grupos activos, deberán registrarse en dos formatos:

a) Hoja Diaria de Trabajo Social SIS-SS-05-P

El coordinador del GAM EC, deberá registrarlo en el Sistema de Información en Salud a través de la Hoja Diaria de Trabajo Social SIS-SS-05-P, de manera mensual en el rubro de Grupos Activos, siempre y cuando siga sesionando, como a continuación se muestra:

Figura 6. Hoja Diaria de Trabajo Social.

HOJA DIARIA DE TRABAJO SOCIAL							SIS-SS-05-P			
NOMBRE DE LA UNIDAD							FECHA:			
CLAVES:							NOMBRE:			
NOMBRE y/o EXPEDIENTE	ESTUDIO SOCIOECONÓMICO	GESTIONES	APOYO A TRÁMITES DE			VISITA DOMICILIARIA MOTIVO	OBSERVACIONES	FORMACIÓN DE GRUPOS		
			REFERENCIA	CONTRA-REFERENCIA	OTROS			TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES
								GRUPOS AUTOAYUDA VIOLENCIA		
								GRUPOS ACTIVOS		
								TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES
								GRUPO DE ADICTOS		
								GRUPOS AUTOAYUDA VIOLENCIA		
								GRUPOS ACREDITADOS		
								TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES
								GRUPO DE ADICTOS		
								GRUPO DE AYUDA MUTUA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS(GAM-EC)*		
								ESTATUS	NÚMERO	INTEGRANTES
								ACTIVOS		
								ACREDITADOS		
								RE-ACREDITADOS		
								ACREDITADOS CON EXCELENCIA		
								GAM-EC QUE RECIBEN ORIENTACIÓN INTEGRAL*		
								TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES
								PSICOLÓGICA		
								NUTRICIONAL		
								ODONTOLÓGICA		
								ACTIVACIÓN FÍSICA		
								OTRAS ACTIVIDADES		
								TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES

* Estos apartados solo se requisitan al corte del mes estadístico

SIS-2016

Dado que esta estrategia, se desarrolla en las 32 entidades federativas, se tiene conformado un Catálogo Nacional de Grupos de Ayuda Mutua EC, mismo que para este año se ha hecho de manera digital en plataforma SIVEGAM, en ésta plataforma se registran los Grupos Activos por Entidad Federativa, con la siguiente información:

- Nombre de los Grupos Activos y estatus del grupo según el proceso de acreditación por C.S siguiendo nomenclatura de CLUES por Jurisdicción.
- Número de total de integrantes por grupo y distribución según de pacientes con diabetes mellitus, Hipertensión Arterial, Obesidad, Dislipidemia y cuántos de ellos también integran el Sx. Metabólico. Entendiéndose que la distribución de padecimientos no es excluyente entre sí.
- Nombre y perfil profesional del coordinador del grupo.
- Año de formación de los GAM EC
- Datos de Identificación de Acreditadores en la Entidad. (Nombre Completo, Perfil Profesional y Año de Capacitación en Acreditador Nacional de GAM EC, y Jurisdicción a la que pertenece.)

- ✓ La distribución de GAM EC por unidad médica del primer nivel de atención por Jurisdicción y Entidad Federativa
- ✓ El tiempo utilizado para alcanzar los procesos de acreditación, re-acreditación y acreditación con excelencia.
- ✓ Los perfiles profesionales del personal que participa.
- ✓ A partir de la información obtenida, establecer un diagnóstico situacional y permitir establecer las metas anuales de GAM por Entidad.
- ✓ Identificar las necesidades de insumos para brindar una atención con calidad y asegurar la distribución del insumo en la Entidad.
- ✓

Figura 7. Catálogo Nacional de Grupos de Ayuda Mutua Enfermedades Crónicas.

[illegible]

Seguimiento y evidencia documental de los Grupos de Ayuda Mutua EC.

Para dar debido seguimiento y soporte a las actividades realizadas en los grupos, así como evaluar su progreso es necesario que el personal participante cuente con la siguiente evidencia documental:

• *Centro de Salud*

El responsable de la estrategia en unidades de primer nivel de atención deberá integrar una carpeta por GAM EC Activo, que incluya:

- Acta constitutiva
- Cuestionario Perfil del integrante (anexo 5)
- Plan de trabajo
 - Necesidades educacionales
 - Objetivo del Plan de Trabajo
 - Cronograma de actividades
 - Cartas descriptivas y listas de asistencia de cada sesión
- Directorio de los integrantes del grupo (Datos generales de cada uno de los integrantes: Nombre completo, dirección y teléfono)
- Formato de Registro Mensual de Actividades y Seguimiento de Complicaciones 2016 de cada reunión mensual.
- Gestiones y coordinaciones con otras instancias o profesionales de la salud, necesarias para llevar a cabo el plan de trabajo.

• *Jurisdicción*

El responsable del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano de nivel jurisdiccional, es parte fundamental para el cumplimiento de los objetivos y metas de GAM EC en los Centros de Salud (CS) de su área de responsabilidad, el cual deberá realizar lo siguiente:

- En forma conjunta con los coordinadores de los GAM EC, identificar grupos candidatos a acreditar, a partir del análisis de variables clínicas y criterios de acreditación.
- Supervisar que se realice la detección oportuna de complicaciones con énfasis en: exploración y valoración podológica, aplicación de tiras reactivas de glucosa, microalbuminuria y hemoglobina glucosilada.
- Verificar y gestionar con oportunidad el abasto de tiras reactivas (glucosa, microalbuminuria y hemoglobina glucosilada y perfil de lípidos), y medicamentos.
- Programar y distribuir insumos para el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas en cada unidad de primer nivel.
- Para dar cumplimiento a lo anterior deberá contar con los siguientes documentos:

- Catálogo Jurisdiccional de GAM EC
- Programa de supervisión a grupos
- Copia de Actas constitutivas
- Formato de Registro Mensual de Actividades y Seguimiento de Complicaciones de los grupos propuestos para acreditación
- Evidencia documental de coordinación y/o gestión
- Programación de metas de GAM EC Acreditados, Re acreditados y Acreditados con Excelencia.

- **Estado**

El responsable del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano de nivel estatal, en coordinación con los responsables jurisdiccionales del programa, dan seguimiento a los GAM EC con el propósito de:

- Aumentar la cobertura de GAM EC en cada unidad de salud.
- Analizar la operación y el comportamiento de los GAM EC con el propósito de que logren las etapas de Acreditación, Re acreditación y Acreditación con Excelencia.
- Identificar los recursos e insumos necesarios para llevar a cabo las actividades de los GAM EC en las unidades de salud del primer nivel de atención.
- El líder estatal tendrá la facultad de “Liberar y Eliminar grupos”, la oportunidad de eliminar grupos será respetando los meses estadísticos en curso.
- Asistir y supervisar los procesos de acreditación.
- Para cumplir con lo anterior se deberá contar con la siguiente información:
 - Catálogo Estatal de los GAM EC.
 - Programa de supervisión por jurisdicción.
 - Comunicación estrecha con líder Jurisdiccional
 - Cuadro de distribución de insumos necesarios para la operación de los GAMs por jurisdicción.
 - Programación de metas de GAM Acreditados, Re acreditados y Acreditados con Excelencia por nivel jurisdiccional y estatal.
 - Lista de Acreditadores de GAM EC vigentes en el nivel estatal y jurisdicciones.

- **Federación**

El responsable del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano de nivel federal:

- Recibe, coteja y valida información y documentación de GAM EC, respetando el cumplimiento de recepción en periodos acorde a los meses estadísticos.
- Asesora a los responsables estatales para el alcance de metas y objetivos, y reorienta las actividades en caso necesario.
- Genera informes de avance de indicadores, a nivel estatal y nacional, con la periodicidad establecida.

- Capacita a personal de salud de los estados para la aplicación de la estrategia y criterios vigentes para las acreditaciones de GAM EC.
- Establece lineamientos, indicadores y metas para la operatividad y mejora continua de la Estrategia.
- Acredita los GAM EC en plataforma, únicamente si cumplen con requisitos de entrega de documentación para validación en los periodos establecidos para los meses estadísticos.

VI. PROCESO DE ACREDITACIÓN

Registro Mensual de variables

Para dar atención al registro de las evaluaciones mensuales del grupo, el coordinador del GAM EC deberá obtener y anotar los datos contenidos en el “Formato de Registro Mensual de Actividades y Seguimiento de Complicaciones 2016” (FRMAYSC) cuya información posteriormente se registra en el Sistema de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua “SIVEGAM”. Este proceso considera una medición inicial (basal) de los valores clínicos promedio del GAM EC que servirá para evaluar los avances mensuales para el alcance de los procesos de Acreditación.

Etapas de Acreditación

Existen tres etapas de acreditación: Acreditación, Re-acreditación y Acreditación con Excelencia; cada una deberá cumplir con los meses establecidos y criterios de acreditación vigentes, que permitirán validar cada etapa de los GAM EC. Los pacientes deberán llegar a las metas de tratamiento comprometidas, congruentes con estándares internacionales de control para enfermedades crónicas.

Tabla 1. Etapas de Acreditación que permiten validar cada etapa de los GAM EC.

Etapas	Meses de registro en SIVEGAM
	Mes basal
Acreditación	4 meses + mes de la acreditación
Re-acreditación	4 meses + mes de la Re-acreditación
Acreditación con Excelencia	6 meses + el mes de la Acreditación con Excelencia

Tabla 2. Criterios de Acreditación

CRITERIO	ACREDITACIÓN	RE-ACREDITACIÓN	ACREDITACIÓN CON EXCELENCIA
Asistencia	85%	80%	80%
Peso corporal	Disminución del 3% respecto al basal	Disminución del 5% respecto del basal	Disminución del 7% respecto del basal
Circunferencia de cintura	Disminución de 2 cm respecto del basal	Disminución del 3 cm respecto del basal	Disminución de 5 cm respecto del basal
Presión arterial	<140/90 mm/Hg	<130/80 mm/Hg	<130/80 mm/Hg
Glucosa en ayunas	≤130 mg/dl		
Control por Hemoglobina Glucosilada	<7% HbA1c (Opcional)	<7% HbA1c	<7% HbA1c

Cada valor representa el promedio grupal de los integrantes, para cada proceso establecido.

- Integrantes con IMC ≥30: Se evalúa con Peso Corporal y Circunferencia de Cintura.
- Integrantes con Dx. Diabetes Mellitus: Se evalúa con Glucosa en ayunas “o” Hemoglobina Glucosilada (En Acreditación); y con Hemoglobina Glucosilada (En Re-acreditación y Excelencia).
- Integrantes con Dx. HTA: Se evalúa con Presión Arterial.

Importante: Cada variable expresa el promedio grupal obtenido según diagnóstico (Tabla 3).

La medición de las variables clínicas y antropométricas deberá corresponder al diagnóstico o diagnósticos de cada paciente que integra el GAM EC como se muestra a continuación (Figura 8):

Figura 8. Variables clínicas y antropométricas de cada paciente que integra el GAM EC

Diagnóstico de IMC ≥ 30	Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2	Diagnóstico de Hipertensión Arterial
Peso corporal	Glucosa en ayuno (para acreditación)	Presión Arterial
Circunferencia de cintura	Hemoglobina Glucosilada (para de Re Acreditación y Acreditación con Excelencia)	

Tabla 3. Ejemplo de variables clínicas y antropométricas de cada paciente que integra el GAM EC

Paciente	Diagnóstico	Criterio a evaluar de acuerdo a la Etapa de Acreditación		
		Acreditación	Re-acreditación	Excelencia
A	Diabetes Mellitus Tipo 2	- Glucosa capilar en ayuno o Hemoglobina glucosilada	Hemoglobina glucosilada	- Hemoglobina glucosilada
B	Obesidad (IMC ≥ 30)	- Peso corporal - Circunferencia de cintura	- Peso corporal - Circunferencia de cintura	- Peso corporal - Circunferencia de cintura
C	Hipertensión Arterial	- Presión arterial	- Presión arterial	- Presión arterial

Nota: A los pacientes que presentan IMC ≥ 25 a <30 , es importante realizar el seguimiento a fin de prevenir un diagnóstico de Obesidad.

Evolución del GAMEC

El progreso de un grupo para alcanzar las tres etapas de acreditación se puede presentar de dos formas:

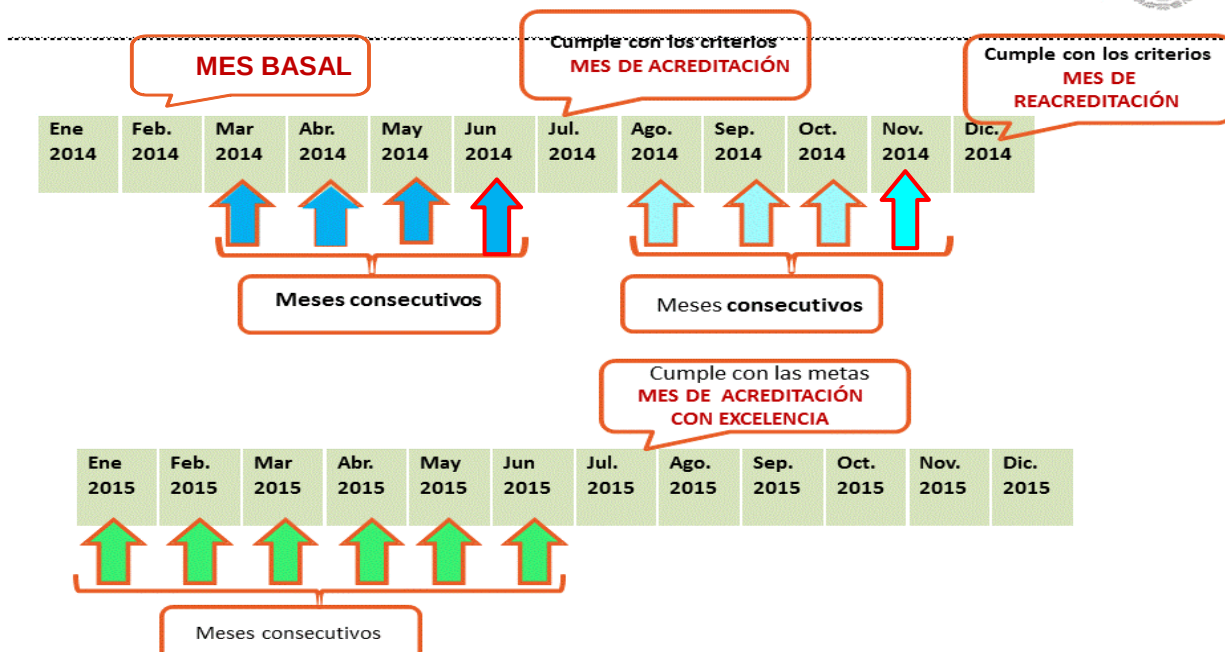
Secuencia adecuada:

El GAMEC continúa sin interrupción desde el registro basal hasta alcanzar las tres etapas establecidas.

Ejemplo

Secuencia de los procesos

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Beneficios de acreditar en esta forma:

Existe un registro de datos continuo, que permite analizar el avance del GAM en tiempo real.

Acreditación= mes basal + 4 meses + mes de la acreditación, total 6 meses

Re acreditación=4 meses + mes de la Re-acreditación, total 5 meses

Acreditación con Excelencia= 6 meses + el mes de la Acreditación con excelencia, total 7 meses

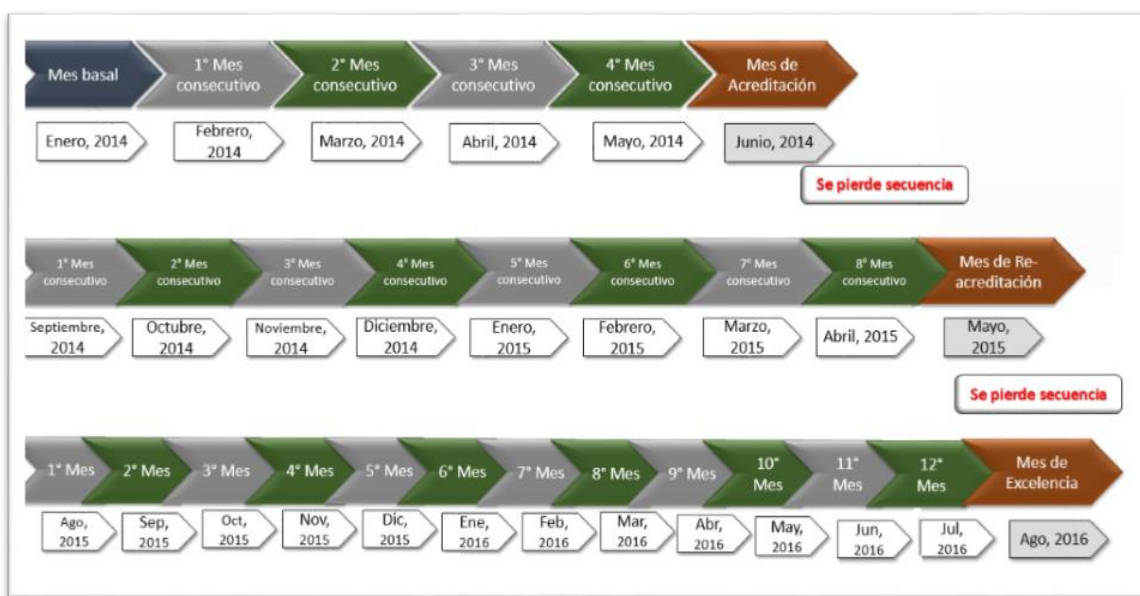
Se invierten 18 meses de seguimiento al GAM EC para llevarlo hasta la Acreditación con Excelencia.

Además, no hay interrupción del proceso educativo con lo se contribuye al empoderamiento del paciente en cuanto al estilo de vida saludable.

Pérdida de secuencia:

En caso de que un GAM EC pierda la continuidad, ya sea porque ha dejado de sesionar y/o no tiene captura de seguimiento cronológico, mes con mes, deberá reiniciar el proceso completo:

Ejemplos



Consecuencias:

No existe un registro de datos continuo, que permita analizar el avance del GAM en tiempo real.

Se invierten más de 18 meses de seguimiento al GAM EC para llevarlo hasta la Acreditación con Excelencia.

Será necesario iniciar de nuevo con una secuencia de meses consecutivos.

Podrá perder la vigencia de la etapa en que se encuentre, que es de un año.

Meses de un GAM EC:

Mes Basal

Se refiere al mes del registro inicial de las variables clínico-antropométricas de los pacientes a través del “Formato de Registro Mensual de Actividades y Seguimiento de Complicaciones 2016” (FRMAYSC).

Para obtener el diagnóstico de cada paciente y registrarlo en el formato mensual será muy importante para el caso de Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial, contar con evidencia de la confirmación diagnóstica, y para Obesidad y Factor de Riesgo “Sobrepeso” es necesario el cálculo del IMC.

El mes basal deberá contar con las siguientes mediciones antropométricas:

- Peso corporal.
- Talla y circunferencia de cintura.
- Presión Arterial
- Bioquímicas: glucosa y/o hemoglobina glucosilada.

Considere que al integrar el mes basal, es una oportunidad para una búsqueda intencionada de comorbilidades:

Figura 11. Búsqueda intencionada de comorbilidades.



- Figura 12. Formato de Registro mensual de actividades y seguimiento de complicaciones.
GAM EC. Mes basal.

07/Ene/2015. Mes basal

Mes de registro consecutivo a la basal.

- Son los meses posteriores, en que se reúne el grupo para la toma de variables y registro en el “Formato de Registro Mensual de Actividades y Seguimiento de Complicaciones 2016” (FRMAYSC).

Durante la sesión dicha toma de variables podrá realizarse de dos maneras:

Opción 1. Se tomará lista de asistencia y toma de todas las variables al total de integrantes contenidas en el FRMAYSC

Opción 2. Se realizará la toma de asistencia y el levantamiento de las siguientes variables:

- Medidas antropométricas
- Pruebas bioquímicas (Glicemia capilar en ayuno, HbA1c)
- La información restante se podrá obtener del Expediente Clínico, Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas y/o SIC

Anotar en el FRMAYSC de manera correcta y con la fecha correspondiente al “Mes consecutivo”.

Dada la importancia de conocer la evolución del grupo, al levantamiento de variables de los “meses consecutivos” se debe vigilar las técnicas de medición del personal capacitado y el buen estado de los equipos.

Los datos registrados en el (FRMAYSC) que son inmodificables respecto al basal, son los siguientes:

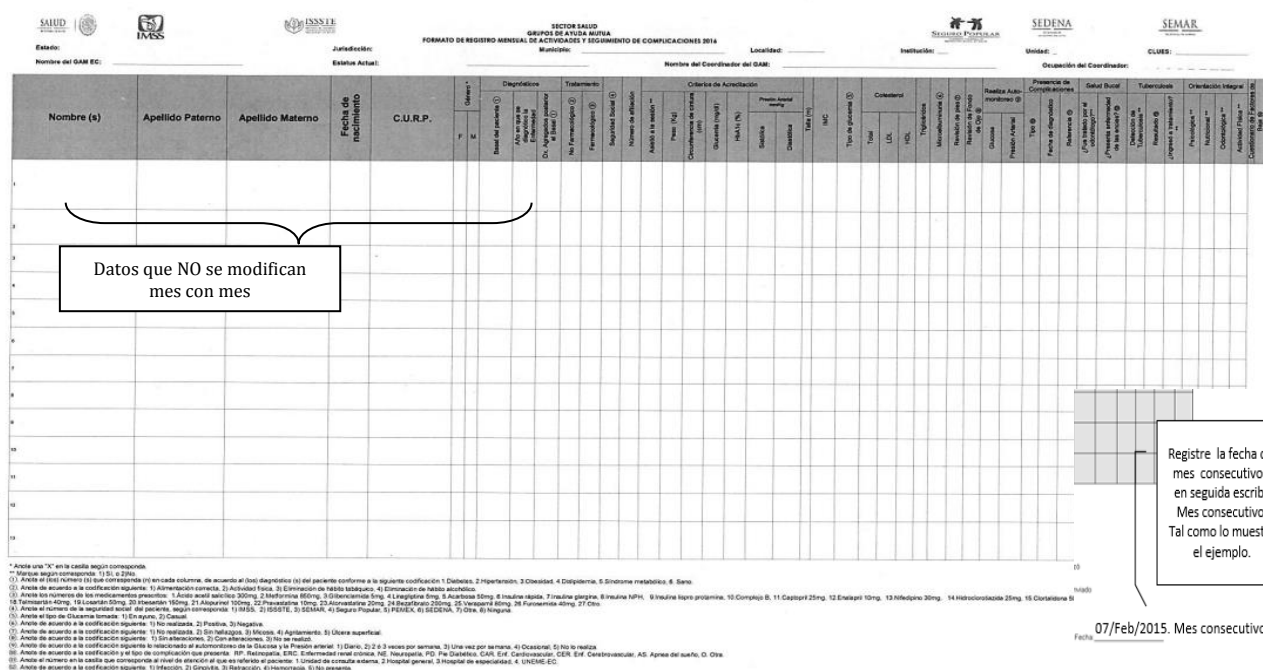
- Nombre completo.
- Fecha de nacimiento.
- Género.
- CURP
- Diagnóstico del paciente.
- Fechas de diagnóstico e inicio de tratamiento del paciente.
- Talla

Criterios de caducidad de vigencia.

- 1) Captura de basal: una vez capturada la basal del grupo y si no se presentan registros mensuales en los siguientes seis meses, la basal pierde vigencia y se tendrá que volver a capturar al grupo.
- 2) Meses consecutivos: después de haber capturado la basal y meses consecutivos, sin llegar a la etapa de acreditación en un año, dicho grupo pierde su vigencia.
- 3) Vigencia de Acreditación: una vez lograda la Acreditación, sin continuar con las capturas para el siguiente proceso en un periodo de un año, el grupo pierde su vigencia, conservándose únicamente en el historial esta etapa alcanzada en la

- base de datos del SIVEGAM, si el grupo quiere seguir hacia el proceso de Re acreditación, tendrá que capturar nuevamente la basal reciente.
- 4) Vigencia de Re-acreditación: una vez lograda la Re-acreditación, sin continuar con las capturas para el siguiente proceso de Acreditación con Excelencia en un periodo de un año, el grupo pierde su vigencia, conservándose únicamente en el historial esta etapa alcanzada en la base de datos del SIVEGAM. si el grupo quiere seguir hacia el proceso de Excelencia, tendrá que capturar nuevamente la basal reciente.

Figura 13. Formato de registro mensual de actividades y seguimiento de complicaciones. GAM EC. Mes consecutivo.



FORMATO DE REGISTRO MENSUAL DE ACTIVIDADES Y SEGUIMIENTO DE COMPLICACIONES 2014

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ CURP: _____

Diagnóstico: _____ Tratamiento: _____

Complicaciones: _____

Actividades: _____

Registre la fecha del mes consecutivo y en seguida escriba Mes consecutivo. Tal como lo muestra el ejemplo.

07/Feb/2015. Mes consecutivo

Mes de Acreditación

Se refiere al mes en que se realiza el ejercicio de Acreditación, Re-acreditación o Acreditación con Excelencia del GAM EC.

- Consiste en la toma de mediciones antropométricas y bioquímicas de manera presencial y grupal ante un “Acreditador” jurisdiccional, estatal o federal, previamente capacitado por el nivel nacional, quien verificará los logros obtenidos y certificará el proceso.

- En el momento de la Acreditación, se registrarán en el FRMAYSC las mediciones antropométricas y bioquímicas obtenidas.

Logística de una Acreditación en Unidad Médica, Jurisdicción, Estado y Federación

Para cumplir con el procedimiento de acreditación, el Coordinador del GAM EC será el responsable de que se cumpla lo siguiente:

Previo al evento de acreditación:

- El coordinador del GAM EC revisa y analiza los datos del (FRMAYSC) del GAM EC propuesto para acreditar, los cuales pueden ser cotejados con los Expedientes Clínicos y los registros de pacientes en SIC en el último mes estadístico del Sistema de información vigente.
- Selecciona con antelación un área física con espacio suficiente, privacidad, adecuada iluminación y ventilación.
- Informa sobre el proceso de acreditación al responsable jurisdiccional.
- El responsable jurisdiccional analiza la información y captura los meses previos a la acreditación en SIVEGAM y da visto bueno para la acreditación, informando al responsable estatal.
- Confirmada la validación y captura de los meses previos a la acreditación en SIVEGAM, el responsable estatal informa al responsable federal la propuesta de acreditación.
- Nivel Estatal valora y analiza la información del grupo en SIVEGAM, y está facultado para solicitar los (FRMAYSC) de los meses que considere necesarios para visto bueno, liberar el grupo en SIVEGAM, en caso necesario o bien emitir recomendaciones.
- El coordinador del GAM EC programa fecha del evento y solicita la participación de un Acreditador de GAM EC autorizado en la fecha y hora pactadas.

Durante el evento el coordinador de GAM EC:

- Cita a los pacientes y personal de salud involucrado, para llevar a cabo el proceso de acreditación en la fecha y hora programadas.
- Establece el flujograma para la planeación de las actividades y organiza, con tiempo suficiente, los módulos con señalización para las mediciones.
- Coordina la instalación de instrumentos e insumos necesarios (báscula, cinta métrica de fibra de vidrio, estetoscopio, esfigmomanómetro, glucómetro, tiras reactivas) para el óptimo desarrollo de actividades.

- El equipo de salud que interviene durante las acreditaciones, deberá ser el mismo que realizó las mediciones mensuales de los integrantes del grupo.
- Evaluación de los promedios. Para realizar la evaluación del GAM EC y verificar que cumpla con los Criterios de Acreditación vigentes, es imprescindible comparar el FRMAYSC del mes basal con las cifras promedio obtenidas en el ejercicio de acreditación. Para cumplir con lo anterior considere lo siguiente:
 1. Identificar los diagnósticos de los pacientes registrados en el mes basal.
 2. Registrar los datos obtenidos en el ejercicio de acreditación, en el (FRMAYSC). Calcular promedios según diagnósticos.
 3. Verificar el cumplimiento de los Criterios de Acreditación vigentes.
 4. Certificar o revocar el proceso según sea el caso, por parte del personal acreditador.
 5. En caso de revocación del proceso se programará nueva fecha de acreditación por parte del coordinador del GAM EC.
 6. Requisitar el Formato para Acreditación de Grupos de Ayuda Mutua EC correctamente, con rubricas de autoridades y sello de la unidad (Anexo 10).
 7. El coordinador del GAM EC y el acreditador del grupo, envían a la jurisdicción la **documentación soporte**:
 - Acta Constitutiva (únicamente para grupos acreditados en su primera etapa).
 - Lista de asistencia al evento de los integrantes al evento de acreditación.
 - Formato para Acreditación de Grupos de Ayuda Mutua EC.
 - “Formato de Registro Mensual de Actividades y Seguimiento de Complicaciones 2016” (FRMAYSC) del GAM EC (de los últimos 3 meses).
 - Evidencia fotográfica (complementaria).

Una vez concluida esta parte del proceso:

- El responsable jurisdiccional captura en SIVEGAM los datos obtenidos y envía a su vez la **documentación soporte** al nivel Estatal.
- El responsable estatal analiza y valida la información y remite la documentación del GAM EC recibida, vía electrónica al nivel Federal.
- El personal responsable de nivel Federal analiza y valida la información y con base en resultados y criterios de acreditación vigentes; Acredita, Re-Acredita y Acredita con Excelencia en el SIVEGAM.

*Es importante que todos los pasos se lleven como se establece a fin de poder otorgar la validación final por parte de Nivel Federal.

VII. SISTEMA DE VIGILANCIA Y ESTUDIO GRUPOS DE AYUDA MUTUA ENFERMEDADES CRÓNICAS (SIVEGAM).

El Sistema de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua (SIVEGAM) es un proyecto de La Secretaría de Salud en colaboración con CENAPRECE, el cual se instrumentó en una primera etapa en el año 2008 ante la necesidad de contar con una herramienta informática que sigue evolucionando y permite dar un seguimiento minucioso, grupal e individual a los integrantes de los GAM EC a nivel nacional (Figura 14).

Figura 14. Sistema de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua



www.sivegam.org.mx

Es un sistema informático virtual que posibilita la captura de datos y permite validar y evaluar la información de los GAM EC, la cual se genera en tiempo real en todas las jurisdicciones sanitarias del país; cuya fuente de información es el (FRMAYSC).

El SIVEGAM está constituido por cinco módulos básicos:

1. Registro de catálogo de Grupos Nuevos.
2. Administrador (baja de grupo)
3. Grupos (registro de GAM, registro mensual, verificación de procesos; acreditación, re-acreditación, acreditación con excelencia)
4. Monitoreo (estatus de GAM)
5. Reportes (en proceso)

Objetivo general:

Contar con un sistema de información que permita conocer y medir las variaciones en el estado de salud o enfermedad de los pacientes con enfermedades crónicas en un periodo determinado, a fin de evaluar el impacto de las intervenciones específicas en los GAM EC en el primer nivel de atención del país.

Objetivos específicos:

Unificar el proceso de registro, Acreditación, Re-Acreditación y Acreditación con Excelencia de los GAM EC en el país.

- Evaluar, con la periodicidad establecida, los indicadores de proceso e impacto de la Estrategia.
- Comparar los resultados obtenidos por cada región del país.
- Efectuar análisis de la información para la toma de decisiones tendientes a mejorar el estado de salud de la población de responsabilidad institucional.
- Dar seguimiento a los insumos a través de las diferentes fuentes de financiamiento a los GAM EC.

Flujo para la integración de la información en SIVEGAM

Existen tres niveles de usuarios: jurisdiccional, estatal y federal, cada uno de ellos tienen funciones y actividades diferentes, a través de la utilización de claves de acceso y contraseñas específicas para cada nivel.

- **Usuario a nivel jurisdiccional**, es el responsable de capturar, la actualización de grupos GAM EC activos nuevos en catálogo, y los formatos de Registro Mensual de Actividades y Seguimiento de Complicaciones 2016 enviados por los coordinadores de los GAM EC: información basal, meses consecutivos y procesos de acreditación, re-acreditación y acreditación con excelencia:

a) Registra las variables del grupo para darlo de alta en el sistema:

- Variables geográficas: Estado, jurisdicción, municipio.
- Identificación del GAM: Institución, unidad de salud, nombre del GAM.
- Recursos de apoyo y asesoría psicológica, nutricional, actividad física y consultorio dental.
- Información del coordinador del grupo.
- Fecha del mes basal del GAM.

b) Registro de los integrantes del GAM EC:

Identificación del paciente:

- Nombre, fecha de nacimiento, género, diagnóstico, fecha del mismo y fecha de Inicio de tratamiento.
- CURP
- Tratamiento no farmacológico, farmacológico y tipo de medicamento.
- Metas de Tratamiento: Peso, talla, IMC (automático)

- Tipo de glucemia, cifra de glucemia, hemoglobina glucosilada, presión arterial: sistólica y diastólica, colesterol, HDL, LDL, triglicéridos.
 - Detección de complicaciones: microalbuminuria, exploración de pies, uso de calzado adecuado y fondo de ojo.
 - Automonitoreo: glucosa y presión arterial
 - Presencia de complicaciones: Tipo, fecha de diagnóstico, tratamiento especialista.
 - Presencia de comorbilidades: alteraciones bucodentales o tuberculosis.
- c) Para realizar el registro del paciente se debe validar lo siguiente:
- Que el paciente cuente mínimo con 20 años de edad.
 - Un grupo solo se podrá activar mínimo con 20 pacientes.
 - Registrar en la captura mensual la asistencia de cada paciente.
- **Usuario a nivel Estatal**, es responsable de vigilar en SIVEGAM los registros de todos los GAM EC del estado, así como de supervisar, asesorar, emitir e instruir a las jurisdicciones, a fin de aplicar de manera eficaz las medidas correctivas en caso necesario.

Actividades:

- Evalúa avances de los promedios grupales de los integrantes para el logro de cada proceso.
 - Analiza, libera y elimina grupos a solicitud. Respetando los periodos estadísticos.
 - Da seguimiento a los insumos registrados en los GAM EC.
 - Envía documentación, en tiempo y forma, a nivel federal para la validación correspondiente en SIVEGAM.
 - Concentra la información a nivel estatal relativa a GAM EC.
 - Actualiza el catálogo estatal de GAM EC con periodicidad trimestral en plataforma SIVEGAM.
- **Usuario a nivel Federal.** Es el responsable de la validación final de los procesos de acreditación, re-acreditación y acreditación con excelencia en SIVEGAM. Tiene acceso a todos los procesos del sistema con las siguientes actividades:
- Da seguimiento al avance de los GAM EC en las 32 entidades federativas.
 - Acredita grupos en el sistema, los cuales son contabilizados oficialmente para el avance de metas.
 - Realiza análisis de la información del SIVEGAM y envía informes a nivel estatal y nacional con la periodicidad establecida.

Condiciones generales de captura:

- Una vez registrada la basal del GAM EC se contará con un período de seis meses para la captura de datos.
- Se establece como periodo de vigencia en SIVEGAM un año, para la continuidad de los registros de las etapas de acreditación y re acreditación. En caso de exceder este periodo el grupo perderá su vigencia de la basal y tendrá que iniciar la captura.
- La captura de registros mensuales con envío de documentos soporte y acreditación en SIVEGAM se deberá realizar a más tardar el 25 de cada mes (mes estadístico). En caso contrario no procederá la validación correspondiente y se tendrá que realizar nuevamente el proceso de acreditación.

VIII. CRITERIOS PARA LA APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INDICADORES DE GRUPOS DE AYUDA MUTUA- EC.

Para la evaluación de Indicadores de GAM EC, los criterios considerados son:

1. Grupos de Ayuda Mutua EC Acreditados.

Criterio	Periodicidad
GAM Acreditado, Re-acreditado y Acreditado con Excelencia	• Anual, de acuerdo a meta establecida para cada Etapa.

2. Integrantes de GAM EC con examen de Hemoglobina Glucosilada en el periodo.

Criterio	Periodicidad
Integrantes con Diabetes mellitus pura o mixta.	• Basal y cada 3 meses en forma consecutiva. • Procesos de Acreditación (opcional). • Procesos de Re-acreditación y Acreditación con Excelencia (obligatorio).

3. Integrantes de GAM EC con examen de microalbuminuria en el periodo.

Criterio	Periodicidad
Integrantes con: Obesidad, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Dislipidemias y Síndrome Metabólico.	• Una toma anual por integrante, exceptuando a sanos.

4. Integrantes de GAM EC con exploración de pies

Criterio	Periodicidad
Integrantes con Diabetes mellitus pura o mixta.	• Una exploración de pies con monofilamento, diapasón y formato de valoración podológica (Anexo12) por paciente, cada seis meses.

IX. CONCLUSIONES.

Los Grupos de Ayuda Mutua han demostrado su efectividad a través del aprendizaje y apoyo mutuo sin detrimento de los protocolos de tratamiento médico, lo cual se considera como una forma eficaz de crear ambientes favorables para la salud. Benefician el desarrollo y mejoran las dimensiones personales y sociales de los que participan en ellos, elevando significativamente la autoestima y potencializando el autocuidado para influir de manera positiva en la protección de la salud y prevención de las enfermedades. Participan tanto las personas que padecen directamente los problemas de salud como también familiares y amigos quienes lo sufren de forma indirecta, en donde encuentran un espacio de contención emocional y de conocimiento e información.

En esta estrategia los profesionales de la salud tienen un papel relevante en la difusión e integración de los Grupos; orientando y educando al usuario en el autocuidado y adherencia al tratamiento. Debido a su trascendencia constituyen una alternativa eficaz, a través de las intervenciones tanto personalizadas como grupales, en virtud de los breves tiempos que se destinan para la consulta médica.

La atención y educación a la salud no comienzan ni acaban en las unidades médicas, se prolongan a través del autocuidado y la ayuda mutua entre iguales, lo cual constituye todo un potencial de promoción de la salud en la sociedad que es preciso apoyar e incentivar.

X. ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO (HOJA FRONTAL)









CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO

Nombre: _____

Domicilio: _____

Cuenta con Seguridad Social SI ☐ NO ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ OTRO: _____

AÑO 20__ 20__ 20__ 20__ 20__

PESO (kg) _____

ESTATURA (mts) _____

I.M.C. (kg/m²) _____

CINTURA (cm) _____

Riesgo 0 5 10

Peso Normal Sobrepeso

Grados de obesidad I II III

IMC* 18.5 24.9 25 29.9 30 34.9 35 39.9 40

Estatura Min. Máx. Min. Máx. Min. Máx. Min. Máx. Más de:

1.44 38.4 51.6 51.8 62.0 62.2 72.4 72.6 82.7 82.9

1.46 39.4 53.0 53.3 63.7 63.9 74.4 74.6 85.1 85.3

1.48 40.5 54.5 54.8 65.5 65.7 76.4 76.7 87.4 87.6

1.50 41.6 56.0 56.3 67.3 67.5 78.5 78.8 89.8 90.0

1.52 42.7 57.5 57.8 69.1 69.3 80.6 80.9 92.2 92.4

1.54 43.9 59.1 59.3 70.9 71.1 82.8 83.0 94.6 94.9

1.56 45.0 60.6 60.8 72.8 73.0 84.9 85.2 97.1 97.3

1.58 46.2 62.2 62.4 74.6 74.9 87.1 87.4 99.6 99.9

1.60 47.4 63.7 64.0 76.5 76.8 89.3 89.6 102.1 102.4

1.62 48.6 65.3 65.6 78.5 78.7 91.6 91.9 104.7 105.0

1.64 49.8 67.0 67.2 80.4 80.7 93.9 94.1 107.3 107.6

1.66 51.0 68.6 68.9 82.4 82.7 96.2 96.4 109.9 110.2

1.68 52.2 70.3 70.6 84.4 84.7 98.5 98.8 112.6 112.9

1.70 53.5 72.0 72.3 86.4 86.7 100.9 101.2 115.3 115.6

1.72 54.7 73.7 74.0 88.5 88.8 103.2 103.5 118.0 118.3

1.74 56.0 75.4 75.7 90.5 90.8 105.7 106.0 120.8 121.1

1.76 57.3 77.1 77.4 92.6 92.9 108.1 108.4 123.6 123.9

1.78 58.6 78.9 79.2 94.7 95.1 110.6 110.9 126.4 126.7

1.80 59.9 80.7 81.0 96.9 97.2 113.1 113.4 129.3 129.6

1.82 61.3 82.5 82.8 99.0 99.4 115.6 115.9 132.2 132.5

1.84 62.6 84.3 84.6 101.2 101.6 118.2 118.5 135.1 135.4

¿Tiene Diabetes y no lo sabe?

Para encontrar si está en riesgo de padecer diabetes, hipertensión u obesidad, marque con una cruz la respuesta que se adapte a usted o a su paciente.

	SI	NO
1. Su IMC se ubica en: Normal=0, Sobrepeso=5, Obeso=10	10	5
2. Cintura: Mujer ≥ 80cm Hombre ≥ 90cm	10	0
3. Normalmente hace poco o nada de ejercicio (Solo para menores de 65 años)	5	0
4. Tiene entre 45 a 64 años de edad	5	0
5. Tiene 65 o más años de edad	9	0
6. Alguno de sus hermanos padece o padeció diabetes mellitus	1	0
7. Alguno de sus padres padece o padeció diabetes mellitus	1	0
8. Si es mujer y ha tenido algún bebé con más de 4 kg. de peso al nacer	1	0

MES/AÑO ____/____/____

TOTAL ____

Si obtuvo menos de 10 puntos de calificación: está en bajo riesgo de tener diabetes. Pero no olvide que en el futuro puede estar en riesgo mayor. Se le recomienda adoptar un estilo de vida saludable y aplicar nuevamente el cuestionario en 3 años.

Si obtuvo 10 o más puntos de calificación: está en alto riesgo de padecer diabetes. Haga la determinación de azúcar en sangre y aún si el resultado fuera negativo, practique estilos de vida saludable y repita la determinación en un año.

¿Presenta mucha sed, orina mucho o tiene mucha hambre?

SI ☐ NO ☐

Si la respuesta es si, realice la determinación de azúcar en sangre, independientemente de la calificación obtenida.

GLUCEMIA

AÑO 20__ 20__ 20__ 20__ 20__

AYUNO _____

CASUAL _____

POSITIVA: Si su prueba de Glucemia Capilar fue mayor o igual a 100 mg/dl en ayunas, o más de 140 mg/dl casual. Tendrá que acudir al médico para que le practique otra prueba en ayunas.

NEGATIVO: Si la prueba de Glucemia es menor de 100 mg/dl.

*Fuente: World Health Organization. Report of a WHO Consultation: Obesity: Preventing and Managing The Global Epidemic. Geneva, WHO 1997

18.5 - 24.9

• Vigile su peso

• Realice actividad física (30 min. 5 veces por semana)

• Alimentación correcta

25 - 29.9

• Acuda a su médico

• Acuda a Grupos de Ayuda Mutua

• Realice actividad física (30 min. 5 veces por semana)

• Alimentación correcta

≥ 30

Además de lo anterior acuda a su médico requiere intervenciones inmediatas

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENAPRECE
CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS
Y CONTROL EN ENTRENAMIENTO



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL
TRABAJADORES DEL ESTADO



IMSS
INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

¿TIENE USTED HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y NO LO SABE?

AÑO	20		20		20		20		20	
	Detección	Confirmación	Detección	Confirmación	Detección	Confirmación	Detección	Confirmación	Detección	Confirmación
1º Toma	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2º Toma	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Promedio	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Detección Población ≥ 20 años

<120 / < 80 (Óptima)	120-129 / 80-84 (Normal)	130-139 / 85-89 (Fronteriza)	140-159 / 90-99 (Etapa 1)	160-179 / 100-109 (Etapa 2)	≥180 / ≥110 (Etapa 3)
- Vigilar su peso - Realizar actividad física (30 min. 5 veces por semana) - Alimentación correcta - Detección cada 3 años		- Acudir a Grupos de Ayuda Mutua - Realizar actividad física (30 min. 5 veces por semana) - Dieta correcta - Detección semestral	- Confirmación diagnosticada - Acudir a Grupos de Ayuda Mutua - Dieta correcta - Tratamiento integral		

Recuerde que el modo de vida influye en la salud

Las enfermedades son resultado de estilos de vida inadecuados, como cada factor de riesgo (por ejemplo, el tabaco) puede ser la causa subyacente de diversas enfermedades.

	 Dieta Inadecuada	 Abuso del alcohol	 Tabaco	 Falta de ejercicio	 Estrés	 Contaminación
Enfermedades cardiovasculares						
Cardiopatías	○ ○	○	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○
Embolias	○ ○	○ ○	○	○ ○	○ ○	○ ○
Hipertensión	○ ○	○ ○	○	○ ○	○ ○	○ ○
Cáncer						
Colorectal	○ ○					
Pulmonar			○ ○			○
Bucal		○	○ ○			
Gástrico	○					
Cirrosis		○ ○				
Diabetes	○ ○	○ ○		○ ○	○ ○	
Osteoporosis	○ ○	○ ○	○	○ ○		

Si en algún aspecto su estilo de vida no es saludable, acuda a su médico y al Grupo de Ayuda Mutua de su unidad de salud, para hacer los cambios necesarios.

Si no se identificó ningún factor de riesgo repita el cuestionario en 3 años de lo contrario se dará seguimiento en 1 año.

ANEXO 2. FORMATO ACTA CONSTITUTIVA

ACTA CONSTITUTIVA GRUPO DE AYUDA MUTUA EC

Los Servicios de Salud del Estado de _____ con el fin de constituir formalmente al Grupo de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas denominado _____ en el Centro de Salud _____ con domicilio en _____ de la Jurisdicción Sanitaria _____, pertenecientes al Municipio de _____ con fundamento en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su Artículo 4° y de la Ley General de Salud Capítulo III, Artículo 158 y 160, con el propósito de promover una cultura de la salud para la prevención de complicaciones y el control de la enfermedad; mismo que se compone de _____ Integrantes (lista anexa); queda conformada la Mesa Directiva de la siguiente manera:

Nombre	Cargo	Firma
	Presidente	
	Secretario	
	Tesorero	
	Vocal	
	Vocal	
	Vocal	
	Vocal	

Quienes manifiestan estar de acuerdo con las funciones, responsabilidades y actividades inherentes a su cargo:

Testigos Equipo de Salud

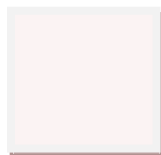
Nombre	Cargo	Firma
	Coordinador (a) del Grupo	
	Médico	
	Enfermera / Trabajo Social	
	Otro personal	

Siendo las _____ horas del _____, del año _____ queda concluido este acto.

Director (a) de la Unidad Médica

Coordinador (a) del Grupo

ANEXO 3. LISTA DE INTEGRANTES ACTA CONSTITUTIVA



ACTA CONSTITUTIVA GRUPO DE AYUDA MUTUA EC

Entidad Federativa.....
 Jurisdicción Sanitaria..... Municipio.....
 Centro de Salud
 Nombre del Grupo.....
 Fecha.....

Lista de Integrantes

Nombre	Firma
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	

Coordinador(a) del Grupo de Ayuda Mutua EC

Estatus Actual: Anote el nombre del estatus en el que se encuentre el Grupo de Ayuda Mutua. (Activo, Acreditado, Re acreditado, Acreditado con Excelencia).

Nombre del Coordinador del GAM: anote el nombre del coordinador del Grupo de Ayuda Mutua.

Ocupación del Coordinador: anote la ocupación que tiene el coordinador según corresponda: Paciente, Trabajador Social, Promotor de la Salud, Personal de Enfermería, Personal de Nutrición, Personal de Medicina, Personal de Psicología, y únicamente si no pertenece a alguno de estos escribir "Otro".

No.: anote el número consecutivo que corresponda.

Nombre: Anote el (los) nombre (s) del paciente (s) seguidos de apellido paterno y apellido materno en cada una de las casillas. Deberá anotar la totalidad de los miembros con el cual se formó el Grupo de Ayuda Mutua.

Fecha de nacimiento: Anote con número el día, mes y año de nacimiento del paciente en formato DD/MM/AAAA.

C.U.R.P. (Clave Única de Registro de Población): Anote el código alfanumérico con los 18 elementos de la Clave Única de Registro de Población (CURP) del paciente.

Género: Marque con una "X" la casilla Femenino (F) o Masculino (M) según corresponda para cada paciente.

Diagnósticos

Basal del paciente: Anote el (los) número (s) que corresponda (n) a el (los) diagnóstico (s) del paciente de acuerdo a la siguiente codificación: 1. Diabetes mellitus, 2. Hipertensión, 3. Obesidad, 4. Dislipidemia, 5. Síndrome metabólico, 6. Sano. Considere Síndrome metabólico cuando el paciente tenga al menos tres de las siguientes enfermedades: Diabetes mellitus, Dislipidemia, Hipertensión arterial y Obesidad; esto no excluye que se tengan que registrar las otras enfermedades. (Ejemplo: 1, 2,3, y 5)

Año en que se diagnosticó la Enfermedad: anote el año del diagnóstico basal. (Ejemplo: 1, 2013; para referirse a Diabetes en el 2013.

Dx. agregados posterior al Basal: anote las enfermedades que se hayan diagnosticado de manera posterior, en caso que aplique.

Tratamiento

No Farmacológico: Anote el número (s) en la casilla del tratamiento no farmacológico que recibe el paciente. 1. Alimentación correcta, 2. Actividad Física, 3. Eliminar hábito tabáquico, 4. Eliminar hábito alcohólico.

Farmacológico: Anote el número (s) en la casilla del tratamiento farmacológico que recibe el paciente: 1. Ácido acetil salicílico 300mg, 2. Metformina 850mg, 3. Glibenclamida 5mg, 4. Linagliptina 5mg, 5. Acarbosa 50mg, 6. Insulina rápida, 7. Insulina glargina, 8. Insulina NPH, 9. Insulina lispro protamina, 10. Complejo B, 11. Captopril 25mg, 12. Enalapril 10mg, 13. Nifedipino 30mg, 14. Hidroclorotiazida 25mg, 15. Clortalidona 50mg, 16.

Metoprolol 100mg, 17. Propranolol 40mg, 18. Telmisartán 40mg, 19. Losartán 50mg, 20. Irbesartán 150mg, 21. Alopurinol 100mg, 22. Pravastatina 10mg, 23. Atorvastatina 20mg, 24. Bezafibrato 200mg, 25. Verapamil 80mg, 26. Furosemida 40mg, 27. Otro

Seguridad Social: Anote el número en la casilla de acuerdo al tipo de afiliación pertenece el paciente: 1) IMSS, 2) ISSSTE, 3) SEMAR, 4) Seguro Popular, 5) PEMEX, 6) SEDENA, 7) Otro, o 9) Ninguna.

Número de afiliación: En caso pertenecer a Seguro Popular, anote el número de la afiliación del asegurado.

Criterios de Acreditación

Asistió a la reunión: Marque en la casilla la asistencia para cada uno de los integrantes del Grupo de Ayuda Mutua, según corresponda: 1 (SI), 2(NO).

Peso (kg): Anote el peso corporal medido en la consulta, en kilogramos con tres decimales.

Circunferencia de cintura (cm): Anote el Perímetro abdominal en centímetros, medida durante la sesión grupal, aplicando la técnica citada en la NOM 043-SSA-2012.

Glucemia: Anote los miligramos de glucosa en sangre encontrados ya sea por tira reactiva o análisis de laboratorio, en la casilla correspondiente si es “En Ayuno” (abstinencia de ingesta calórica, por un lapso de tiempo de 8 hrs) o “Casual”(a cualquier hora del día, independientemente del periodo transcurrido después de la última ingestión de alimentos),

Nota: Glucosa casual no se considerará para establecer CONTROL.

HbA1c (%): Anote la cifra de la última Hemoglobina glucosilada tomada, en caso de que la tenga, cuide no replicar el resultado antes de tres meses, hasta un nuevo análisis de laboratorio.

Presión arterial: Anote el resultado del promedio de dos tomas (de la medición efectuada con intervalo de dos minutos por lo menos).

Sistólica: Anote la cifra de presión arterial sistólica en mmHg (primer ruido escuchado).

Diastólica: Anote la cifra de presión arterial diastólica mmHg (último ruido escuchado).

Talla (m): Anote la estatura del paciente expresada en metros.

IMC (Índice de Masa Corporal): Anote el Índice de Masa Corporal. Se obtiene de dividir el peso actual del paciente (expresado en kilogramos) entre su talla (expresada en metros) elevada al cuadrado.

Tipo de glucemia: Deberá anotar el número en la casilla de acuerdo al tipo de glucemia que se obtuvo del paciente. 1) En ayuno, 2) Casual.

Colesterol: Anote el resultado de laboratorio en mg/dl, para Colesterol Total, LDL y HDL. Esta prueba deberá realizarse al menos una vez al año; en caso de diagnóstico de

Dislipidemia, según la NOM-037-SSA2-2012 se propone realizar la prueba cada tres meses en caso de que el paciente no esté controlado.

Triglicéridos: Anote el resultado de laboratorio en mg/dl.

Microalbuminuria: Anote en la casilla según la codificación de acuerdo al resultado obtenido: 1) No realizada, 2) Positiva, 3) Negativa. Esta prueba deberá realizarse al menos una vez al año en pacientes con ECNT con resultado negativo. En caso de resultado positivo repetir la prueba; ante dos resultados positivos referir con especialista.

Revisión de pies: Anote el número la casilla según corresponda. 1. No realizada, 2. Sin hallazgos, 3. Micosis, 4. Agrietamiento, 5. Úlcera superficial.

Revisión de Fondo de ojo: Marque la casilla correspondiente, si durante la consulta se realizó la revisión del fondo de ojo, de acuerdo a lo siguiente: 1) Sin alteraciones, 2) Con alteraciones, 3) No se realizó.

Realiza automonitoreo: Anote el número en la casilla a qué tipo de automonitoreo que practique el paciente.

Glucosa: 1) Diario, 2) 2 ó 3 veces por semana, 3) Una vez por semana, 4) Ocasional, 5) No lo realiza.

Hipertensión: 1) Diario, 2) 2 ó 3 veces por semana, 3) Una vez por semana, 4) Ocasional, 5) No lo realiza.

Presencia de complicaciones: Marque la casilla que corresponda al tipo de complicación encontrada en la sesión:

Tipo: Deberá registrar de acuerdo a la codificación siguiente: RP. Retinopatía, ERC. Enfermedad renal crónica, NE. Neuropatía, PD. Pie Diabético, CAR. Enf. Cardiovascular, CER. Enf. Cerebrovascular, AS. Apnea del sueño, O. Otra.

Fecha de diagnóstico: Anotar con número el día, mes y año de la fecha que se diagnóstica la complicación.

Referencia: Anote el número en la casilla que corresponda al nivel de atención al que es referido el paciente: 1. Unidad de consulta externa, 2. Hospital general, 3. Hospital de especialidad, 4. UNEME-EC.

Salud bucal: Anote según las indicaciones:

¿Fue tratado por Odontólogo?: Marque con en la casilla 1 (SI), 2 (NO) según corresponda.

¿Presenta enfermedad de las encías?: Marque en la casilla 1(SI), 2(NO) según corresponda.

Tuberculosis

Detección de Tuberculosis: Marque en la casilla 1 (SI), 2(NO) si al paciente se le realizó detección de la enfermedad a través de la Encuesta de Tuberculosis.

Resultado: Anote el número en la casilla a qué tipo de resultado tuvo el paciente en caso de haberse realizado baciloscopia: 1. Positivo, 2. Negativo, 3. No realizada.

¿Ingresó a tratamiento?: Marque en la casilla 1(SI), 2(NO) según corresponda.

Orientación Integral

Psicológica: Marque con en la casilla 1 (SI), 2 (NO) si el paciente recibió orientación psicosocial durante el mes.

Nutricional: Marque con en la casilla 1 (SI), 2 (NO) si el paciente recibió orientación nutricional durante el mes.

Odontológica: Marque con en la casilla 1 (SI), 2 (NO) si el paciente recibió orientación odontológica durante el mes.

Actividad física: Marque con en la casilla 1 (SI), 2 (NO) si el paciente recibió orientación sobre actividad física durante el mes.

Factor de Riesgo “Sobrepeso”: Marque con en la casilla 1 (SI), 2 (NO) si el paciente presenta IMC ≥ 25 durante el mes y menor a <30 .

Baja: Se refiere a los pacientes dados de baja del programa de manera definitiva o temporal. Anote el número que corresponda al motivo por el cual el paciente egresa del programa: 1.Cambio de domicilio; 2.Rechazo al tratamiento; 3.Defunción; 4.Perdido; 5.Otro motivo, 6.Baja Temporal por Referencia a UNEME-EC.

ANEXO 5. CUESTIONARIO PERFIL DEL INTEGRANTE



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CUESTIONARIO DE PERFIL DE INTEGRANTE



gam
Grupos de Ayuda Mutua
Creciendo Representando

Objetivo: Conocer aspectos demográficos, psicosociales y de hábitos de vida del integrante de los Grupos de Ayuda Mutua, para definir el programa de trabajo.

Nota: La información recabada en el presente instrumento es de uso confidencial, gracias por su participación.

Instrucciones de llenado: Escriba con letra de molde los datos de identificación que lo requieran y marque con una "X" el recuadro de la opción seleccionada.

Datos de la Institución

Jurisdicción Sanitaria: _____ N° de expediente: _____

Unidad médica: _____ Fecha de aplicación: ____/____/____.

Nombre del GAM EC: _____

Datos del Integrante Nombre Completo: _____

Datos generales

Edad: _____
Años cumplidos

Género: ☐ H ☐ M

Escolaridad:

1	Analfabeta	3	Secundaria
2	Primaria	4	Bachillerato

Edo. Civil: ☐ Casado ☐ Soltero

Otro: _____

¿Asiste a algún servicio de salud?

☐ Si

1 → ¿Cuál? →

1 IMSS

2 ISSSTE

3 PEMEX

4 SEDENA

☐ No

2

¿Completa?

1	Si	2	No
---	----	---	----

5 SEMAR

6 Seguro Popular

7 Otro

Actividad actual

☐ 1 Empleo formal → Especifique: _____

☐ 2 Empleo informal → Especifique: _____

Jornada laboral: _____

¿Trabaja?

☐ Si

☐ No

1 Hogar

2 Jubilado

3 Pensionado

4 Desempleado

5 Estudiante

6 Otro

Ingreso mensual aproximado: _____

Datos sobre su enfermedad

¿Qué enfermedad(es) padece?

- | | |
|---|--|
| ☐ 1 Diabetes | ☐ 4 <u>Dislipidemia</u> |
| ☐ 2 Hipertensión | ☐ 5 Síndrome Metabólico |
| ☐ 3 Obesidad | ☐ 6 Sano |

¿Cuánto tiempo tiene de saber de su enfermedad?

- | | |
|--|--|
| ☐ 1 Reciente Dx. | ☐ 4 5 a 10 años |
| ☐ 2 Menos de un año | ☐ 5 10 años o más |
| ☐ 3 1 a 5 años | |

Datos de redes de apoyo

¿Con quién vive? (Puede marcar más de uno)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ 1 Pareja | ☐ 2 Hermanos (a) |
| ☐ 3 Hijos (a) | ☐ 4 Padre o madre |
| ☐ 5 Nadie | |



¿La persona que lo ayuda estaría dispuesta a conocer más sobre su padecimiento?

- | | | |
|-------------------------------|---|---------------------------------|
| ☐ 1 Si | → ¿Asistiría a reuniones de capacitación? | → ☐ 1 Si |
| ☐ 2 No | → ¿Por qué? | ☐ 2 No |
| | ☐ 1 Trabaja | |
| | ☐ 2 Vive en otro lugar | |

¿Quién le ayuda en relación a su padecimiento?

- | | |
|---|----------------------------------|
| ☐ 1 Algún familiar | ☐ 4 Nadie |
| ☐ 2 Amistades | |
| ☐ 3 Religiosos | |

¿Participa en algún otro grupo de apoyo a su enfermedad?

- | | |
|-------------------------------|---|
| ☐ 1 Si | → ☐ 1 Religioso |
| | ☐ 2 Político |
| | ☐ 3 Adulto mayor |
| ☐ 2 No | |

Datos sobre alimentación

¿Cuenta con un plan alimenticio?

- | | | |
|-------------------------------|----------------------|--|
| ☐ 1 Si | → ¿Quién lo elaboró? | ☐ 1 Médico |
| | | ☐ 2 Nutriólogo |
| | | ☐ 3 Yo mismo (amigos del grupo) |
| ☐ 1 No | | |



Situaciones favorables a su plan alimenticio
(Marque solamente uno):

- ☐ 1 Bajé de peso
- ☐ 2 Me siento relajado
- ☐ 3 Mejoraron mis hábitos
- ☐ 4 Control de enfermedad
- ☐ 5 Apoyo familiar

Situaciones desfavorables a su plan alimenticio
(Marque solamente uno):

- ☐ 1 No hay nutriólogo
- ☐ 2 No como a mis horas
- ☐ 3 Costoso
- ☐ 4 Fastidio
- ☐ 5 Comer lo que comen todos
- ☐ 6 No logro bajar de peso
- ☐ 7 No logro modificar hábitos

Psicología

¿Ha recibido apoyo o tratamiento psicológico?

☐ Si ☐ No

Manejo de emociones (Puede marcar una o varias opciones.):

- ☐ 1 Me resisto a mi enfermedad o tratamiento (negación)
- ☐ 2 Me siento enojado/(a) cuando me piden que cambie alguna conducta
- ☐ 3 Puedo hablar de mis emociones y negociar mi tratamiento
- ☐ 4 Me siento triste, estresada/(o) todo el tiempo
- ☐ 5 Acepto mi enfermedad y estoy dispuesto a seguir mi tratamiento

Actividad Física

¿Realiza algún tipo de Actividad Física?

☐ No

☐ Si



¿Qué tipo de Actividad Física? _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿Cuánto tiempo? _____

Salud Bucal

Hábitos de salud bucal

Cepillado ☐ Hilo dental ☐ Otro ☐

0) Ninguna, 1) Una vez al día, 2) Dos veces al día, 3) Tres veces al día, 4) Más de 3 veces.

¿Tiene alguna molestia o síntoma en su boca o dientes?

☐ Si ☐ No

¿Que espero del Grupo?

Nombre del Grupo al que pertenece: _____

Nombre del Encuestador, y firma : _____

ANEXO 6. EVALUACIÓN DE NECESIDADES EDUCACIONALES DEL PACIENTE

Queremos conocer cuáles son los temas de interés para usted con relación a su diabetes por lo que le pedimos nos conteste lo siguiente.

Instrucciones: A continuación verá una lista de temas relacionados con el cuidado de la diabetes, enumérelos utilizando los números del 1 al 10 de acuerdo a sus necesidades, utilice el número uno para el tema de mayor preferencia el 2 para el siguiente de tal manera que el número 10 lo asigne al tema de menor preferencia. Usted puede repetir un número si así lo desea.

Al final cuenta con unas líneas donde usted puede anotar algún tema de su interés que no se encuentre en la lista.

TEMA	NUMERO ASIGNADO
¿Qué es la diabetes?	
¿Qué tipo de diabetes tengo?	
¿Cómo puedo controlar la diabetes?	
¿Qué debo comer para estar bien?	
¿Para qué me sirve hacer ejercicio si tengo diabetes?	
¿Puedo tener otros problemas de salud si no me cuido?	
¿Qué puedo hacer si tengo alguna otra enfermedad?	
¿Qué debo hacer si me da hipoglucemia (baja de azúcar)?	
¿Cómo debo cuidar mis pies?	
¿Los problemas personales o familiares alteran la enfermedad?	
Otro tema:	

Autopercepción del paciente

    triste sorprendido enfadado alegre Cuando pienso en la enfermedad como me siento	
Marque con una X la imagen con la que se identifica          	

Año

[illegible]

ANEXO 8. CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN EDUCATIVA

RESPONSABLE: _____
 DIRIGIDO: _____
 OBJETIVO: _____
 DURACIÓN: _____
 DÍAS REUNIÓN: _____

FECHA Y HORARIO	TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA	PONENTE

ANEXO 9. FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA SESIÓN

GRUPO AYUDA MUTUA EC: _____

TEMA _____ FECHA: _____

PONENTE: _____

PREGUNTA	RESPUESTA
De lo que se explicó en la sesión que me pareció más interesante	
De lo que se explicó en la sesión que cosas ya sabia	
Qué cosas nuevas aprendí	
De las cosas que dijeron en la sesión que es necesario cambiar que si puedo lograr	
Me gusto la forma como explicaron	SI () NO ()

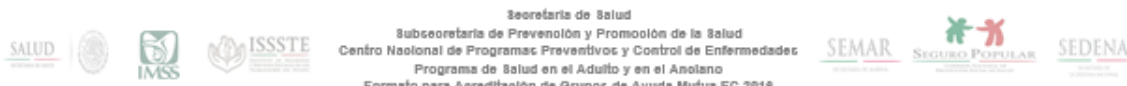
El coordinador realizará las valoraciones de los participantes de la sesión y les dará seguimiento.

Comentarios:

ANEXO 10. CATALOGO NACIONAL DE GRUPOS DE AYUDA MUTUA EC

SECRETARIA DE SALUD			
CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES			
PROGRAMA DE SALUD EN EL ADULTO Y EN EL ANCIANO			
PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS			
CATÁLOGO DE GRUPOS DE AYUDA MUTUA 2015			
NÚM	ENTIDAD	GAM ACTIVOS 2015	INTEGRANTES
1	Aguascalientes	58	1291
2	Baja California	53	1171
3	Baja California Sur	15	338
4	Campeche	102	2073
5	Coahuila	96	2422
6	Colima	101	2386
7	Chiapas	140	3443
8	Chihuahua	112	2553
9	Distrito Federal	118	2737
10	Durango	164	3609
11	Guanajuato	500	9809
12	Guerrero	179	3881
13	Hidalgo	387	7825
14	Jalisco	246	5844
15	México	1082	24004
16	Michoacán	269	4077
17	Morelos	93	1941
18	Nayarit	63	1599
19	Nuevo León	209	4420
20	Oaxaca	550	13043
21	Puebla	462	9706
22	Querétaro	203	5034
23	Quintana Roo	121	2801
24	San Luis Potosí	97	2128
25	Sinaloa	125	3002
26	Sonora	180	4080
27	Tabasco	369	8333
28	Tamaulipas	210	4407
29	Tlaxcala	87	2693
30	Veracruz	99	2301
31	Yucatán	72	857
32	Zacatecas	140	3218
	TOTAL	6702	147026

ANEXO 11. FORMATO PARA ACREDITACIÓN DE GAM EC 2016



Secretaría de Salud
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano
Formato para Acreditación de Grupos de Ayuda Mutua EC 2016

ENTIDAD: _____ JURISDICCIÓN: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

UNIDAD MÉDICA: _____ CLUES: _____ NOMBRE DEL GAM: _____

Nº TOTAL DE INTEGRANTES EN EL GAM-EC: _____

Nº INTEGRANTES CON DIABETES: _____ Nº INTEGRANTES CON HIPERTENSIÓN: _____ Nº INTEGRANTES CON OBESIDAD: _____

Nº INTEGRANTES CON DISLIPIDEMIA: _____ Nº INTEGRANTES QUE ADEMÁS CUBREN DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME METABÓLICO: _____

CRITERIO	MEDICIONES BASES	MEDICIONES AL MOMENTO DE LA ACREDITACIÓN	REDUCCIONES / RESULTADO	**CUMPLE CON EL CRITERIO DE ACREDITACIÓN	
Presenta Formato de Registro de Actividades y Seguimiento de Complicaciones del último mes: Sí: _____ No: _____	Fecha: _____ Día mes año	Fecha: _____ Día mes año	*Total de meses de captura en la Etapa: _____	SÍ	NO
Número de integrantes del GAM	Inicio: _____	Asistentes al momento: _____	% de asistencia: _____		
Promedio de peso corporal:	Inicio: _____	Al momento: _____	% de reducción: _____		
Promedio de perímetro de cintura:	Inicio: _____	Al momento: _____	centímetros: _____		
Promedio Grupal de Glucosa en pacientes con DM y Mixtos:	Grupal _____ mg/dl	Grupal _____ mg/dl			
Promedio Grupal de Hemoglobina Glucosilada en pacientes con DM y Mixtos:	Hemoglobina Glucosilada (HbA1c): _____	Hemoglobina Glucosilada (HbA1c): _____			
Promedio Grupal de Presión Arterial en pacientes con HTA y mixtos:	Grupal _____ / _____ mmHg	Grupal _____ / _____ mmHg			

Coordinador del GAM: _____
Nombre completo

Acreditador autorizado: _____ Fecha: ____/____/____

Validado por Nivel Jurisdiccional: _____

Validado por Nivel Estatal: _____

Validado por Nivel Nacional: _____ Fecha: ____/____/____ Firma: _____

Sello de la Unidad

**Grupo Acreditado: Sí: ☐ No: ☐ Re-acreditado: Sí: ☐ No: ☐ Acreditado con Excelencia: Sí: ☐ No: ☐

Observaciones: _____

*Anote la suma de los meses que se registraron en SIVEGAM hasta el alcance de la acreditación según la etapa correspondiente. ** Marque con una "X" según corresponda.

ANEXO 12. FORMATO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA GAM EC 2016, E INSTRUCTIVO.

FORMATO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA DEL PIE DIABÉTICO

Valoración podológica del paciente diabético

Nombre: _____ N° Expediente: _____
 Califique: 0 = Alteración ausente; 1= Alteración moderada; 2= Alteración severa. Fecha: _____

PIE DERECHO		PIE IZQUIERDO	
EXAMEN DERMATOLÓGICO			
Hiperqueratosis Calif.		Hiperqueratosis Calif.	
a) Plantar		a) Plantar	
b) Dorsal		b) Dorsal	
c) Talar		c) Talar	
Subtotal		Subtotal	
Alteraciones ungueales		Alteraciones ungueales	
d) Onicocriptosis		d) Onicocriptosis	
e) Onicomiosis		e) Onicomiosis	
f) Onicogripos		f) Onicogripos	
Subtotal		Subtotal	
Otras localizadas Calif.		Otras localizadas Calif.	
g) Bullosis		g) Bullosis	
h) Ulcera		h) Ulcera	
i) Necrosis		i) Necrosis	
j) Grietas y fisuras		j) Grietas y fisuras	
k) Lesión superficial		k) Lesión superficial	
l) Otras difusas:		l) Otras difusas:	
Anhidrosis		Anhidrosis	
Tiñas		Tiñas	
Proceso infeccioso		Proceso infeccioso	
Subtotal		Subtotal	
EXAMEN ESTRUCTURA ÓSEA			
Deformidades óseas Calif.		Deformidades óseas Calif.	
a) Dedos en garra		a) Dedos en garra	
b) Halux valgus		b) Halux valgus	
c) Dedos en martillo		c) Dedos en martillo	
d) Infraducto		d) Infraducto	
e) Supraducto		e) Supraducto	
f) Hiperargas bajo metatarsianos		f) Hiperargas bajo metatarsianos	
g) Pie de Charcot		g) Pie de Charcot	
Subtotal		Subtotal	
EXAMEN VASCULAR			
Sistema arterial Calif.		Sistema arterial Calif.	
Pulso pedio		Pulso pedio	
Llenado capilar		Llenado capilar	
Subtotal		Subtotal	
Sistema venoso		Sistema venoso	
Varices		Varices	
Edema		Edema	
Subtotal		Subtotal	
EXAMEN NEUROLÓGICO			
Sistema perceptual Calif.		Sistema perceptual Calif.	
Sensibilidad táctil		Sensibilidad táctil	
Sensibilidad vibratoria		Sensibilidad vibratoria	
Subtotal		Subtotal	
Sistema motor Calif.		Sistema motor Calif.	
Reflejo rotuliano		Reflejo rotuliano	
Dorsiflexión del pie		Dorsiflexión del pie	
Apertura ortejos en abanico		Apertura ortejos en abanico	
Subtotal		Subtotal	
Calificación total		Calificación total	

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

OPS/OPC/MC/08A/66/1/-

Realizó: médic@ () enfermer@ () otr@: () _____

INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA DEL PIE DIABÉTICO

OPS/DPC/NC/DIA/66/1/-173-04

1. Objetivo

Estandarizar el llenado de la cédula para valoración podológica del paciente con diabetes mellitus.

2. Instructivo de llenado

Generalidades de llenado

Derivado de la exploración de cada pie en busca de las afecciones listadas en cada área, se asigna un número en escala de intensidad que va del 0 al 2, el **cero** será asignado para los casos en que la alteración esté ausente, **uno** para los casos en que la alteración sea moderada o incipiente y **dos** para cuando la alteración sea grave o muy marcada. El registro se debe realizar en las celdillas **“Calif.”** Correspondiente a cada evento.

Para lograr una mayor objetividad de las alteraciones dermatológicas y de las estructuras óseas se presentan esquemas de ambos pies, en vista plantar y dorsal, para indicar la ubicación exacta de las mismas, anotando la letra que le corresponde a cada afección.

Identificación

Nombre: Anotar el nombre de la persona iniciando con apellido paterno, materno y nombre(s).

Fecha: Anotar con números arábigos las dos últimas cifras del día, mes y año en que se realiza la valoración podológica. Ejemplo: 27/01/04

N° de Expediente: Registrar el número del expediente del paciente.

Matriz

Se encuentra dividida en una columna izquierda para registrar los datos del pie derecho y una columna derecha para registrar los correspondientes al pie izquierdo, resultantes de la valoración independiente de cada pie, en cuatro grandes áreas de exploración: dermatológico, óseo, vascular y neurológico.

Área: Examen dermatológico

Considera para ambas columnas: pie derecho e izquierdo la valoración de:

Hiperqueratosis de ubicación plantar, dorsal y talar otorgándosele a cada una letra y una celda para registrar la calificación otorgada.

Alteraciones ungueales	Otras localizadas
Considera para ambas columnas: pie derecho e izquierdo la Identificación de: <i>Onicocriptosis, Onicomycosis y Onicogriposis</i>	Builosis, úlcera, necrosis, grietas y fisuras, lesiones superficiales y otras difusas (anhidrosis, tiñas, procesos infecciosos)

Área: Examen de estructura ósea

Considera para ambas columnas: pie derecho e izquierdo la valoración de:

Deformidades óseas: manifiestas como dedos en garra, halux valgus, dedos en martillo, dedos infraducto y supraducto, hipercargas bajo metatarsianos y pie de Charcot, otorgándosele a cada una letra y una celda para registrar la calificación otorgada.

Área: Examen vascular

Considera para ambas columnas: pie derecho e izquierdo la valoración perceptual de:

Pulso pedio y llenado capilar para el sistema arterial, así como varices y edema para el sistema venoso.

Área: Examen neurológico

Considera para ambas columnas: pie derecho e izquierdo la valoración perceptual de:

Sensibilidad táctil, sensibilidad vibratoria para el sistema perceptual y el reflejo rotulano, la dorsiflexión del pie y apertura de ortejos en abanico para el sistema motor.

Área: Diagnóstico presuntivo

Se deberá registrar la impresión diagnóstica del paciente derivada de la valoración podológica.

Proceso

Una vez asignados los valores numéricos a cada variable estudiada se realiza la suma por grupo de patologías y por pie, asentándolo en la correspondiente a celda de **“Subtotal”** para obtener una calificación total del paciente.

Derivados de la calificación total obtenida para cada uno de los pies, se establece el nivel de riesgo.

Nivel de riesgo	Pie derecho	Pie izquierdo
0 (Leve)	0 a 10	0 a 10
1 (Moderado)	11 a 25	11 a 25
2 (Alto)	> a 25	> a 25

Se sugiere que los niveles de riesgo 0 (leve) sean remitidos al podólogo, los niveles 1 (moderado) al médico especialista y los niveles 2 (alto) al cirujano, desde luego todos deberán estar bajo la atención del médico general que es quien realiza la valoración.

Asimismo cualquier paciente que presente ulcera, necrosis, proceso infeccioso, pie de Charcot o amputación previa, deberá considerarse como de nivel de riesgo alto y será referido al médico especialista.

La valoración se debe realizar con periodicidad semestral y de manera independiente en cada uno de los pies ya que las lesiones pueden ser ipsilaterales.

Destino de la cédula

La cédula debidamente llenada en todos sus componentes pasa a formar parte del expediente clínico.

ANEXO 13. ENCUESTA DE TUBERCULOSIS.







ALTO

MÉXICO

LA TUBERCULOSIS

SIGUE SIENDO UN RIESGO PARA TODOS

Descubre si estás en riesgo de tener Tuberculosis, contesta la siguiente encuesta y autoevalúate.

Instrucciones: Encierra en un círculo tu respuesta y suma el total de puntos acumulados.

La TUBERCULOSIS se manifiesta con tos y flemas. Es curable y los exámenes y tratamientos están disponibles en los Centros de Salud.

ENCUESTA DE TUBERCULOSIS

Tienes tos con flemas	3
Las flemas son amarillas o verdes	2
Tienes flemas con sangre	5
Presentas fiebre por las tardes o noches	3
Has perdido peso (sin dieta especial)	1
Tienes sudoración por la noche	2
TOTAL DE PUNTOS	

- Si acumulaste 10 puntos o más, estás en alto riesgo de padecer Tuberculosis.
- Acude con tu encuesta contestada a tu centro de salud más cercano.
- Si tienes tos con flemas de más de dos semanas de duración, solicita un examen para la Tuberculosis.
- Pregunta cuándo te entregarán tu resultado para que regreses por él, y en caso de ser positivo, el tratamiento también te lo proporcionarán allí mismo y es gratuito.

RECUERDA: CUÍDATE Y CUIDA A TU FAMILIA, VIVE LIBRE DE TUBERCULOSIS

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>)
2. Cordera, Rolando y Ciro Murayama. Los determinantes sociales de la salud en México. Fondo de Cultura Económica, UNAM 2012
3. Wray, Beverly & Miller, 2006; Brown, Avis & Hubbard, 2007; Devlin, Roberts, Okaya & Xiong, 2006; Penn, Moffatt & White, 2008.
4. www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es
5. Clinical Practice Recommendations of American Diabetes Association 2013, Executive Summary: Standards of Medical Care in Diabetes—2013. Diabetes Care. 2013; 36 (Supplement 1):S4-S10.
6. Documento de posición de ALAD con aval de Sociedades de Diabetes y Endocrinología Latinoamericanas para el tratamiento de la Diabetes Tipo 2. Consenso 2010
7. World Health Organization. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6–12 de septiembre de 1978. Geneva: WHO, 1978.
http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
8. Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986 WHO/HPR/HEP/95.1
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
9. Catálogo Nacional de Grupos de Ayuda Mutua EC, SSA 2014
10. Estrategia de Grupos de Ayuda Mutua, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, SSA 2ª Edición, Agosto de 2012.
11. Prevención y Manejo del Pie en Personas con Diabetes Mellitus Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, SSA 2ª Edición, Agosto de 2012
12. Herramientas Psicosociales para el Manejo de las Enfermedades Crónicas, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, SSA 2ª Edición, Agosto de 2012.
13. Determinaciones Antropométricas Clínicas y Bioquímicas para las Metas de Tratamiento en Enfermedades Crónicas.
14. Lara EA, Aroch CA, Jiménez RA, Velázquez MO. Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. ArchCardiolMex
15. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, Sepúlveda-Amor J. ENSANUT 2006. Cuernavaca, México: INSP, 2006.
16. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.
17. Cuestionario de Factores de Riesgo SSA 2010.
18. NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
19. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010. Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad
20. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
21. NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.

22. Grupos de Ayuda Mutua. Guía técnica para su funcionamiento. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. CENAVECE. Secretaría de Salud.2003.
23. Díaz Barriga, Ángel (1998) “Elaboración de programas de estudio: bases para una propuesta de acuerdo a su estructura”. En Didáctica y currículo, Paidós, México.
24. Díaz Barriga, Frida (1993) “Aproximaciones metodológicas al diseño curricular: hacia una propuesta integral”. En: Revista Tecnología y Comunicación Educativas, año: 1993, mes: marzo, número: 21, México.
25. Fernández Pérez, Miguel (1994) Las tareas de la profesión de enseñar. Práctica de la racionalidad curricular. Didáctica aplicable. Siglo XXI, España.
26. Montiel Carbajal, Ma. Martha y Domínguez- Guedea, M. (2011) “Aproximación cualitativa al estudio de la adhesión al tratamiento en adultos mayores con DMT2”. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual. Vol. 1, No. 2, Pp. 7-18, Universidad de Sonora, México
27. Rivera Navarro. J. (2004) “Asociaciones y Grupos de Ayuda Muta: Un nuevo paradigma en el ámbito de la salud”. Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM, enero-junio, Vol. XIV, No. 01. Pp. 83-99. Universidad Autónoma de Tamaulipas, Cd. Victoria, México.
28. Roca-Soriano, Francina (1998) “Los desconocidos grupos de ayuda mutua”. Cuadernos de trabajo Social, No. 11, Pp. 251-263, Ed. Universidad Complutense, Madrid.