

55

GUÍA OPERATIVA PARA EL PROGRAMA MANEJO INTEGRAL DE DIABETES POR ETAPAS (MIDE) EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 2024





GOBIERNO DE
MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



DIRECCIÓN MÉDICA

Subdirección de Prevención y Protección a la Salud Ciudad de México

VERSIÓN 1: AGOSTO DEL 2024

Este instrumento es de nueva creación con base en lo estipulado por la Ley del ISSSTE publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 31 de marzo de 2007, el Estatuto Orgánico del Instituto el 18 de junio de 2014, así como del Manual de Organización General del ISSSTE.

VERSIÓN 2024

Las disposiciones, lineamientos y recomendaciones incluidas en el presente documento están en continua revisión y podrán ser modificadas de acuerdo con la evolución de la situación epidemiológica, a las pautas de prevención, aislamiento, protección o terapéuticas según las evidencias de las que se disponga. Versiones posteriores especificarán las modificaciones, páginas y comentarios.

VERSIÓN	MODIFICACIÓN	PÁGINA	COMENTARIO
1	07/08/2024	TOTALIDAD	PUBLICACIÓN



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Mtra. Bertha María Alcalde Luján
Directora General

DIRECCIÓN MÉDICA

Dr. Ramiro López Elizalde
Director Médico

Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia
Subdirectora de Prevención y Protección a la Salud

Dr. Miguel Ángel Nakamura López
Subdirector de Regulación y Atención Hospitalaria

Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud

Mtra. Laura Minerva Hernández Herrera
Subcoordinadora de la Dirección Médica

Dra. Eréndira Vicencio Rosas
Enc. de la Jefatura de Servicios de Programas Preventivos y
Atención Médica de Enfermedades Crónico-Degenerativas



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



Grupo Técnico

Dra. Eréndira Vicencio Rosas

Enc. de la Jefatura de Servicios de
Programas Preventivos y Atención
Médica de Enfermedades Crónico
Degenerativas

Dra. Anel Arellano Tejada

Jefa de Departamento de
Enfermedades Crónico
Degenerativas

**MSP. Zaira Isabel Guevara
Mauricio**

Implementadora central MIDE
Educatrice en Diabetes

**MSP. Oscar Esteban Sánchez
Santos**

Implementador Central MIDE
Educatrice en Diabetes

Dra. Alma Leticia Ruiz Orozco

Médico Especialista en Medicina
Interna adscrito a la Dirección
Médica

Dr. Andrés Frias Aguirre

Médico adscrito a la CMF
Xochimilco

Dr. Alberto Vázquez Sánchez

Médico Especialista en Medicina
Familiar adscrito a la Dirección
Médica.

Comité Médico Revisor

**Mtro. Christian Walter Acevedo
Paredes**

Médico Especialista en Medicina
Familiar. Médico Diabetólogo.
Medico MIDE en la CMF Oriente,
Zona Oriente, CDMX.

**Dra. Ixchel Violeta Hernández
Ibarrola**

Médica Especialista en Medicina
Familiar. Educatrice en Diabetes.
Médica MIDE en la CMF Valle de
Aragón, Estado de México.

Dra. Josefina Ruiz Carbajal

Médica Especialista en Medicina
Familiar. Médica Diabetóloga.
Educatrice en Diabetes. Médica

**Dra. Lourdes Eugenia
Rodríguez López**

Médica Especialista en Medicina
Familiar. Médica Diabetóloga.



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



MIDE en la CMF Coyoacán, Zona Sur
CDMX.

Educadora en Diabetes. Médica
MIDE en la CMF Tuxtla Gutiérrez,
Chiapas.

Dra. Lydia Ruiz López

Médica MIDE en la CMF Cuernavaca,
Morelos. Médica Diabetóloga.

**Dra. Ma. Estela Calderón
Estrada**

Médica MIDE en la CMF
Guadalajara No. 2, Jalisco.
Educadora en Diabetes

Dra. María Cristina Trejo Santos

Médica MIDE en la CMF Ermita
Zaragoza, Zona Oriente CDMX.
Médica Diabetóloga.

**Dra. María Guadalupe Selene
Rosales Bautista**

Médica MIDE en CMF Morelia,
Michoacán. Médica Diabetóloga.
Educadora en Diabetes.

**Dra. María Luisa de La Paz
Santos Chávez**

Médica MIDE en la CH Ciudad
Cancún, Quintana Roo.

Dr. Martín Ramírez Aguirre

Médico MIDE en la CMFE Dr. Pedro
Bárcena Hiriart, San Luis Potosí.
Médico Diabetólogo.

Dr. Rogelio Machado Hidalgo

Médico MIDE en la CMF Ciudad
Lerdo, Durango. Médico
Diabetólogo.



CONTENIDO

GLOSARIO	8
ABREVIATURAS	11
INTRODUCCIÓN	12
ANTECEDENTES.....	14
JUSTIFICACIÓN	17
MARCO JURÍDICO Y REFERENCIAL.....	19
MARCO CONCEPTUAL.....	20
FACTORES DE RIESGO.....	20
• FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES	20
• FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES	21
ETAPAS DE LA DM	22
TIPOS DE DIABETES	23
FISIOPATOLOGÍA	24
DIAGNÓSTICO.....	25
ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA CENTRADA EN EL PACIENTE	26
TRATAMIENTO	27
• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	27
• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	27
OBJETIVO GENERAL	28
OBJETIVOS ESPECÍFICOS, ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN	29
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	31
COMPONENTES DEL MODELO.....	32
POLÍTICAS DE OPERACIÓN	37
• De la Dirección Médica	37
• De la Subdirección de Prevención y Protección a la Salud.....	37



- De la Jefatura de Servicios de Programas de Prevención y Atención Médica de Enfermedades Crónico-Degenerativas..... 37
- De la Jefatura de Departamento de Atención Médica de Enfermedades Crónico-Degenerativas 37
- De las Subdelegaciones Médicas 39
- De las unidades médicas 40
- PERFILES MULTIDISCIPLINARIOS 43

PROCESO DE ATENCIÓN 44

INDICADORES Y METAS..... 50

REFERENCIAS.....52

ANEXOS55

ANEXO 1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	55
ANEXO 2. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.....	57
ANEXO 3. TALLERES SOBRE EL AUTOCUIDADO.....	60
ANEXO 4. FORMATO DE SEGUIMIENTO HBA1c	63
ANEXO 5. FORMATOS NOTA MÉDICA ODEC.....	64
ANEXO 6. DOCUMENTOS DE CONSULTA.....	66



GLOSARIO

Autocuidado

Capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud; y hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un profesional de la salud

Complicaciones crónicas de la diabetes

Las complicaciones microvasculares crónicas son: retinopatía, nefropatía, neuropatía diabética y periodontitis. Mientras que las complicaciones macrovasculares crónicas son: enfermedades cardiovasculares, encefalopatía diabética, pie diabético y amputación del pie

Diabetes (Mellitus)

Enfermedad que aparece cuando las células beta del páncreas no produce suficiente insulina o el organismo no puede utilizarla eficazmente. Los tres tipos más comunes de diabetes son el tipo 1, el tipo 2 y la gestacional.

Diabetes de tipo 1

Las personas que viven con diabetes tipo 1 no pueden producir insulina. Puede afectar a personas de cualquier edad, pero suele aparecer en niños o adultos jóvenes.

Diabetes de tipo 2

Las personas que viven con diabetes tipo 2 no pueden utilizar la insulina para transformar la glucosa en energía. La diabetes de tipo 2 es mucho más frecuente que la de tipo 1 y se da principalmente en adultos. Sin embargo, también se diagnostica cada vez más en niños y adultos jóvenes.

Diabetes mellitus gestacional (DMG)

Los niveles elevados de glucosa en sangre, denominados hiperglucemia, detectados por primera vez durante el embarazo, entre las semanas 24 a 28 o en un cribado precoz antes de la semana 15, en mujeres con sobrepeso u obesidad con uno o más factores de riesgo.



Enfermedades no transmisibles

Grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo.

Factor de riesgo

Es toda característica o circunstancia de una persona o grupo de personas que se sabe está asociada con un incremento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar en especial vulnerabilidad a un proceso mórbido.

Glucosa

También llamada dextrosa o azúcar en sangre. El principal azúcar que produce el organismo para almacenar la energía procedente de las proteínas, las grasas y los hidratos de carbono. La glucosa es la principal fuente de energía de las células vivas y llega a cada célula a través del torrente sanguíneo. Sin embargo, las células no pueden utilizar la glucosa sin la ayuda de la insulina.

Hemoglobina glucosilada (HbA1c)

Hemoglobina a la que se une la glucosa. La hemoglobina glucosilada se analiza para determinar el nivel medio de glucosa en sangre durante los últimos dos o tres meses.

Hiperglucemia

Un nivel elevado de glucosa en sangre. Esto ocurre cuando el cuerpo no tiene suficiente insulina o no puede utilizar la que tiene para convertir la glucosa en energía. Los signos de hiperglucemia incluyen sed excesiva, sequedad de boca y necesidad de orinar con frecuencia.

Hipoglucemia

Un nivel bajo de glucosa en sangre. Esto ocurre cuando una persona con diabetes se ha inyectado demasiada insulina, ha comido muy poco o ha hecho ejercicio sin comer más. Una persona con hipoglucemia puede sentirse nerviosa, temblorosa, débil o sudorosa, y tener dolor de cabeza, visión borrosa y hambre.



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



Insulina

Hormona producida en el páncreas. Si aumentan los niveles de glucosa en sangre, la insulina hace que las células absorban glucosa del torrente sanguíneo y la conviertan en energía, y que el hígado absorba glucosa del torrente sanguíneo y la almacene en forma de glucógeno.

Tratamiento

Conjunto de medidas y estrategias que tienen como objetivo principal curar, aliviar o prevenir enfermedades, afecciones o síntomas en un paciente. Los tratamientos pueden abarcar un amplio espectro de intervenciones, desde cambios en el estilo de vida, terapias farmacológicas, entre otras.



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



ABREVIATURAS

ALAD: Asociación Latinoamericana de Diabetes

ADA Asociación Americana de la Diabetes

DM: Diabetes mellitus

DG: Diabetes gestacional

DM1: Diabetes tipo 1

DM2: Diabetes tipo 2

ENSANUT: Encuesta de Salud y Nutrición

ENT: Enfermedades NO transmisibles

FID: Federación Internacional de Diabetes

GPC: Guía de Práctica Clínica

HbA1c: Hemoglobina glucosilada

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

MIDE: Manejo Integral de Diabetes por Etapas

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

TGO Curva de tolerancia a la Glucosa



INTRODUCCIÓN

Las **Enfermedades No Transmisibles (ENT)** encabezan los índices de morbilidad y mortalidad en el mundo, dentro de ellas, la **Diabetes Mellitus (DM)** ha adquirido una mayor importancia debido a su alta prevalencia.(1) En nuestro país, se posiciona en el primer lugar de demanda de atención médica en consulta externa y es una de las principales causas de hospitalización(2), además es la tercera causa de muerte en México.(3) Lo anterior, se refleja en un alto porcentaje de gastos de las instituciones públicas de salud.

Las ENT han representado para el **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE)** y sus derechohabientes una carga económica.(4) Por esta razón, el Instituto se dispuso a buscar y poner en marcha una metodología innovadora para hacer frente a esta problemática.

Por lo anterior el Instituto implementó el **Programa Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE)**, que busca una atención integral a través del tratamiento farmacológico y no farmacológico, promoviendo la atención a través de equipos multidisciplinarios en las unidades en donde se cuente con estos, favoreciendo a una alta posibilidad en el control metabólico, así como, en la reducción de riesgo cardiovascular y el desarrollo de complicaciones, lo que permitiría generar una vida plena para la persona que vive con esta patología.(5) Este se encuentra sólidamente sustentado en una metodología basada en las mejores prácticas internacionales ya probada en el ISSSTE y considerada como caso de éxito incluida en el 2015 en los documentos de postura de la Academia Nacional de Medicina.(6)

A través de este Programa, se busca romper con el paradigma de la atención con servicios médicos especializados limitados al segundo y tercer nivel,



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



ampliando estos servicios al primer nivel de atención para lograr un enfoque integral y multidisciplinario en el abordaje de las ENT, en donde se concentra el 80% de los usuarios que viven con alguna condición crónica.

Este programa es incluyente y estimula la participación del paciente en el control de su enfermedad (autocuidado), para convertirse en un agente de cambio en su familia y su comunidad.

Es por lo que, esta guía operativa del Programa se actualiza con respecto al “Programa de Acción Específico de Enfermedades Cardiometabólicas 2020 – 2024”, así como, de los cambios derivados del Programa.



ANTECEDENTES

Las ENT especialmente aquellas relacionadas con estilos de vida poco saludables, continúan siendo una prioridad en términos de salud pública, un desafío para los sistemas de salud y un reto para establecer acciones que permitan disminuir su prevalencia.

Según la **Organización Mundial de Salud (OMS)**, el número de personas con DM en el mundo, aumentó de 108 millones en el año 1980 a 422 millones en el año 2014, con una prevalencia de 4.7% a 8.5% respectivamente.⁽⁷⁾ La **Federación Internacional de Diabetes (FID)** estimó que la diabetes en 2021 causó más de 2.5 millones de muertes respecto a 2019.⁽⁸⁾ Así mismo la FID, estiman que en el año 2019, existían 463 millones de personas con DM en el mundo entre 20 y 79 años de edad (9.3% de la población mundial de esta edad) y estima que para el año 2045, existirán 700 millones de personas con DM en el mismo rango de edad.⁽⁷⁾

Debido al crecimiento de la DM, esta representa una gran carga económica para los sistemas de salud del mundo; según la FID, los gastos médicos generados por la enfermedad en todo el mundo, creció a más del triple en el periodo de 2003 al 2013, por el aumento de la prevalencia y del gasto per cápita atribuible a la enfermedad por atención intrahospitalaria y ambulatoria, incluyendo el gasto de fármacos.⁽⁸⁾ Es importante destacar que hasta ahora, no hay en el mundo un sistema de salud o financiero capaz de resistir esta presión.

En México, la situación es particularmente grave ya que según la **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2022**, la prevalencia de DM diagnosticada fue del 12.6% y la no diagnosticada 5.8%, lo que resulta una prevalencia total de diabetes de 18.3%; y se estimó que el 31.7%



de las personas que viven con diabetes desconocen su diagnóstico, de estos los de menos de 40 años tienen un mayor porcentaje que equivale al 65.6% y en personas de 60 o más el 18.1%.(9)

En cuanto al ISSSTE, de acuerdo con el Informe Financiero y Actuarial 2023, la prevalencia de DM en los derechohabientes mayores a 20 años fue de 11.2%; equivalente a 1,145,180 millones de personas con esta enfermedad. La mayor proporción se ubicó en los mayores de 50 años, equivalente a 952,790 personas (83.2%).(10)

El no establecer acciones que permitan el control de esta enfermedad, ocasionaría que, un porcentaje de la población que vive con DM pueda desarrollar complicaciones, lo cual puede resultar en un uso intensivo de la atención en el 2do y 3er nivel.(11) La falta de conocimiento del paciente sobre su enfermedad y tratamiento, así como un seguimiento inadecuado por parte del médico, son factores que favorecen el descontrol de la enfermedad en los pacientes.(12) Esto impacta de manera importante tanto a nivel personal como en las instituciones de salud, al disminuir la calidad de vida de las personas que viven con DM, además de implicar tratamientos de largo plazo con un costo alto para las instituciones de salud.(11)

A través del **Informe Mundial sobre la Diabetes en 2016**, publicado por la OMS y la **Organización Panamericana de Salud (OPS)**, establece que, una atención integral no sólo permite mejorar la calidad de la atención ofrecida al paciente, sino que logra reducir el número de consultas con especialistas, así como el número de hospitalizaciones al permitir un mejor control de la enfermedad y evitar el desarrollo de complicaciones.(13)



Así mismo en 2021 la OMS establece que: *“la insulina es la piedra angular del tratamiento de la diabetes, dado que es esencial para reducir el riesgo de insuficiencia renal, ceguera y amputación de extremidades”*.⁽¹⁴⁾

Por lo que, el tratamiento de la DM requiere que el paciente reciba una atención integral en un período de tiempo específico, con base en el perfil de riesgo de cada paciente. Esta atención debe incluir un tratamiento farmacológico y no farmacológico a través del acceso a médicos generales, especialistas y otros profesionales de la salud como es: el personal de nutrición, enfermería, psicología, educadores físicos, entre otros.

En el Programa Manejo Integral de Diabetes por Etapas se atienden a personas con diagnóstico previo de la enfermedad, las medidas tomadas para el control de la salud de los derechohabientes en el MIDE, sustentan su metodología en abordaje clínico y aspectos pedagógicos encaminados al autocuidado de la salud y el método de seguimiento metabólico en el Programa se lleva a cabo a través de la hemoglobina glucosilada (HbA1c), considerada a nivel mundial como la prueba “estándar de oro” en el control de la glucemia en las personas que viven con diabetes, el resultado de esta prueba permite determinar procesos clínicos y terapéuticos, incluyendo el abordaje farmacológico y no farmacológico de manera inmediata.⁽¹⁵⁾

Es por ello por lo que, se establecen adecuaciones a los criterios de operación emitidos por el ISSSTE en el Programa MIDE en 2015, buscando hacer frente a esta problemática mediante la reorganización de los procesos de atención por parte de los médicos generales y familiares, médicos MIDE y médicos especialistas (en unidades en donde se cuente



con este perfil), así mismo, se busca retomar la figura de coordinador de cuidado o personal de enfermería con el fin de dar seguimiento puntual de las personas que viven con DM.

JUSTIFICACIÓN

El control de la pandemia de DM sigue siendo un gran reto para la salud pública; de acuerdo con un análisis realizado de la ENSANUT 2022, ya que se calcula que, en México, el 63.9% de los pacientes con DM no tienen control metabólico. Además, la prevalencia de complicaciones obtenida por medio de auto reporte fue la siguiente: visión reducida (54.5%), daño en la retina (11.2 %), pérdida de la visión (9.9%), úlceras (9.1 %), amputaciones (5.4 %), coma diabético (1.7 %), infarto (3.2 %) y diálisis (2 %).⁽¹⁶⁾

Por otra parte, en el 2022 la DM fue causa directa de 115,025 muertes en nuestro país, tomando el segundo lugar en mortalidad. Aunado a esto, se le atribuyen la mitad de los casos de enfermedad renal crónica y un tercio de las muertes de infarto al miocardio a nivel nacional, haciendo de ésta la primera causa indirecta de muerte en el país.⁽¹⁷⁾

Para el caso del ISSSTE, de acuerdo con el Informe Financiero y Actuarial 2023, la diabetes tipo 2 (DM2) representó una carga económica para el Instituto de \$4,452.6 millones de pesos para la atención de las personas que viven con DM, siendo la cuarta causa de gasto en el 2022 por detrás de la insuficiencia renal, que es la tercera causa con un gasto \$4,778.5 millones de pesos, misma que está relacionada con la DM.⁽¹⁰⁾

Es por ello, que las complicaciones derivadas de la DM se deben prevenir ya que, en su mayoría se evitan logrando un control glucémico, por lo que la calidad de vida de las personas que viven con esta enfermedad no tendría por qué verse disminuida, con lo que, se favorecería a la disminución de los



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



costos de atención, implementando estrategias de prevención efectivas y que incluyan los modelos de atención integral y centrada en el paciente.⁽¹⁸⁾

El objetivo de esta guía es establecer un modelo de atención integral en las unidades de primer nivel de atención, para los derechohabientes del ISSSTE que viven con diabetes, que favorezca el logro del control glucémico, para prevenir y disminuir el desarrollo de complicaciones derivadas de esta enfermedad.



MARCO JURÍDICO Y REFERENCIAL

- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, Artículo 4
- **Ley General de Salud**, Título primero, artículo 3 fracción XVI bis, Título tercero, capítulo I, artículo 27, fracción I y II, Título cuarto, capítulo III bis.
- **Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024**, “Salud para toda la población”
- **Programa sectorial de salud 2019-2021**, Acceso efectivo, universal y gratuito (modelo APS-I)
- **Programa de Acción Específico de Enfermedades Cardiometabólicas 2020 – 2024**
- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2018**, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus.
- **Guía de práctica clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención.**
- **Programa Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE)**



MARCO CONCEPTUAL

De acuerdo con la Organización Panamericana de Salud **(OPS)**, “La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre. Se asocia con una deficiencia absoluta o relativa de la producción y/o de la acción de la insulina”.⁽¹⁹⁾

FACTORES DE RIESGO

Existen múltiples factores que contribuyen al desarrollo de esta enfermedad, entre los que se encuentran los siguientes:

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Los factores de riesgo no modificables son aquellos imposibles de cambiar como:⁽¹⁸⁾

- **Antecedentes heredo familiares:** Los individuos que cuentan con algún familiar directo con diagnóstico de diabetes presentan un riesgo entre 2 a 3 veces más de desarrollar diabetes que aquellos que no lo tienen. Este riesgo incrementa a 5 o hasta 6 veces más cuando ambos progenitores cuentan con este antecedente.
- **Etnia:** Algunas razas como los asiáticos, afroamericanos y latinos presentan una mayor predisposición a desarrollar diabetes. Es importante resaltar que esta diferencia puede corresponder a factores de riesgo biológicos pero gran parte corresponde a determinantes sociales de la salud como características socioeconómicas y culturales.



- **Antecedentes de DM gestacional:** Las mujeres con antecedentes de DM gestacional tienen alrededor de 7.5 veces mayor riesgo de desarrollar DM2 en comparación con las mujeres sin esta condición.
- **Peso al nacer:** Aquellos individuos con un peso mayor a 4 kg al nacer presentan un riesgo incrementado de desarrollar diabetes en la vida adulta. Esta asociación puede ser resultado de la exposición prenatal a la hiperglucemia en aquellos hijos de madres que cursaron con diabetes gestacional.
- **Edad:** La prevalencia de DM2 aumenta a partir de la mediana edad y es mayor en la tercera edad.

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Los factores de riesgo modificables implican que las personas pueden hacer cambios en su estilo de vida como:[\(18\)](#)

- **Sedentarismo:** el bajo gasto de energía que se provoca al mantenernos inactivos promueve el desarrollo de diabetes, incluso en aquellos individuos sin sobrepeso u obesidad.
- **Tabaquismo:** el consumo de cigarrillos incrementa las concentraciones de glucosa postprandial, además de disminuir la sensibilidad a la insulina y aumentar la grasa abdominal.
- **Horas de sueño:** En estudios prospectivos se ha demostrado que dormir menos de 5 a 6 horas o más de 8 a 9 horas al día incrementa el riesgo de diabetes 1.28 y 1.48 veces más



respectivamente cuando se compara con aquellos duermen 8 horas.

- **Malos hábitos alimentarios:** el alto consumo de carnes rojas, comida ultra procesada y bebidas azucaradas aumenta significativamente el riesgo de diabetes.
- **Sobrepeso y obesidad:** Un ambiente obesogénico tiende al incremento del peso corporal y circunferencia abdominal, el cual favorece a que se desarrollen procesos proinflamatorios en el tejido adiposo, lo que incrementa la resistencia a la insulina que puede desencadenar el desarrollo de prediabetes y diabetes tipo 2.
- **Tensión arterial alta.** Existe una relación proporcional y continua de la tensión arteria basal alta o de su progresión con el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.

ETAPAS DE LA DM

El desarrollo de la DM conlleva un largo periodo de tiempo. Es posible diferenciar dos grandes etapas en este proceso; la **normoglicémica** en la cual se establecen todos los mecanismos fisiopatológicos comentados anteriormente, pero logran ser limitados por otros mecanismos contra regulatorios sin llegar a manifestarse clínicamente; y la **hiperglicémica**, en donde los mecanismos contra regulatorios dejan de ser efectivos, manifestándose inicialmente como una glucosa alterada en ayuno o intolerancia a la glucosa en una primera fase conocida como prediabetes o bien progresar finalmente a la fase de diabetes.(20) ([FIGURA 1](#))

FIGURA 1 Etapas de la DM

NORMOGLUCEMIA	
Niveles normales de la glucosa	< 100 mg/dl
HIPERGLUCEMIA	
Prediabetes	
Glucosa alterada en ayuno o intolerancia a la glucosa	100 a 125 mg/dl en ayuno 140 – 199 mg/dl postprandial
Diabetes	
Glucosa alterada	≥ 126 mg/dl en ayuno ≥ 200 mg/dl postprandial

Elaboración propia, retomado de: ALAD. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia. 2019;118–118. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-16483-5_167

TIPOS DE DIABETES

La diabetes puede ser clasificada de en 4 grandes categorías:(21,22)

1. **Diabetes tipo 1 (DM1):** enfermedad autoinmune en la que se presenta una destrucción importante de las células beta pancreáticas lo que conlleva una deficiencia absoluta de la secreción de insulina.
2. **Diabetes tipo 2 (DM2):** implica una pérdida progresiva de la adecuada secreción de insulina por parte de las células beta pancreáticas en el contexto de la resistencia a la insulina.
3. **Tipos específicos de diabetes:** síndromes de diabetes monogénica como la diabetes neonatal, enfermedades exocrinas del páncreas como fibrosis quística, y la incluida por drogas como el uso de glucocorticoides.



4. **Diabetes gestacional (DG):** aquella que se presenta en mujeres sin diabetes previa y que se diagnostica por primera vez en el curso del embarazo.

Nota: Para fines de esta guía, se hará referencia a la DM2.

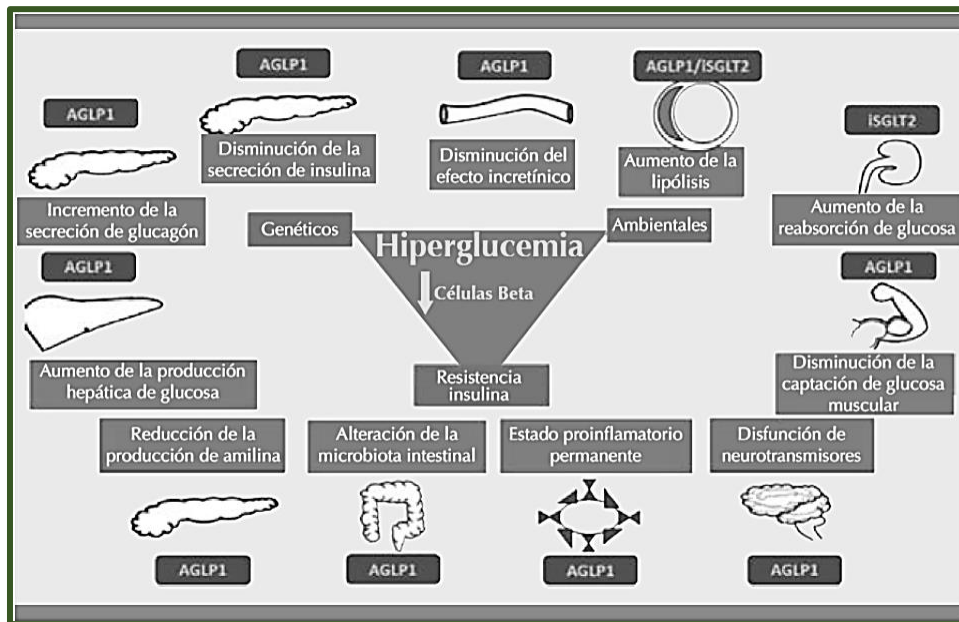
FISIOPATOLOGÍA

La base fisiopatológica de la diabetes es el aumento progresivo de la resistencia a la insulina y la disfunción de las células beta pancreáticas, esto como resultado de la interacción entre factores genéticos y ambientales. Algunos de los mecanismos metabólicos identificados ([FIGURA 2](#)) que condicionan la hiperglucemia sostenida en la diabetes son: ([22](#))

1. Efecto de la incretina disminuido, con una reducción hasta del 60% de la secreción de insulina durante la comida.
2. Incremento en la lipólisis.
3. Incremento en la absorción tubular renal de glucosa.
4. Capacidad disminuida de la captación de glucosa a nivel muscular.
5. Inhibición del centro de la saciedad por disminución en la secreción de neurotransmisores.
6. Aumento en la gluconeogénesis.
7. Aumento en la secreción pancreática de glucagón.
8. Disminución paulatina de la secreción pancreática de insulina.
9. Cambios en la microbiota intestinal.
10. Reducción en la producción de amilina por alteración de la célula beta (vaciamiento gástrico acelerado con aumento en la absorción de la glucemia postprandial)

11. Estado proinflamatorio que genera un aumento en la demanda de insulina.

FIGURA 2. Mecanismos identificados que condicionan la hiperglucemia.



Fuente: Retomado de "Agonistas de GLP-1 más inhibidores del SGLT2. ¿Efectos cardioprotectores aditivos?"

DIAGNÓSTICO

La medición de glucosa en ayuno, la **curva de tolerancia a la glucosa (TCO)** y la **hemoglobina glucosilada (HbA1c)** pueden ser utilizadas como pruebas diagnósticas para diabetes.(21,22)

Los criterios para el diagnóstico de DM establecidos por la **Asociación Americana de la Diabetes ADA** en su actualización 2024 son los siguientes:

Glucosa plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dl (ayuno de 8 hrs)*

○

Prueba oral de tolerancia a la sobrecarga de glucosa ≥ 200 mg/dl (Glucosa plasmática a las 2 horas posteriores de ingerir 75gr de glucosa disuelta en agua)*

○

HbA1c $\geq 6.5\%$ (deberá ser realizada por un laboratorio certificado)*

○

En pacientes con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucemia, una glucosa plasmática aleatoria ≥ 200 mg/dl*

*En ausencia de hiperglucemia inequívoca, el diagnóstico requiere 2 resultados de pruebas anormales de la misma muestra o en 2 muestras de prueba separadas. Tomado de: ADA, Standards of Medical Care in Diabetes 2024(22)

Dada la alta especificidad de la HbA1c se considera un mejor estudio para descartar la presencia de Diabetes. Por otra parte, se recomienda utilizar la curva de tolerancia a la glucosa oral cuando se presenten datos clínicos estrechamente compatibles con diabetes y existan glucemias basales normales.(23)

ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA CENTRADA EN EL PACIENTE

Las personas que viven con diabetes se ven altamente beneficiadas cuando cuentan con un equipo multidisciplinario a cargo de su atención. Este equipo deberá estar conformado, idealmente, por especialistas en cuidado y educación de diabetes, médicos, personal de enfermería, nutriólogos, educadores físicos, odontólogos, psicólogos y podólogos.(22)

Por otra parte, las personas presentan una mejor evolución cuando asumen un rol activo con respecto a su cuidado. Las metas y planes terapéuticos deberán ser elaborados en conjunto con el paciente considerando su edad, habilidades cognitivas, escolaridad, nivel socioeconómico, creencias culturales, otras condiciones de salud y sus redes de apoyo. Las estrategias de educación al paciente deberán permitir aumentar su capacidad y autoeficacia para controlar su padecimiento.(22)



TRATAMIENTO

El tratamiento de la DM tiene como propósito aliviar los síntomas, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones. El tratamiento debe ser adaptado a las características y necesidades del paciente. La intensidad del tratamiento debe ser seleccionada tomando en cuenta la presencia de complicaciones crónicas, la susceptibilidad para desarrollar hipoglucemia y la expectativa de vida.(21)

El tratamiento de la DM2 debe incluir tratamiento no farmacológico, como modificaciones en los estilos de vida (alimentación correcta y actividad física) y farmacológico.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La primera línea en el tratamiento farmacológico establece el uso de la metformina, si no está contraindicada y no presenta intolerancia. Se puede considerar la terapia combinada temprana al inicio del tratamiento en algunos pacientes que así lo requieran, así mismo, se establecerá la elección de la medicación con base en las características clínicas del paciente.

Lo anterior, con base en los algoritmos publicados en la Guía de Práctica Clínica (GPC), Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención(23) ([ANEXO I](#)) y en los “Standars of medical Care in Diabetes 2024”de la ADA Tratamiento Farmacológico de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2” e “Inicio y ajuste de insulina en Diabetes Mellitus Tipo 2”(22)

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Estilos de vida saludables en personas que viven con DM.



Alimentación.- Las guías alimentarias 2023 para la población mexicana, son una herramienta para orientar respecto a la alimentación saludable con el fin de prevenir enfermedades, por lo anterior, recomiendan la implementación de patrones dietéticos saludables, es por ello que, es fundamental la implementación de estrategias de promoción de hábitos de alimentación saludables intra y extramuros, que permitan concientizar a nuestra población del gran impacto que este estilo de vida genera a su salud(24). Por otra parte, es ideal contar con la asesoría de profesionales en el área de nutrición que permita otorgar un plan que se adapte a las características de cada uno de los individuos.

Actividad Física.- Existe evidencia suficiente que demuestra que realizar al menos 150 minutos de actividad física aeróbica moderada a la semana ayuda a controlar los niveles de glucosa y de manera adicional contribuye a mantener las cifras de tensión arterial en niveles óptimos.(25) Cabe resaltar que no existe una prescripción de ejercicio que sea universal, por lo que es necesario la participación de personal capacitado, como los educadores físicos, quienes podrán realizar una evaluación integral y con base en ello indicar una rutina individualizada.

Las recomendaciones básicas de orientación de hábitos saludables se pueden consultar en el [ANEXO 2](#)

OBJETIVO GENERAL

Establecer un modelo de atención integral dirigido a las personas que viven con diabetes, que permita su control glucémico y la prevención de complicaciones, basados en el autocuidado dentro las unidades médicas de primer nivel de atención.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS, ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

OBJETIVO 1

Proporcionar atención médica integral e individualizada, con base en el control glucémico de las personas que viven con diabetes en las unidades que cuentan con el Programa.

ESTRATEGIA: Implementar esquemas de atención de acuerdo con la segmentación establecida en el Programa.

LÍNEAS DE ACCIÓN:

- a. Realizar una valoración clínica a los derechohabientes que viven con diabetes que acuden a las unidades médicas con el Programa, que permita el inicio y seguimiento del esquema de atención de acuerdo con la segmentación.
- b. Establecer interconsultas de ser necesario con los servicios de nutrición, actividad física y psicología en las unidades que cuentan con estos servicios, como parte de la valoración clínica.
- c. Ajustar el esquema de atención como parte del seguimiento, con base en el control glucémico a través de la HbA1C, y la presencia de complicaciones. ([FIGURA 4](#) y [5](#))
- d. Interconsulta con el médico MIDE y/o especialista de la unidad a aquellos pacientes que se encuentran en descontrol metabólico con o sin complicaciones.
- e. Realizar referencia a segundo nivel de atención a los pacientes que así lo requiera.



OBJETIVO 2

Fortalecer al personal de salud que participan en el Programa sobre la implementación y seguimiento.

ESTRATEGIA: Capacitar a los profesionales involucrados en el **Programa MIDE**.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- a. Capacitación por parte de la Jefatura de Enfermedades Crónicas a las Subdelegaciones médicas en los procesos del Programa.
- b. Capacitación por parte de la Subdelegación médica sobre la implementación y seguimiento del Programa MIDE a todo el personal que ingrese al programa.
- c. Gestionar capacitación para el personal de salud respecto a temas relacionados con la atención de las personas que viven con diabetes.

OBJETIVO 3

Fomentar la participación de los médicos MIDE en los grupos de ayuda mutua.

ESTRATEGIA: Integrar a los médicos MIDE a los grupos de ayuda mutua con enfoque en personas que viven con diabetes.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- a. Implementar talleres sobre el autocuidado en el paciente que vive con diabetes y su familia con la que viva ([ANEXO 3](#)) para la toma de decisiones informadas que permita mejorar su calidad de vida.



OBJETIVO 4

Crear el registro nominal de pacientes que viven con diabetes y el seguimiento de las atenciones médicas a través de los **módulos MIDE - ODEC** de la plataforma **SiPREVENISSSTE**.

ESTRATEGIA: Continuar con el registro de las personas que viven con diabetes a través de los módulos MIDE y ODEC alojados en la plataforma SiPREVENISSSTE.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- Establecer que los médicos MIDE realicen los registros de las atenciones médicas en los módulos MIDE.
- Establecer que las notas medicas de personas con diabetes que no son atendidas por lo médicos MIDE se registren en ODEC.
- Dar seguimiento de las atenciones médicas a través de las consultas iniciales y subsecuentes en los módulos de registro MIDE – ODEC.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El Programa de Manejo Integral de Diabetes por Etapas (**MIDE**) es una iniciativa innovadora basada en el autocuidado y solución de problemas en el primer nivel de atención que ha logrado resultados en el control glucémico de los pacientes que se integraron al Programa, siendo un referente a nivel Institucional y Sectorial.

Fue implementado en el ISSSTE en el año 2015 y fue considerado como una experiencia exitosa por diversas instancias nacionales e internacionales, al tener una alta tasa de éxito en el control metabólico y contar con una



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



metodología sólidamente sustentada en el ámbito clínico, educativo y en el de promoción de la salud.

En el año 2014, el Instituto fortaleció el Programa a través de la integración, no solo considerando a los pacientes descontrolados, si no a todas las personas que viven con diabetes en las unidades con el Programa, creando el módulo de registro del Observatorio de Diabetes y Enfermedades Crónicas (ODEC), el cual fue piloteado en la Delegación Zona Sur de la Ciudad de México, con el fin de validar las necesidades y realidades del Instituto, a través de una atención integral con el médico general y familiar del primer nivel.

El Programa consiste en monitorear a lo largo de un año a las personas con diabetes descontroladas ($HbA1c \geq 7\%$) a través de médicos expertos en este padecimiento.

COMPONENTES DEL MODELO

El Programa MIDE considera:

- **Registro nominal de pacientes con diabetes**

Registrar a todos los derechohabientes que viven con diabetes a través de la plataforma institucional SIPREVENISSSTE en las unidades con el Programa, permitiendo el seguimiento de la atención médica a nivel Nacional, Subdelegación y Unidad Médica, que permita generar un censo nominal.

El Programa cuenta con dos módulos de registro electrónico institucionales:



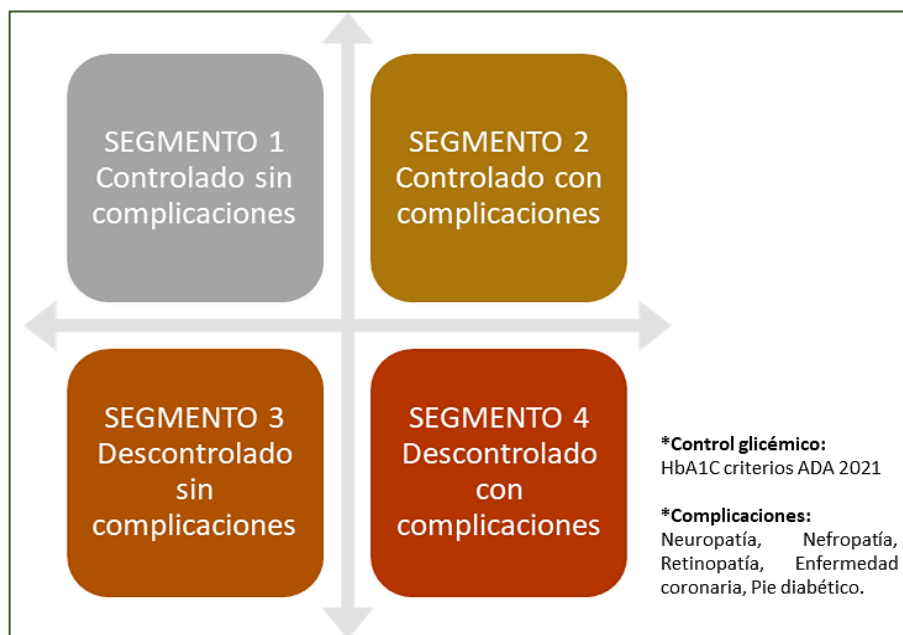
- **Módulo de registro ODEC:** permite el registro de consultas iniciales y subsecuentes de los pacientes con diabetes atendidos en los segmentos 1 y 2.
- **Módulo de registro MIDE:** se registran las consultas iniciales y subsecuentes de los Médicos MIDE y/o especialistas de los segmentos 3 y 4.

En las unidades que no cuenten con médico MIDE o Especialista, la unidad será la responsable de registrar las atenciones otorgadas por los médicos generales y familiares de todos los segmentos (1,2,3 y 4) en el módulo de registro ODEC.

▪ **Segmentación de pacientes por riesgo**

Segmentar a los pacientes en función de dos variables: el control glucémico con HbA1c ($HbA1c < 7\%$ pacientes controlados y $HbA1c \geq 7\%$ paciente descontrolado) y la presencia de complicaciones. ([FIGURA 3](#)) Esto permite que todos los pacientes con diabetes sean tratados con base en las particularidades de su enfermedad. Permitiendo dedicar recursos a quienes lo requieran y, de esta forma, lograr su óptima utilización.

FIGURA 3. Segmentación basada en perfiles de riesgo.



Fuente: Elaboración propia retomado de los Criterios de Operación del Programa MIDE de 2017.

▪ Implementación de esquemas de atención por riesgo

El Programa MIDE considera utilizar esquemas específicos para la atención de cada segmento de pacientes con diabetes. Los esquemas establecidos buscan promover el control glucémico y evitar o disminuir las posibles complicaciones. ([FIGURAS 4 y 5](#))

Se considera la implementación de esquemas de atención específicos a cada segmento ([FIGURA 3](#)) de pacientes con diabetes, los cuales incluyen actividades de autocuidado y educación en diabetes al paciente de manera individual y grupal, considerando la participación del equipo multidisciplinario, que varían de acuerdo al riesgo y la necesidad de cada segmento de pacientes, mismos que se observan en la ([FIGURAS 4 y 5](#)), las



frecuencias pudieran tener algunas variaciones considerando el criterio clínico y la evaluación diagnóstica de cada paciente.

FIGURA 4. Esquemas de atención para los segmentos 1 y 2.

Asesoría individual	
✓ En cada consulta	✓ Por el equipo multidisciplinario
Asesoría grupal	
✓ Aspectos básicos de la diabetes	✓ Autocuidado en grupos de ayuda mutua
Esquema 1 Controlado sin complicaciones	Esquema 2 Controlado con complicaciones
Frecuencia de atención (año)	Frecuencia de atención (año)
Nutrición1	Nutrición2
Actividad física1	Actividad física2
Oftalmólogo1	Oftalmólogo1
Médico Gral/Familiar4*	Médico Gral/Familiar4*
Odontólogo2	Odontólogo2
Receta resurtible4	Receta resurtible4
Frecuencia de exámenes	Frecuencia de exámenes
HbA1c2	HbA1c2
Microalbuminuria1	Microalbuminuria1
Colesterol1	Colesterol1
Triglicéridos1	Triglicéridos1
Electrocardiograma1	Electrocardiograma1

Fuente: Elaboración propia con basado en los Criterios de Operación del Programa MIDE de 2017, Standards of Care in Diabetes 2024 (ADA), Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2018 *El número de consultas puede ser mayor considerando el criterio clínico y la evaluación diagnóstica.

Anexo

FIGURA 5. Esquema de atención para los segmentos 3 y 4.

Asesoría individual	
✓ En cada consulta	✓ Por el equipo multidisciplinario
Asesoría grupal	
✓ Aspectos básicos de la diabetes	✓ Autocuidado en grupos de ayuda mutua
Esquema 3 Descontrolado sin o con complicaciones	
Frecuencia de atención (año)	
Nutrición	4
Actividad física	4
Oftalmólogo	1
Médico MIDE/ Esp	4*
Odontólogo	2
Receta resurtible	4
Frecuencia de exámenes	
HbA1c	4
Microalbuminuria	2
Colesterol	2
Triglicéridos	2
Electrocardiograma	1

Fuente: Elaboración propia con basado en los Criterios de Operación del Programa MIDE de 2017, Standards of Care in Diabetes 2024 (ADA), Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2018 *El número de consultas puede ser mayor considerando el criterio clínico y la evaluación diagnóstica.

- **Incorporación de coordinadores de cuidado o personal de enfermería**

El objetivo de incorporar esta figura es dar seguimiento a la atención otorgada a cada paciente con diabetes, a través de los esquemas de atención por segmentos establecidos en el Programa, con el fin de que los pacientes reciban una atención de acuerdo con sus necesidades.

- **Incorporación de Especialistas en el 1er nivel de atención**

Se buscará integrar a médicos especialistas con experiencia en diabetes para la atención de pacientes descontrolados con o sin complicaciones (segmento 3 y/o 4) que fortalezcan al primer nivel de atención, dado que la mayor parte de los derechohabientes con esta enfermedad se atiende en este nivel lo que permitirá disminuir la saturación de servicios del segundo nivel.



POLÍTICAS DE OPERACIÓN

De la Dirección Médica

Establecer las directrices normativas para mejorar la calidad de atención mediante la implementación de la Guía Operativa para el Programa Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE) en el primer nivel de atención.

De la Subdirección de Prevención y Protección a la Salud

Dar seguimiento a través del Programa Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE) a la implementación de esta Guía Operativa, para el seguimiento de las personas que viven con diabetes en el primer nivel de atención.

De la Jefatura de Servicios de Programas de Prevención y Atención Médica de Enfermedades Crónico-Degenerativas

Supervisar, controlar y evaluar las acciones operativas del Programa Institucional Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE) en las unidades médicas de la implementación de esta Guía Operativa para el seguimiento de las personas que viven con diabetes en el primer nivel de atención.

De la Jefatura de Departamento de Atención Médica de Enfermedades Crónico-Degenerativas

Con el fin de establecer los procesos en el Programa que permita el funcionamiento de los recursos humanos y materiales, se establecen las actividades a realizar considerando los niveles de responsabilidad, así mismo, se establece el mapa de procesos correspondiente ([FIGURA 7](#))



RESPONSABLE	ACTIVIDAD
NORMATIVO	
Jefatura de Departamento e Implementador Central en la Subdirección de Prevención y Protección a la Salud	Elaborar los lineamientos del programa por medio de la guía operativa
	Establecer metas para los indicadores del Programa.
	Dar seguimiento en conjunto con los Encargados de la Subdelegación Médica a los procesos del Programa MIDE
	Establecer supervisiones con la Subdelegación Médica que permita conocer los procedimientos que se realizan en las unidades y establecer propuestas de mejoras y área de oportunidad.
	Otorgar capacitación a los Encargados del Programa de la Subdelegación Médica sobre los procesos del Programa MIDE y guías de operación.
	Generar y enviar reportes de productividad por Subdelegación Médica (de las bases de datos enviadas por Tecnología de la Información).
	Dar seguimiento a los insumos asignados al programa (HbA1c entre otros).
	Otorgar capacitación a todo el personal involucrado en la implementación del programa.



De las Subdelegaciones Médicas

RESPONSABLE	ACTIVIDAD
ESTRATÉGICO	
Jefe de Atención Médica Delegacional	Conocer los Criterios de Operación establecidos en los lineamientos del Programa
	En caso de no existir el perfil de Encargado del Programa en la Subdelegación Médica del Programa, realizará las funciones descritas de este.
	Notificar vía oficial sobre el cambio del encargado en la Subdelegación Médica del Programa
	En caso de un cambio del Encargado en la Subdelegación Médica del Programa, deberá otorgar capacitación sobre los procesos del Programa MIDE y guías de operación.
Encargado en la Subdelegación Médica del Programa <i>Deberá ser personal asignado por la Delegación, quien de preferencia tenga formación en licenciatura en medicina, nutrición, enfermería o afín</i>	Implementar la capacitación continua a los equipos multidisciplinarios existentes y a los de nueva incorporación de las clínicas respecto a los Criterios de Operación establecidos en los lineamientos del Programa
	Realizar evaluaciones continuas a las unidades, con el fin de verificar que los procesos se cumplan
	Notificar vía oficial sobre el cambio de personal directivo y de médicos MIDE a la Jefatura de Departamento de Enfermedades Crónicas-Degenerativas de la Subdirección de Prevención y Protección a la Salud
	Establecer comunicación constante con los implementadores centrales de la Jefatura de Departamento de Enfermedades Crónicas-Degenerativas de la Subdirección de Prevención y Protección a la Salud para seguimiento de las unidades



De las unidades médicas

RESPONSABLE	ACTIVIDAD
OPERATIVO	
Director de la Unidad Médica/ Encargados del programa en las unidades	Difundir la guía operativa y las metas establecidas para la unidad al personal operativo
	Capacitar al equipo multidisciplinario sobre los lineamientos del Programa
	Evaluar mensualmente el avance del Programa de acuerdo con sus indicadores
	Retroalimentar al equipo de salud con base en los resultados y avances del Programa.
	Otorgar capacitación del equipo de salud en relación con los lineamientos del Programa
	Informar a la Subdelegación Médica sobre los cambios en el personal directivo y médicos MIDE
	Responsable del usuario ODEC de la plataforma PrevenISSSTE, para el registro de pacientes que viven con diabetes en el módulo ODEC que no son atendidos por los médicos MIDE.
Coordinador de Cuidado o Enfermería <i>*Nota: En caso de no contar con el Coordinador de Cuidados, Enfermería apoyará a realizar las acciones del mismo, de preferencia con formación en diabetes</i>	Realizar la toma de signos vitales y somatometría de los pacientes que viven con diabetes
	Apoyar en las sesiones grupales sobre enfermería y diabetes, desarrollando los materiales necesarios para las mismas, realizando el reporte correspondiente
	Supervisar que la atención se realice de acuerdo con lo planeado y de forma coordinada conforme a los esquemas de atención
	Dar seguimiento a los pacientes, asegurando su asistencia a consultas, determinaciones de laboratorio y sesiones educativas



	Apoyar en realizar la prueba de Hb1Ac rápida de acuerdo con los esquemas de atención
	Actuar como vínculo entre los pacientes y profesionales de la salud.
Médico General/ Familiar	Dar seguimiento a los pacientes que viven con diabetes que se encuentran controlados (segmento 1 y 2) de acuerdo con los esquemas de atención establecidos.
	Referir a segundo nivel a los pacientes que viven con diabetes según su criterio clínico y la evaluación diagnóstica.
	Realizar el llenado de las notas médicas ODEC (inicial y subsecuente, según corresponda), para su posterior registro en el módulo ODEC de la plataforma SIPREVENISSSTE.
	Realizar la interconsulta de los pacientes descontrolados con o sin complicaciones a los médicos MIDE o especialistas de acuerdo con la segmentación, así mismo, de no contar con estos perfiles serán los encargados de la atención de todos los segmentos. (FIGURA 7)
	Establecer acciones para el autocuidado en las personas que viven con diabetes.
Médico MIDE <i>Médico asignado por la unidad y/o Subdelegación Médica, quien de preferencia tenga formación en diabetología y/o educador en diabetes</i>	Otorgar la atención a los pacientes descontrolados ($Hb1Ac \geq 7\%$) y sin complicaciones (segmento 3) de acuerdo con los esquemas de atención del Programa, con una duración de 20 minutos por consulta, considerando una productividad de 3 consultas por hora. * De no contar con médico especialista en la Unidad debe otorgar atención a los pacientes descontrolados con complicaciones (segmento 4)
	Realizar el registro de las consultas iniciales y subsecuentes en el módulo de registro MIDE de la plataforma PrevenISSSTE.



Médico Especialista	Referir a los pacientes con el médico especialista del primer nivel, en caso de que el paciente no logre el control y desarrolle una complicación (segmento 4). **
	Proveer retroalimentación a los médicos generales o familiares sobre los pacientes referidos.
	Otorgar atención médica a los pacientes descontrolados con niveles de Hb1Ac $\geq 7\%$ y con complicaciones, con una duración de 20 minutos por consulta, considerando una productividad de 3 consultas por hora.
	Brindar apoyo a los médicos generales o familiares en la atención, prescripción de fármacos y titulaciones correspondientes en el tratamiento de la diabetes y retroalimentación de los pacientes referidos.
	Realizar el registro de las consultas en el módulo MIDE de la plataforma PrevenISSSTE.
	<p><i>NOTA: Los médicos especialistas contratados para el MIDE, no podrán ser removidos de su función, a menos que se justifique por la unidad y Subdelegación Médica su cambio, por baja productividad o problemas de comportamiento, a través de oficios, minutas o actas administrativas generadas por la unidad o Subdelegación Médica durante supervisiones, documentos que deberán presentarse como justificación a la Subdirección de Prevención y Protección a la Salud.</i></p> <p><i>Así mismo, deberán dar prioridad al Programa y podrán programar consultas de especialidad en las horas que no tengan consulta para el MIDE.</i></p> <p><i>En los casos donde no exista médico MIDE, los médicos especialistas deberán atender a los pacientes del Segmento 3 y Segmento 4.</i></p>

* En caso de que la Unidad no cuente con Médico MIDE y Médico Especialista, serán los médicos generales y familiares, los responsables de todo el proceso de atención de los pacientes que vivan con diabetes con y sin complicaciones.

** En dado caso de no contar con médico especialista, se deberá referir al 2do nivel de acuerdo con su criterio clínico y la evaluación diagnóstica.



PERFILES MULTIDISCIPLINARIOS

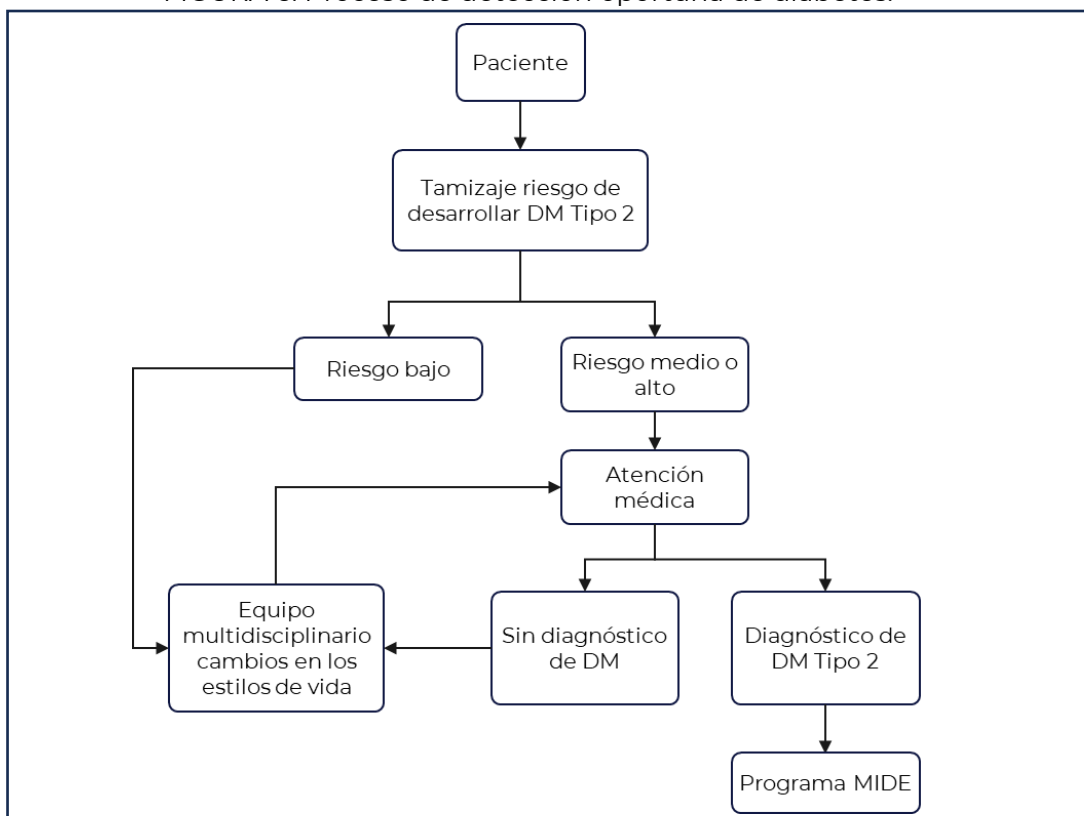
Considerando que el Programa establece que la atención a las personas con diabetes debe ser integral y por un equipo multidisciplinario (perfiles con los que cuente la unidad médica sin ser exclusivos de Programas o Servicios), se establecen las actividades para la atención individual y grupal en apoyo de las personas que viven con diabetes en las unidades médicas.

RESPONSABLE	ACTIVIDAD
OPERATIVO	
Nutrición	Brindar atención nutricia individual a los pacientes con diabetes incluidos en el Programa
	Apoyar en las sesiones grupales sobre alimentación correcta y diabetes.
	Nota: Los nutriólogos no son exclusivos de este Programa
Módulo de Actividad Física	Brindar atención individual sobre actividad física a los pacientes con diabetes incluidos en el Programa
	Apoyar en las sesiones grupales sobre actividad física y diabetes.
	Nota: Los educadores físicos no son exclusivos de este Programa
Odontología	Brindar atención odontológica individual a los pacientes con diabetes incluidos en el Programa
	Apoyar en las sesiones grupales sobre odontología y diabetes.
	Nota: Los odontólogos no son exclusivos de este Programa
Psicología	Brindar atención psicológica individual a los pacientes con diabetes incluidos en el Programa
	Apoyar en las sesiones grupales sobre psicología y diabetes.
	Nota: Los psicólogos no son exclusivos de este Programa

PROCESO DE ATENCIÓN

A los pacientes que asisten a las unidades médicas sin tener un diagnóstico de diabetes, se les debe realizar un tamizaje de riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 con el fin de hacer detección oportuna, referir al área médica para su seguimiento y de ser necesario establecer el diagnóstico de esta enfermedad, las personas que no sean diagnosticadas con diabetes pero que presenten resistencia a la insulina y/o prediabetes deberán ser orientadas por todo el equipo multidisciplinario con el que cuentan las unidades médicas para realizar cambios en los estilos de vida (alimentación saludable, actividad física de manera regular, salud mental, entre otras), como se observa en la [\(FIGURA 6\)](#).

FIGURA 6. Proceso de detección oportuna de diabetes.



Fuente: Elaboración propia



Los procesos operativos establecidos para la atención de las personas que viven con diabetes contemplan ([FIGURA 7](#)):

- 1) El paciente que llega a consulta asiste al Módulo de Somatometría (enfermería) en donde se realiza la toma de signos vitales y somatometría.
- 2) El paciente ingresa a consulta con el médico general o familiar con la información del Módulo de Somatometría, si el paciente vive con diabetes el médico realiza el llenado de la nota médica ODEC, en donde se establecerá la segmentación correspondiente, en donde se determinará la segmentación basado en el control glucémico con HbA1c y si existe o no alguna complicación, en dado caso de no tener un valor de HbA1c el médico deberá hacer la solicitud de esta prueba para que en la siguiente consulta se establezca la segmentación.
- 3) El médico deberá apegarse a los esquemas de atención ([FIGURA 4](#) y [5](#)) estipulados en el Programa para establecer el seguimiento. En caso de que el criterio clínico y la evaluación diagnóstica del médico indique que se requiere un número mayor de consultas y pruebas de laboratorio adicionales a las establecidas en los esquemas de atención, se podrán solicitar justificándolo.
- 4) El paciente se debe referir a las especialidades correspondientes según su control glucémico y complicaciones, así como realizar las interconsultas a los servicios con los que cuente la unidad médica considerando los esquemas de atención ([FIGURA 4](#) y [5](#)), además de canalizarse con trabajo social para integrarse a los Grupos de Ayuda Mutua (el trabajo grupal es un pilar importante en este Programa, por lo que, todo el equipo multidisciplinario debe participar en las acciones de promoción grupal para el autocuidado).



- 5) La nota médica ODEC se debe integrar al expediente clínico físico con el fin de cumplir la función de nota médica y evitar la duplicidad de los datos.

Nota: los datos recolectados en esta nota médica se deberán registrar en el módulo ODEC de la plataforma PrevenISSSTE, por el personal asignado por le Director de la Unidad para este fin, con el propósito de alimentar el censo nominal de los pacientes con diabetes.

- 6) El médico general o familiar tendrá el apoyo del médico especialista y/o del médico MIDE* de su unidad para poder realizar una interconsulta de los pacientes que estén descontrolados con o sin complicaciones de acuerdo con los Segmento 3 o 4.

***Si la unidad no cuenta con médico MIDE o especialista, los médicos generales y familiares, serán los responsables de la atención o referencia al segundo nivel.**

Atención por el médico MIDE y especialista

- 1) El médico MIDE o especialista realizará una valoración integral del paciente en descontrol y ajustará su tratamiento según lo requiera.
- 2) Se considera que otorgarán 1 a 2 atenciones médicas previo a su revaloración en 3 meses para determinar su control glucémico y seguimiento con la determinación de HbA1c, mientras tanto, continuará el seguimiento con el médico familiar y/o general siguiendo las indicaciones marcadas por el médico MIDE o especialista del Programa.

Nota: El número de consultas de seguimiento del médico MIDE y especialista podrá ser mayor a lo establecido, de acuerdo con su criterio clínico y la evaluación diagnóstica

- 3) El médico deberá apegarse a los esquemas de atención ([FIGURA 4](#) y [5](#)) estipulados en el Programa para establecer el seguimiento. En caso de que el criterio clínico y la evaluación diagnóstica del médico indique que se requiere un número mayor de consultas y pruebas



de laboratorio adicionales a las establecidas en los esquemas de atención, se podrán solicitar justificándolo.

- 4) En la revaloración por el médico MIDE tomando como referencia la HbA1C, se pueden presentar dos escenarios:
 - a. Paciente logra metas de control: revaloración por médico MIDE a los 6 meses o hasta 1 año y continuará el manejo integral guiado por su médico familiar/general.
 - b. Paciente continúa en descontrol: Se realiza ajuste del tratamiento y se repite el proceso desde el punto 1.

Aquellos pacientes que no han alcanzaron metas de control después de 1 año siendo atendidos por el médico MIDE, se deberá considerar la interconsulta al médico especialista del Programa, en caso de no contar con especialista en primer nivel de atención se debe considerar la referencia al 2do nivel considerando su criterio clínico y la evaluación diagnóstica.



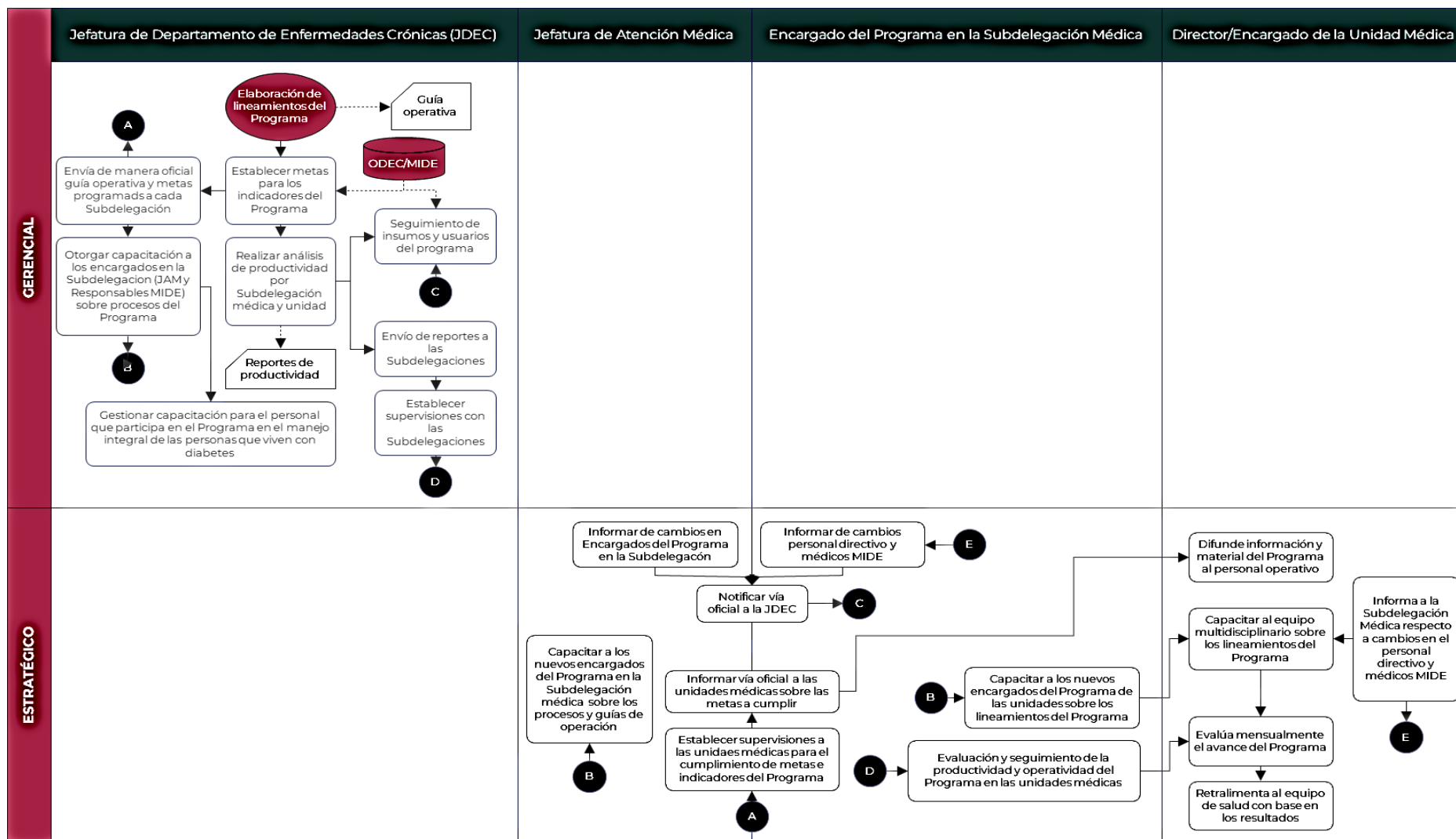
**GOBIERNO DE
MÉXICO**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

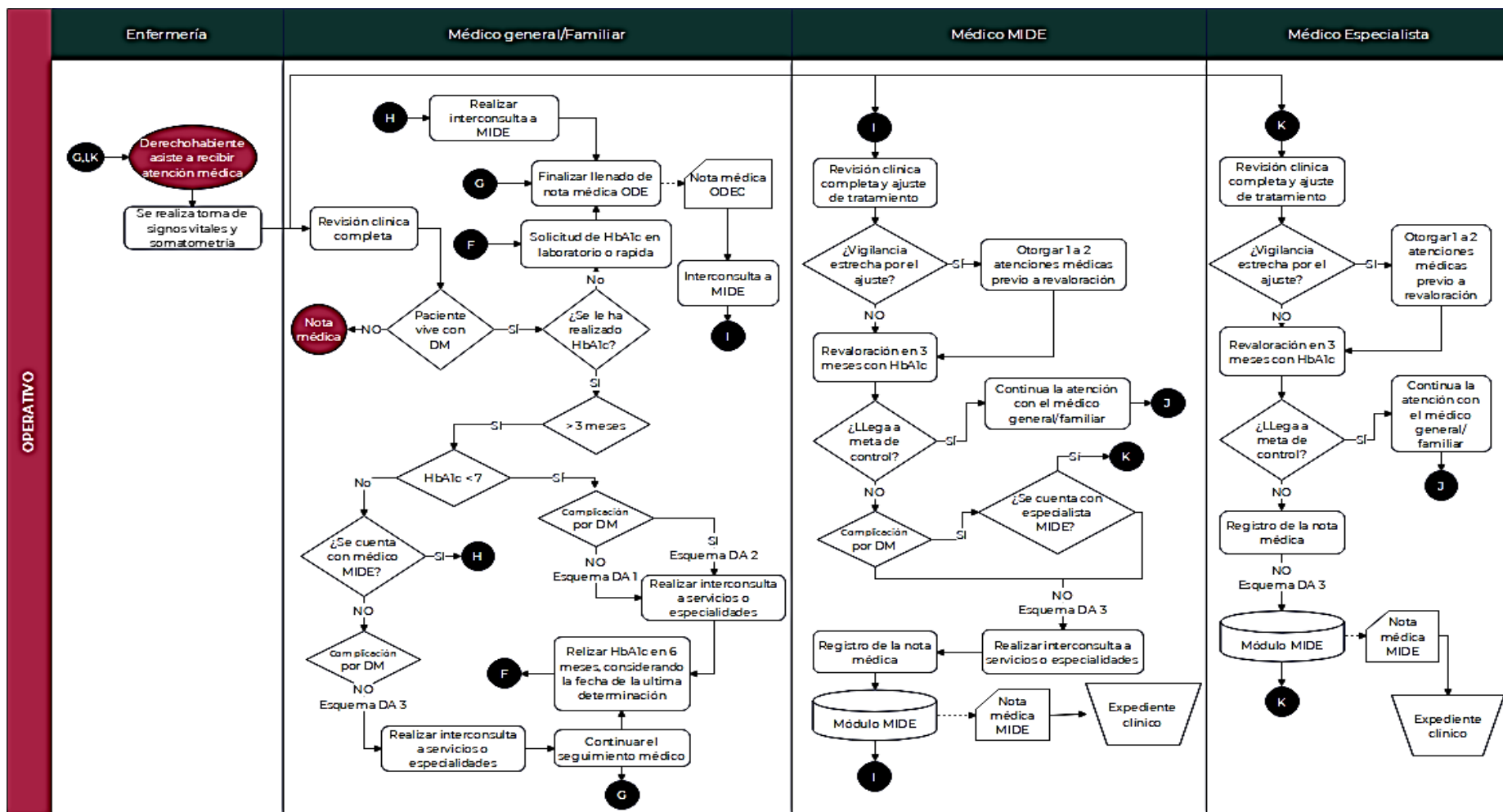


FIGURA 6. Mapa de procesos del Programa MIDE



*Nota: En caso de no existir el perfil de Encargado Delegacional del Programa, realizará las funciones descritas para este.

FIGURA 7. Continuación



***Nota:** Si la unidad no cuenta con médico especialista, el médico MIDE será el responsable de la atención o referencia al segundo nivel.

En caso de que la Unidad no cuente con Médico MIDE, serán los médicos generales y familiares, los responsables de todo el proceso de atención de los pacientes que vivan con diabetes con y sin complicaciones.

El número de consultas de seguimiento del Médico MIDE y especialista podrá ser mayor a lo establecido, de acuerdo con su criterio clínico y la evaluación diagnóstica.



INDICADORES Y METAS

OBJETIVO 1	DESCRIPCIÓN		
Nombre del Indicador	Porcentaje de pacientes con diabetes controlados en el MIDE		
Objetivo Específico	Brindar una atención adecuada e individualizada, con base en el estado de salud de cada persona que ingrese al Programa con el fin disminuir o evitar las complicaciones		
Descripción	Es la proporción de personas atendidos en el MIDE con HbA1c menor a 7% en su última determinación		
Método de Cálculo	$\left(\frac{\text{Total de pacientes atendidos con HbA1c menor a 7\% en su última determinación en el periodo}}{\text{Total de pacientes atendidos con valores de HbA1c válidos en su última determinación en el periodo}} \right) * 100$		
Periodicidad	Anual		
Línea Base	2021	2022	2023
	37.1	38	39.7
Metas	Meta 2024	Meta 2025	Metas 2026
	38.2	38.2	38.2

OBJETIVO 2	DESCRIPCIÓN		
Nombre del Indicador	Porcentaje de unidades capacitadas en el Programa MIDE		
Objetivo Específico	Establecer la capacitación para las unidades que forman parte del Programa		
Descripción	Es la proporción de unidades registradas en el MIDE que han sido capacitadas en el Programa		
Método de Cálculo	$\left(\frac{\text{Total de unidades capacitadas en el periodo}}{\text{Total de unidades registradas en el periodo}} \right) * 100$		
Periodicidad	Anual		
Línea Base	2021	2022	2023
	NA	NA	NA
Metas	Meta 2024	Meta 2025	Metas 2026
	70%	80%	90%



OBJETIVO 3	DESCRIPCIÓN		
Nombre del Indicador	Porcentaje de unidades que registran en los módulos MIDE-ODEC en el periodo		
Objetivo Específico	Generar un padrón nominal de pacientes con diabetes que permita el seguimiento oportuno de la atención médica a través del registro en los módulos MIDE - ODEC de la plataforma SiPREVENISSSTE”		
Descripción	Es la proporción de unidades en el MIDE que utilizan la plataforma PrevenISSSTE para el registro de los pacientes que viven con diabetes.		
Método de Cálculo	(Total de unidades con registros en el periodo) /(Total de unidades registradas en el Programa)*100		
Periodicidad	Anual		
Línea Base	2021	2022	2023
	NA	NA	NA
Metas	Meta 2024	Meta 2025	Metas 2026
	70%	80%	90%



REFERENCIAS

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 9th edn. Brussels, Belgium [Internet]. Atlas de la Diabetes de la FID. 2019 [cited 2023 Feb 19]. Available from: <https://diabetesatlas.org/>
2. Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles. Diabetes Mellitus Tipo 2 hospitalaria Informe trimestral de vigilancia Epidemiológica. 2021.
3. INEGI. Características de las defunciones registradas en México durante Enero a Agosto 2020. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2020;61(21).
4. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Informe Financiero y Actuarial 2020. 2020.
5. Subdirección de Prevención y Protección a la Salud (Dirección Médica I. Escalamiento del Manejo Integral de Diabetes por Etapas: Criterios de Operación. 2017.
6. Aguilar C, Hernández S, Hernández S, Hernández J. ACCIONES PARA ENFRENTAR A LA DIABETES. DOCUMENTO DE POSTURA [Internet]. Primera edición. Aguilar Carlos, editor. CONACYT; 2015. Available from: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CANivANM150/L15-Acciones-para-enfrentar-a-la-diabetes.pdf>
7. Cho-NH, Shaw-JE KS. Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. Diabetes Res Clin Pract. 2018;138:271–81.
8. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 2021 _ IDF Diabetes Atlas. IDF official website. 2021.
9. Basto-Abreu A, López-Olmedo N, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas CA, Moreno-Banda GL, Carnalla M, et al. Prevalence of prediabetes and diabetes in Mexico: Ensanut 2022. Salud Publica Mex. 2023;65.
10. Instituto de Seguridad y servicios de los Trabajadores del estado (ISSSTE). Informe Financiero y Actuarial 2023 [Internet]. 2023. Available from: http://www.issste.gob.mx/images/downloads/instituto/quienes-somos/ifa_2023.pdf



11. Irigoyen A, Ayala A, Ramírez O, Calzada E. La Diabetes Mellitus y sus implicaciones sociales y clínicas en México y Latinoamérica. Archivos en Medicina Familiar. 2017;19(4).
12. Wachter NH, Silva M, Valdez L, Cruz M, Gómez-Díaz RA. Causas de descontrol metabólico en atención primaria. Gac Med Mex. 2016;152(3).
13. International Diabetes Federation. Informe Mundial de la diabetes. Resumen de orientación. 2016;
14. Organización Panamericana de la Salud. Un nuevo informe de la OMS señala los obstáculos para la disponibilidad de la insulina y sugiere medidas para promover el acceso universal [Internet]. 2021. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/12-11-2021-nuevo-informe-oms-senala-obstaculos-para-disponibilidad-insulina-sugiere>
15. Nakagami T, Tajima N, Oizumi T, Karasawa S, Wada K, Kameda W, et al. Hemoglobin A1c in predicting progression to diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2010;87(1).
16. Rojas-Martínez R, Basto-Abreu A, Aguilar-Salinas CA, Zárate-Rojas E, Villalpando S, Barrientos-Gutiérrez T. Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. Salud Publica Mex. 2018;60(3, may-jun).
17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas De Defunciones Registradas (EDR) 2022. 2023; Available from: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022-Dft.pdf>
18. American Association of Diabetes. ADA standards of diabetes care 2021. Vol. 44, Diabetes Care. 2021.
19. Organización Panamericana de Salud (OPS). Diabetes [Internet]. [cited 2021 Dec 19]. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=4475&layout=blog&Itemid=40610&lang=es&limitstart=15
20. Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD). Guías ALAD 2019. 2019; Available from: https://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf

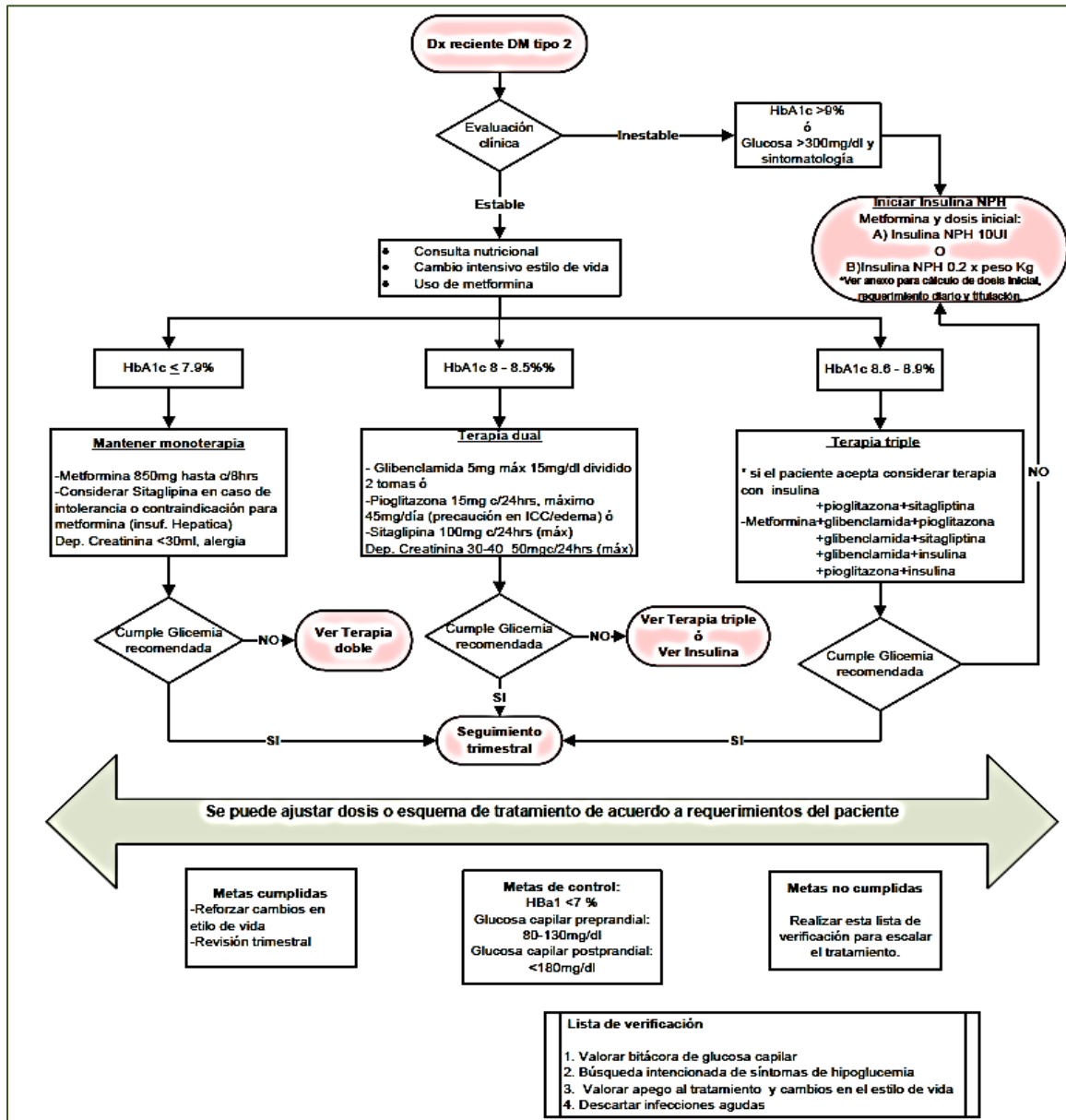


21. Secretaría de Salud. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2018, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus. Diario Oficial. 2018;
22. Diabetes Care. Standards of Medical Care in Diabetes 2024. American Diabetes Association . 2024;
23. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. [Internet]. CENETEC; 2018. Available from: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-718-18/ER.pdf>
24. SSA IGU. Guías alimentarias saludables y sostenibles para la población mexicana 2023. 2023; Available from: https://movendi.ngo/wp-content/uploads/2023/05/Gui_as_Alimentarias_2023_para_la_poblacio_n_mexicana.pdf
25. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios. J Chem Inf Model. 2020;1(9).
26. Organización Panamericana de la Salud. HEARTS Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Hábitos y estilos de vida saludables: Asesoramiento para los pacientes. 2019;

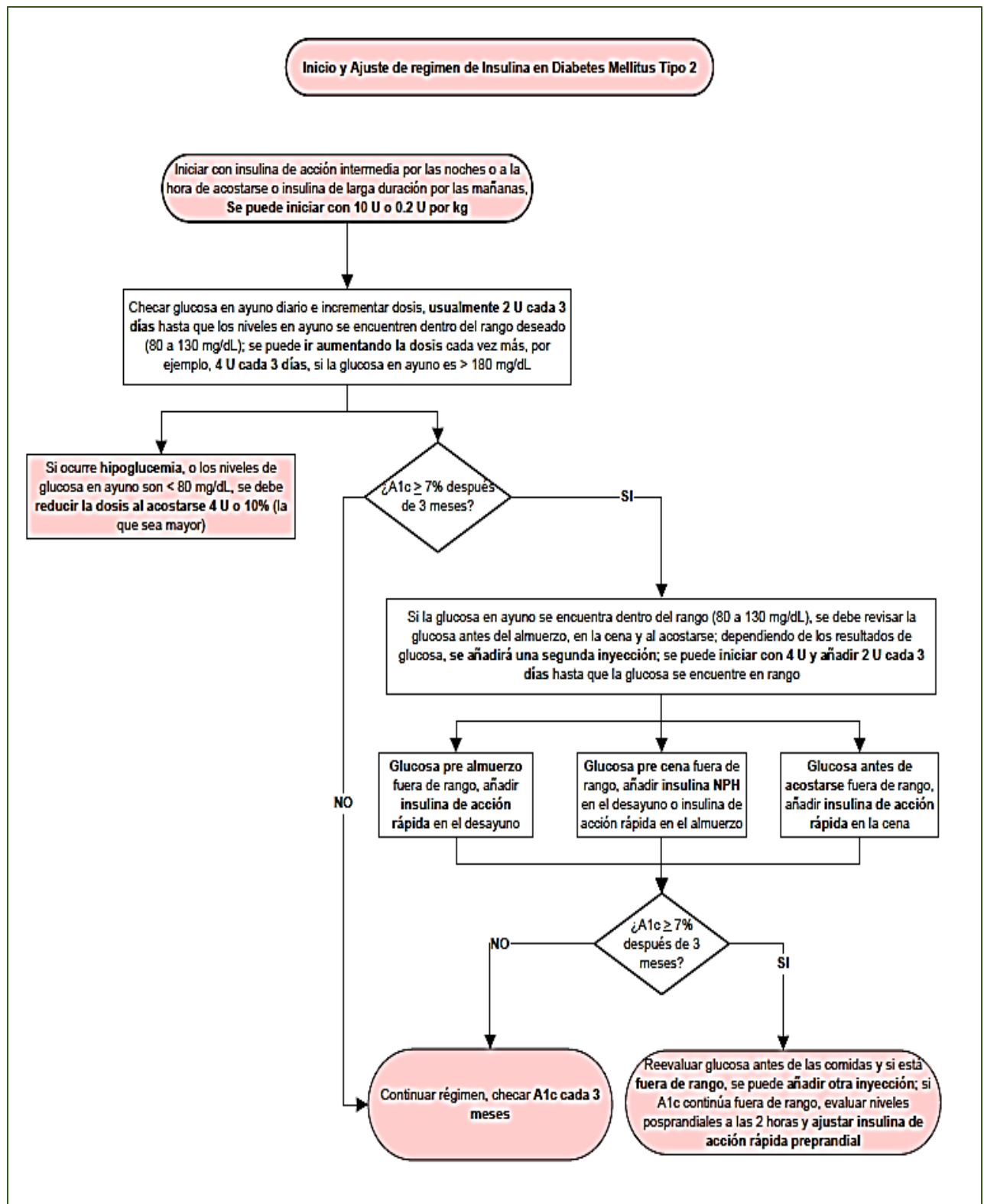
ANEXOS

ANEXO 1. Tratamiento farmacológico*

En el **ANEXO 6** de este documento se podrán consultar guías nacionales e internacionales.



* **Fuente:** Retomado de la Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. [Internet]. CENETEC; 2018. Available from: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-718-18/ER.pdf>





ANEXO 2. Tratamiento NO farmacológico

Asesoría en alimentación saludable y actividad física dirigida a los pacientes que viven con diabetes.

Una **ALIMENTACIÓN SALUDABLE** es esencial para el manejo y control de la diabetes, hipertensión arterial y la obesidad, además de ayudar a prevenir el infarto agudo de miocardio y el ataque cerebrovascular y debe incluir(26):

- **Variedad** de alimentos como **verduras, leguminosas** (frijoles, habas, lentejas, alubias), **frutas, semillas, granos integrales** (maíz, avena, trigo, arroz integral), **tubérculos** (papa, camote), **alimentos de origen animal magros**.
- **Al menos 5 porciones de verdura y fruta** al día.
Además, se debe cuidar, consumir máximo 3 porciones de fruta al día, 2 porciones al día son recomendables.
- **Menos de 5 g de sal al día** (equivale a una cucharadita cafetera). Se incluye la sal agregada al cocinar o comer, así como la sal contenida en los alimentos procesados o el pan.
- **Preferir el consumo de grasas no saturadas** (semillas como la nuez; aguacate; aceites vegetales como girasol, soya, maíz, oliva y canola; algunos pescados como trucha, salmón, sardinas) **a las saturadas** (en alimentos de origen animal como carne, leche, mantequilla, mayonesa, crema, quesos, manteca de cerdo, chicharrón, tocino, así como en el aceite de coco y palma).

Las Grasas Trans, no son parte de una alimentación saludable y deben evitarse (se encuentran en comidas rápidas, productos de panificación, alimentos fritos, margarinas, entre otros).



- El consumo de **azúcares** (agregados en pasteles, galletas y contenido en refrescos, jugos, mieles, jarabes, concentrados de fruta, azúcar de mesa, piloncillo) **debe limitarse y ser de consumo ocasional o evitar su consumo**, especialmente si la persona vive con diabetes o con sobrepeso u obesidad o si tiene una circunferencia de cintura mayor a lo establecido.

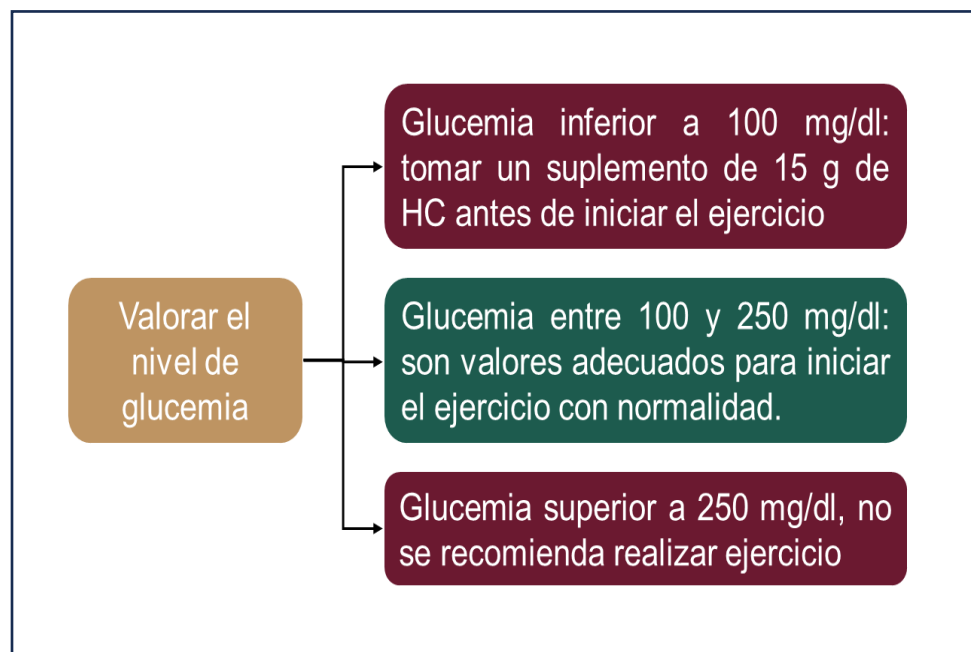
La práctica regular y adecuada de **ACTIVIDAD FÍSICA**, tiene múltiples beneficios, entre ellos el cuidado del peso corporal, control de diabetes e hipertensión, algunas de las recomendaciones para aumentar la actividad física son(25):

- Las personas inactivas pueden comenzar con **pequeñas cantidades de actividad física** incluso como parte de sus actividades diarias y **aumentar de forma gradual** su duración, frecuencia e intensidad.
- Realizar por lo menos **150 minutos de actividad física moderada** a la semana, buscando un aumento leve de la frecuencia cardiaca o respiratoria al realizar actividades como, caminar a paso ligero, subir escaleras, bailar, llevar a cabo tareas de jardinería o domésticas o
- Al menos **75 min de actividad física vigorosa** a la semana como correr, montar en bicicleta, nadar o practicar algún deporte.
- Una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
- Actividades de **fortalecimiento muscular** dos o más días a la semana,



Aquellas personas con **limitaciones en la movilidad** deben realizar actividad física tres o más días a la semana para **mejorar el equilibrio** y evitar caídas. Estas recomendaciones se aplican a todas las personas que vivan con diabetes, a menos que exista una recomendación médica específica que indique lo contrario.

Consideración de la glucemia previa al ejercicio físico.





ANEXO 3. Talleres sobre el Autocuidado

Programa de Autocuidado

Los temas se establecerán de acuerdo con los 7 comportamientos de autocuidado de la diabetes

Aprendiendo sobre:

1. Comer saludable

- Grupos de alimentos y tamaño de porciones
- Grupos de alimentos con hidratos de carbono y su relación con la glucemia
- Herramientas para la orientación alimentaria: método de la mano, plato saludable, artículos de uso común
- Lectura de etiquetas
- Tipos de grasas y su implicación en la salud

2. Mantenerse activo

- Tipos de ejercicio
- Medidas preventivas al realizar ejercicio
- Medición de la frecuencia cardíaca
- Calentamiento (movilidad articular previo a realizar ejercicio) y enfriamiento (flexo elasticidad al final del ejercicio)

3. Monitoreo de la glucosa capilar

- Utilización correcta del glucómetro
- Sitios de punción y sitios alternos
- Uso y cuidado de las tiras reactivas
- Registro e interpretación de resultados
- Objetivos glucémicos
- Manejo de desechos



4. Tratamiento médico

- Insulina
 - Sitios de inyección
 - Técnica de aplicación
 - Almacenamiento, conservación, transporte
- Hipoglucemiantes y anti hiperglucemiantes
 - Indicaciones de toma
 - Efectos por omisión
 - Efectos adversos

5. Enfrentar retos cotidianos

- Regla de los 15
- Manejo de hiperglucemia en días de enfermedad en casa para evitar que progrese a una descompensación
- Botiquín del paciente que vive con diabetes

6. Reducir riesgos

- Técnica correcta de la medición de la presión arterial y cifras de control
- Exploración del pie
- Cuidados del pie

* En la carta descriptiva se mencionará el número de horas que corresponderá a cada tema, así como la duración total del taller

** Se especificará el perfil que deberá de proporcionar cada uno de los temas, así como el encargado en caso de no contar con el perfil en la unidad.

***Se agregará un examen diagnóstico al inicio del curso, mismo que se replicará al final del curso.

****Se dejará a consideración de la unidad y con base en el perfil de derechohabientes el horario y días en el que se llevará a cabo el curso.

Ejemplo de carta descriptiva.



CARTA DESCRIPTIVA				
Curso	Autocuidado de la diabetes			
Tema	1. Comer saludable			
Objetivo				
Tiempo	Contenido Temático	Técnica	Material	Responsable
40 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de alimentos y tamaño de porciones • Grupos de alimentos con hidratos de carbono y su relación con la glucemia • Herramientas para la orientación alimentaria: método de la mano, plato saludable, artículos de uso común • Lectura de etiquetas • Tipos de grasas y su implicación en la salud 			Lic. en Nutrición



ANEXO 4 Formato de seguimiento HbA1c

Formato para engrapar en la parte posterior del carnet de citas para el seguimiento de las determinaciones de hemoglobina glucosilada, la información de este formato debe estar registrada en el módulo ODEC o MIDE para su seguimiento.

Seguimiento de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c)				
Fecha				
Valor HbA1c (%)				
Controlado (HbA1c < 7%), se realiza cada 6 meses. Descontrolado (HbA1c ≥ 7%), se realiza cada 3 meses.				

Cuando se tenga que cambiar de formato porque ya no hay espacio para continuar con los registros, se debe colocar la última determinación del formato anterior, para no perder el seguimiento y esto permita el seguimiento de los valores de HbA1c.

Seguimiento de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c)				
Fecha	15/01/2020	15/04/2020	15/07/2020	15/10/2020
Valor HbA1c (%)	9	8.8	8.5	8
Controlado (HbA1c < 7%), se realiza cada 6 meses. Descontrolado (HbA1c ≥ 7%), se realiza cada 3 meses.				

Seguimiento de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c)				
Fecha	15/10/2020			
Valor HbA1c (%)	8			
Controlado (HbA1c < 7%), se realiza cada 6 meses. Descontrolado (HbA1c ≥ 7%), se realiza cada 3 meses.				



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

NOTA MÉDICA
REGISTRO SUBSECUENTE: OBSERVATORIO DE
ENFERMEDADES CRÓNICAS "ODEC"

Médico(a):		Enfermero(a):		Fecha:		Hora:	
Nombre del paciente:				Sexo:			
Apellido paterno		Apellido Materno		Nombre (s)		Edad:	
Expediente:				Derechohabiente:			
Datos Clínicos							
Somatometría				Signos vitales			
Talla:	m	Peso:	kg	Temperatura:	°C	Tensión arterial	
IMC:	kg/m ²	Perímetro Abdominal:	cm	Frec. Cardíaca:	ppm	TA Sistólica:	mm/Hg
				Frec. Respiratoria	rpm	TA Diastólica:	mm/Hg
Datos Bioquímicos							
Glucemia en ayuno:		mg/dl	Sin determinación ()	Colesterol Total:		mg/dl	Sin determinación ()
Microalbuminuria:		mg/dl	Sin determinación ()	HDL:		mg/dl	Sin determinación ()
Hemoglobina A1c:		%	Fecha:	Triglicéridos:		mg/dl	Sin determinación ()
Actualización de Complicaciones							
Tiempo de evolución de la enfermedad:				Años			
¿Le ha sido diagnosticada alguna complicación de la diabetes? () Sí () No							
Especifique: () Retinopatía () Enfermedad vascular cerebral () Insuficiencia vascular () Neuropatía () Pie diabético							
() Enfermedad renal crónica - nefropatía () Alteraciones bucales () Otra Especifique: _____							
Segmentación/ Resultado							
() Controlado sin complicaciones				() Descontrolado sin complicaciones			
Cumple con los siguientes criterios:				Cumple con los siguientes criterios:			
Hba1c < 7 % y Sin complicaciones				Hba1c ≥ 7 % y Sin complicaciones			
() Controlado con complicaciones				() Descontrolado con complicaciones			
Cumple con los siguientes criterios:				Cumple con los siguientes criterios:			
Hba1c < 7 % y una o más de las siguientes complicaciones:				Hba1c ≥ 7 % y una o más de las siguientes complicaciones:			
Neuropatía, Amputación, Retinopatía				Neuropatía, Amputación, Retinopatía			
Nefropatía, Enfermedad Coronaria, Enfermedad Vascular.				Nefropatía, Enfermedad Coronaria, Enfermedad Vascular.			
Tratamiento							
Terapia con antidiabéticos () Sí () No				Terapia con insulinas () Sí () No			
() Glibenclamida 5mg () Pioglitazona 15 mg () Vildagliptina 50 mg				() Aspart () NPH () Detemir			
() Metformina 850 mg () Acarbosa 50 mg () Sitagliptina 100 mg				() Glargina () Lispro () Regular () Lispro Mix 25			
Posología: _____							
¿Revisión de pies? () Sí () No ¿Prueba de conducción sural? () Sí () No () Normal () Anormal							
¿Se realiza estudio de foto retina? () Sí () No Resultado: () Referible () No referible () Observable							
Monitoreo							
¿El paciente refiere ingreso a hospital desde su última consulta?				() Sí () No			
¿El paciente refiere alguna admisión en urgencias desde su última consulta?				() Sí () No			
¿El paciente refiere alguna consulta de especialidad desde su última consulta?				() Sí () No			
Especifique especialista:				() Psicólogo () Educador Físico			
() Cardiólogo				() Diabetólogo () Nefrólogo			
() Odontólogo				() Nutriólogo () Medicina Interna			
() Oftalmólogo							
Notas Adicionales (Otros Dx, fármacos y comentarios para complementar el PSOAP):							

Médico Tratante

Nombre, Firma y Cédula Profesional

* Corresponde a una Nota Médica basado en los criterios y cumplimientos normativos señalados en la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.



ANEXO 6. Documentos de consulta

A través de la siguiente liga y código QR se podrán consultar documentos relacionados con el Programa, así como, generalidades de la diabetes con el fin de que el personal de salud tenga información que le permita fortalecer sus competencias en la atención de las personas que viven con diabetes.



https://issste-my.sharepoint.com/:f/g/personal/oscar_sanchezs_issste_gob_mx/EtZhrF5dIbxFv23IurhIEB0Bghwwjs6VluVEK4uez33vug?e=oCqdnJ

