IMPACTO EN LA SALUD POR LA FALTA DE ADHERENCIA EN EL PROGRAMA DE DIABETES DE LA IPS VASQUEZ COBO

PRESENTADO POR:

DARLY YAZMIN CUENCA

ELBA MARIA GOMEZ

JOHANNA OROZCO

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALEZ

ESPECIALIZACION EN ADMNISTRACION DE LA SALUD

ADMINISTRACION DE LA SALUD

III SEMESTRE

IMPACTO EN LA SALUD POR LA FALTA DE ADHERENCIA EN EL PROGRAMA DE DIABETES DE LA IPS VASQUEZ COBO

PRESENTADO POR:

DARLY YAZMIN CUENCA

ELBA MARIA GOMEZ

JOHANNA OROZCO

Tutor

*RICHAR NELSON ROMAN MARIN

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALEZ

ESPECIALIZACION EN ADMNISTRACION DE LA SALUD

ADMINISTRACION DE LA SALUD

III SEMESTRE

NOTA DE ACEPTACION

_____

_____

_____

Presidente del Jurado

_____

Jurado

_____

Jurado

Santiago de Cali, 3 Septiembre de 2016

Dedicatorias

Darly Yazmin Cuenca, Elba María Gómez, Johanna Orozco

Este trabajo de grado, lo dedicamos a la persona más especial de nuestras vidas, DIOS, él ser más maravilloso que tenemos, porque fue quien nos dio el impulso para el logro de este sueño tan anhelado para nosotras, luego a nuestras familias, esposos, hijos, que dieron parte de su tiempo para hacer esta meta una realidad.

Agradecimientos

Darly Yazmin Cuenca, Elba María Gómez, Johanna Orozco

Le agradecemos a Dios por ser el motor nuestras vidas, un ser especial que nunca nos ha dejado solas y nos ha mostrado el camino que debemos seguir para llegar a la meta, también a nuestras familias porque nos apoyaron en el logro de esta carrera, a nuestros amigos que siempre creyeron en nosotras y nos dieron la fortaleza para terminar este ciclo de nuestras vidas y empezar uno nuevo, a los profesores que siempre estuvieron ahí brindándonos el conocimiento con su mayor disposición. Solo que decir GRACIAS.

Índice

Pág.

Resumen……11

Abstract……13

Introducción……16

1. Planteamiento del Problema……18

1.1 Pregunta de Investigación……18

2. Objetivos……19

2.1 General……19

2.2 Específicos……19

3. Hipótesis……20

4. Justificación de Estudio……21

5. Marco de Referencia……23

5.1 Marco Histórico……23

5.2 Marco Teórico……35

6. Metodología……42

6.1. Tipo de Investigación……42

7. Etapas del Proceso de Investigación……53

7.1. Etapa de Investigación……53

7.2. Etapa de desarrollo de la propuesta……54

8. Cronograma de Actividades……105

9. Recursos y Presupuesto……106

10. Recurso Logístico……107

11. Recursos Técnicos……108

12. Resultados……109

13. Conclusiones……111

14. Glosario……112

15. Web grafía……120

16. Anexos……121

Lista de Tablas

Pág.

Tabla No. 1. *Características de Estudios incluidos en la Revisión Sistemática de parámetros De ocurrencia de diabetes mellitus en Latinoamérica y el Caribe……..41*

Tabla No. 2*. Estimaciones de la Incidencia prevalencia y Mortalidad por diabetes mellitus por edad según sexo Colombia 2010- 2014…….....57*

Tabla No.3*. Estimaciones de incidencia y mortalidad por diabetes mellitus por edad según sexo 2014…….…….59*

Tabla No. 4. *Cronograma de Actividades…….……105*

Tabla No. 5. *Recurso y Presupuesto…….…..106*

Tabla No. 6. *Recurso Logístico…….....……..107*

Tabla No. 7. *Recursos Técnicos…….……..108*

Lista de Figuras

Pág.

Figura No. 1 Enfermedades Crónicas……..….70

Figura No. 2. Tratamientos de diabetes……72

Figura No. 3. Hospitalización por patología……...73

Figura No. 4. Amputación de Pie Diabético…….……..74

Figura No. 5. Fármacos para controlar las enfermedades…….……..75

Figura No. 6. Acompañamiento a las Citas Médicas……76

Figura No. 7. Oportunidad en citas PYP…….……77

Figura No. 8. Demora en programación de Citas……...…...78

Figura No. 9. Limitaciones para acceder a la consulta…….…...79

Figura No. 10. Medicamentos para la Diabetes……..80

Figura No. 11. Recomendaciones en Tratamientos……81

Figura No. 12. Recomendaciones dadas por el personal asistencial……..82

Figura No. 13. Inquietudes sobre la Medicación……83

Figura No. 14. Consumo de Verduras……...84

Figura No. 15. Consumo de Frutas…….……85

Figura No. 16 Cantidad de Pan…….…...86

Figura No. 17. Azúcar en Bebidas…….....87

Figura No. 18. Sal en Alimentos…….…88

Figura No. 19. Alimentos después de Cada Comida…….….89

Figura No. 20 Actividad Física…….....90

Figura No. 21 Cigarrillos que se consumen en el día……...…….91

Figura No. 22 Bebidas Alcohólicas que se consumen en el día……..….92

Figura No. 23 Conferencias de enfermedades de P y P……....93

Figura No. 24 Instrucciones Medicas de enfermedad de Diabetes…….…94

Figura No.25 Escala de Adherencias Farmacológicos……..…...95

Figura No.26 Estado de ánimo Tenso o Nervioso……..97

Figura No.27 ¿Disfruta de las cosas?.....98

Figura No.28 ¿Siente temor?.....99

Figura No.29 ¿Se Divierte y le gusta el lado gracioso de las cosas?.....100

Figura No.30 Preocupación y ansiedad……..……..……..101

Figura No.31 Tranquilo o Relajado…….....…102

Figura No.32 Arreglo Personal…….....103

Figura No.33 Sensaciones de Angustia y Temor…….....104

RESUMEN

La diabetes Mellitus, es una enfermedad crónica que se produce cuando el páncreas no puede fabricar insulina suficiente o cuando ésta no logra actuar en el organismo porque las células no responden a su estímulo, y debido a que esta es una de las enfermedades crónicas que más se está detectando a nivel salud se ha desarrollado este proyecto de investigación que necesita identificar *el* ***impacto en la salud por la falta de adherencia al programa de diabetes mellitus en la Ips de primer nivel de atención en la ciudad de Cali***, que quiere lograr que los pacientes que están padeciendo o tienen síntomas de padecer dicha enfermedad, no se sientan incomodos con este tipo de dolencia que ataca su organismo y que en ocasiones no pueden ni saben cómo controlarla para mejorar su calidad de vida.

Por esta razón se necesita de familiares, personal médico y de la fuerza de voluntad del paciente de salir adelante con la diabetes, ya que quienes padecen este trastorno tienen más riesgo de sufrir una **enfermedad cardiovascular** y es de vital importancia aprender a controlar la **diabetes** y mantener a raya este **factor de riesgo cardiovascular**.

Por eso el objetivo principal de este proyecto es determinar el impacto que ocasiona en los pacientes ser adherentes a este tipo de enfermedad, ya que en esta Ips se ha podido identificar problemas sociales, económicos y de adherencia del paciente al tratamiento, muchos de los usuarios son socialmente incapaces de tener el control de una enfermedad como esta que puede manifestarse en diferentes cuadros; como Diabetes mellitus tipo 1, Diabetes mellitus tipo 2,

La Falta de Adherencia al Programa de Diabetes Mellitus

Diabetes gestacional, Diabetes inducidas, esto no ataca solo a personas mayores, todo el mundo está expuesto a padecer esta enfermedad, por esto la forma de sentirse el paciente internamente en su vida diaria como estar triste, pensativo, afligido o alegre son estados que intervienen directamente en el usuario, y en la Ips Vásquez cobo se evidencio por medio de encuestas todos estos factores por los cuales los usuarios tienen o no adherencia a los tratamientos de diabetes y que al final se convierten en complicaciones de hospitalización que en la mayoría de los casos llegan a la muerte.

ABSTRACT

The mellitus diabetes is a chronicle disease produced when the pancreas cannot make enough insulin or some cells doesn't respond any stimulates in the organism. It is because is a chronicle disease is being more detected at health level has developed this research project needs to identify the impact on health due to lack of adherence to the program of diabetes mellitus in the Ips of primary care in the city of Cali, it wants to achieve patients who are suffering from or have symptoms of having disease and not feel uncomfortable with this type of disease that attacks your body and sometimes cannot even know how to manage it to improve their quality of life.

For this reason you need from family, medical staff and strength patients with diabetes, and those who suffer from this disorder have increased risk for cardiovascular disease and are vital to learn to control diabetes and hold off this cardiovascular risk factor.

Therefore the main objective of this project is to determine the impact that results in patients being adherents of this type of disease, as in this Ips has been identified social, economic and patient with problems to treatment, many users they are socially incapable of controlling a disease like this that can manifest itself in different boxes; as Diabetes mellitus type 1 Diabetes mellitus type 2, gestational diabetes, induced diabetes, this does not attack only the elderly, everyone is exposed to this disease, so the way to feel the patient internally in your daily life feeling sad, thoughtful, unhappy or joyful are states directly involved in the user, and the Ips

Vasquez Cobo evidenced by surveys all these factors by which users have adherence to treatment of diabetes and ultimately become in complications of hospitalization in most cases they reach death.

Users do not see the gravity of this type of disease because sometimes they are reluctant and believe they will die quickly but leave aside the physician to have proper control of this disease. There are many symptoms to identify a diabetic patient and the IPS Vasquez Cobo through the survey has been able to detect sedentary lifestyle, First-degree relatives with diabetes, women with a previous diagnosis of gestational diabetes or had a child born with weight high (more than 4k), hypertensive, i.e., with blood pressure above 140/90 mm Hg or treated with antihypertensive drugs, alterations in cholesterol: HDL less than 35 mg / dl and / or triglyceride levels above 250 mg / dl, Women diagnosed with PCOS, impaired fasting glucose or impaired glucose tolerance in an earlier determination. Other clinical conditions associated with insulin resistance and history of cardiovascular disease, these alerts it have been identified in this IPS, so this project was instrumental for helping the patient in an appropriate and responsible way to stay healthy and be adequately controlled by medical formulation that can prolong the life of the user.

IMPACTO EN LA SALUD POR LA FALTA DE ADHERENCIA EN EL PROGRAMA DE DIABETES DE LA IPS VASQUEZ COBO

Introducción

En los últimos años el problema de falta de participación en el programa de diabetes en Colombia, se ha convertido cada día en un problema social, es asombrosa la conciencia que tienen los ciudadanos con respecto a estas enfermedades de promoción y prevención que se diagnostican en hospitales, clínicas públicas y privadas de Colombia, pero como se ha mejorado también existen falencias que no se han aplicado a cabalidad para el cuidado y participación ciudadana, ya que si se da un resultado a tiempo se puede evitar problemas a futuro, por esta razón esta investigación quiere sensibilizar a las entidades de salud (Especialista en la salud, Médicos, Enfermeras etc.), y a los usuarios de los inconvenientes que se pueden presentar si no se tiene un buen tratamiento para ayudar a controlar estas enfermedades crónicas principalmente la diabetes que es en la que se enfoca este proyecto, por esta razón las instituciones de salud tienen unos deberes y obligaciones con el paciente ya que es aquí es donde se le informa al usuario de su estado de salud, y como controlar este tipo de enfermedades ya que si no se tiene un cuidado especifico puede llegar a la muerte.

El concepto de diabetes puede llegar a ser traumático para el paciente cuando el medico diagnostica esta enfermedad, las entidades de salud constantemente realizan mediciones en los pacientes que padecen de tensión alta las cuales en muchas ocasiones también padecen diabetes mellitus, en estas enfermedades influye mucho el estado de ánimo del paciente porque de esto depende el control de estas enfermedades crónicas y lograr el éxito en el tratamiento.

La Falta de Adherencia al Programa de Diabetes Mellitus

Por todos estos factores en colombina se necesita buscar un solución rápida y eficaz para los usuarios que padecen este tipo de enfermedades ya que ellos por desconocimiento, desinterés, por falta de explicación del médico, enfermera etc. no terminan sus tratamientos, no ingieren su medicamentos de forma adecuada, sólo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento; cifras que inclusive se incrementan al referirnos a determinadas patologías con una alta incidencia.

1. Planteamiento del Problema

En la IPS de Vásquez Cobo se ha detectado la falta de adherencia al programa de diabetes. Con este trabajo se busca analizar las características de estos usuarios además de proponer soluciones para su desaparición, puesto que la existencia de este problema provoca usos ineficientes en los recursos médicos y administrativos, costos financieros, aumento de las listas de espera, disminución de la oportunidad y aumento de la morbimortalidad la cual se ve reflejada en el aumento de las tasas de hospitalización.

La IPS de Vásquez Cobo ha sido el origen de este estudio debido a que en esta IPS fue donde se detectó el problema.

2.1 Pregunta de Investigación

¿Cuál es el impacto en la salud por la falta de adherencia al programa de diabetes mellitus en una Ips de primer nivel de atención de la ciudad de Cali?

2. Objetivos

2.1.Objetivo General

Determinar el impacto en la salud por la falta de adherencia al programa de diabetes en la IPS Vásquez Cobo de la ciudad de Cali desde 1 de enero del 2016 a 30 junio del 2016.

2.2.Objetivos Específicos

- Identificar las diferentes causas por las cuales se produce la falta de adherencia de los pacientes inscritos al programa de diabetes.

- Describir las principales causas de las complicaciones de los pacientes diabéticos con falta de adherencia al programa de diabetes.

- Determinar el impacto de salud, posterior a la complicación de los pacientes diabéticos con falta de adherencia al programa de diabetes.

3. Hipótesis

Los pacientes con diabetes mellitus, son personas que deben tener un control fundamental donde influye su entorno socioeconómico, el trato con el personal asistencial de la salud y sus relaciones personales e interpersonales para su enfermedad y obtener así un mejor control para un cambio radical en su estilo de vida.

4. Justificación del Estudio

En los últimos años las instituciones de salud, han venido trabajando en el uso de los recursos para el mejoramiento en el proceso de las enfermedades crónicas en este caso a tratar la diabetes mellitus, ya que es unas de las principales enfermedades crónicas que han generado un problema público y social ya que controlarla se convierte en un componente principal para mejorar la salud de la población colombiana.

La gestión de calidad en la salud y la adecuación institucional de la salud para la comunidad, en esto radica la importancia que en los últimos años se hayan generado programas de promoción y prevención para estos tipos de enfermedades un ejemplo de ello es una Coomeva la EPS de gran reconocimiento nacional donde su programa de PYP en año 2008 se planteó "*En el transcurso de 2008 ingresaron al programa de diabetes mellitus 43.382 afiliados nuevos, lo que representó el 32% del total de inscritos en este año. Las regionales con el mejor indicador de detección temprana son Nororiente, Centroriente y Suroccidente, con el 44%, 41% y 36% respectivamente. Para el programa de control de diabetes ingresaron 15.642 afiliados. La proporción de ingresos nuevos para la EPS fue del 39%. Las regionales con el mayor ingreso de afiliados nuevos son: Centroriente con el 61%, Caribe con el 49% y Eje Cafetero con 47%"*[1].

Muchos de los casos por los cuales los pacientes de diabetes se complican es por qué no tienen control con sus medicamentos y la mayoría de las urgencias atendidas en Colombia son por complicaciones de enfermedades crónicas, y es por que el paciente no tiene la conciencia de que

[1] http://www.coomeva.com.co/disenno/elearning/SitePerfilEpidemiologicoEPSFinal/7.18.html#top

los fármacos suministrados para controlar este tipo de patología, es de uso diario y hasta muchas veces de tipo permanente por eso en este proyecto se plantea el por qué los usuarios dejan de tomar los medicamentos, si es por olvido o sencillamente porque no quieren tomarlos y creen que no padecen de esta enfermedad, (no le creen a los médicos).

El impacto económico que genera este tipo de comportamientos *"Además, cada seis segundos muere una persona por su causa y cada tres segundos hay un caso nuevo. Solo en Colombia, 2,2 millones de personas tienen diabetes tipo 2. Sin duda, una realidad que preocupa.*

Otra problemática es el impacto económico, pues solo en el 2013 la diabetes generó un gasto sanitario que superó los 548 mil millones de dólares, un 11% del presupuesto en salud del planeta"[2] y sigue creciendo la población, por eso en este proyecto lo que se quiere es concientizar a los usuarios de que deben cuidarse y tener control sobre esta enfermedad crónica para que no genere un problema público, y que el gasto medico crezca en una forma exorbitante por usuarios que no quieren cuidarse o no tienen los recursos para realizarlo por el entorno en que viven por estas razón se deben detectar todos estos problemas que generan gasto en Colombia en el sector salud.

[2] http://www.portafolio.co/tendencias/costo-diabetes-50680

5. Marcos de Referencia

5.1. Marco Histórico

A continuación se hablara de los antecedentes que da origen a la diabetes, y que da a conocer de dónde nace esta enfermedad y su medicación para el control de ella, esta información es extraída de la *Historia de la diabetes, Farbwerke hoechst AG, Alemania*. La diabetes era ya conocida antes de la era cristiana. En el manuscrito descubierto por Ebers en Egipto, en el siglo XV AC, se describen síntomas que parecen corresponder a la Diabetes.

"Al final del siglo I y principios del siglo II Ateneo de Atalía funda en Roma la Escuela de los pneumáticos. El concepto griego de pneuma (aire, aliento vital) se remonta a la filosofía de entonces. El neuma se obtiene a través de la respiración y las enfermedades se deben a algún obstáculo que se presente en el proceso. ***ARETEO DE CAPADOCIA***, un médico griego que posiblemente estudió en Alejandría y residente en Roma describe las enfermedades clásicas como la tuberculosis, la difteria y la epilepsia; para él la Diabetes es una enfermedad fría y húmeda en la que la carne y los músculos se funden para convertirse en orina. Fue él quien le dio el nombre de Diabetes que en griego significa Sifón, refiriéndose el síntoma más llamativo por la exagerada emisión de orina. Él quería decir que el agua entraba y salía sin quedarse en el individuo. En el siglo II Galeno también se refirió a la diabetes.

En los siglos posteriores no se encuentran en los escritos médicos referencias a esta enfermedad hasta que, en el siglo XI, Avicena habla con clara precisión de esta afección en su famoso Canon de la Medicina. Tras un largo intervalo fue Tomás Willis quien, en 1679, hizo una descripción magistral de la diabetes, quedando desde entonces reconocida por su sintomatología como entidad clínica. Fue él quien, refiriéndose al sabor dulce de la orina, le dio el nombre de diabetes mellitus (sabor a miel).

RENACIMIENTO Y SIGLO XVI, A partir del siglo XVI comienza a sucederse descubrimientos médicos, principalmente en Europa. Paracelso (1491-1541) escribió que la orina de los diabéticos contenía una sustancia anormal que quedaba como residuo de color blanco al evaporar la orina, creyendo que se trataba de sal y atribuyendo la diabetes a una deposición de ésta sobre los riñones causando la poliuria y la sed de estos enfermos.

Sin embargo, la primera referencia en la literatura occidental de una "orina dulce" en la diabetes se debe a Tomas Willis (1621-1675) autor de "Cerebri anatome", el mejor tratado de anatomía del cerebro realizado hasta la fecha. De esta manera, aparece en la medicina occidental un hecho ya conocido por la medicina oriental más de 1000 años antes. Willis escribió que "antiguamente esta enfermedad era bastante rara pero en nuestros días, la buena vida y la afición por el vino hacen que encontremos casos a menudo...". La figura más sobresaliente de la medicina clínica del siglo XVII fue Tomas Syderham (1624-1689), doctorado en Cambridge quien hizo que la Medicina volviera a regirse por los principios hipocráticos. Sydenham especuló que la diabetes

era una enfermedad sistémica de la sangre que aparecía por una digestión defectuosa que hacía que parte del alimento tuviera que ser excretado en la orina.

SIGLO XVI, Unos 100 años más tarde, Mathew Dobson (1725-1784) médico inglés de Liverpool hizo por primera vez estudios en grupos de pacientes. Después de tratar un pequeño grupo de pacientes Dobson informó que estos pacientes tenían azúcar en la sangre y en la orina y describió los síntomas de la diabetes. Dobson pensaba que el azúcar se formaba en la sangre por algún defecto de la digestión limitándose los riñones a eliminar el exceso de azúcar.

En 1775 Dobson identificó la presencia de glucosa en la orina. La primera observación en un diabético fue realizada por Cawley y publicada en el "London Medical Journal" en 1788. Casi en la misma época el inglés Rollo consiguió mejorías notables con un régimen rico en proteínas y grasas y limitado en hidratos de carbono. Los primeros trabajos experimentales relacionados con el metabolismo de los glúcidos fueron realizados por Claude Bernard quien descubrió en 1848, el glucógeno hepático y provocó la aparición de glucosa en la orina excitando los centros bulbares mediante pinchaduras.

Algunos años más tarde otro médico inglés, John Rollo publicó sus observaciones sobre dos casos diabéticos describiendo muchos de los síntomas y olor a acetona (que confundió con olor a manzana) y proponiendo una dieta pobre en hidratos de carbono y rica en carne, con complementos a base de antimonio, opio y digital. Con esta dieta anoréxica Rollo observó que se reducía el azúcar en la sangre y consiguió una mejora de la sintomatología en algunos casos.

Fue el primero en acuñar el término de diabetes mellitus para diferenciar la enfermedad de otras formas de poliuria. También es de esta época la observación de Thomas Cawley en 1788 de que la diabetes mellitus tenía su origen en el páncreas, "por ejemplo por la formación de un cálculo". **SIGLO XIX**, En la segundo mitad del siglo XIX el gran clínico francés Bouchardat señaló la importancia de la obesidad y de la vida sedentaria en el origen de la diabetes y marco las normas para el tratamiento dietético, basándolo en la restricción de los glúcidos y en el bajo valor calórico de la dieta. Los trabajos clínicos anatomopatológicos adquirieron gran importancia a fines del siglo pasado, en manos de Frerichs, Cantani, Naunyn, Lanceraux, etc. Y culminaron con las experiencias de pancreatectomía en el perro, realizadas por Mering y Minskowski en 1889. La búsqueda de la presunta hormona producida, por las células descritas en el páncreas, en 1869, por Langerhans, se inició de inmediato.

Hedon, Gley, Laguesse y Sabolev estuvieron muy cerca del ansiado triunfo, pero éste correspondió, en 1921, a los jóvenes canadienses Banting y Best, quienes consiguieron aislar la insulina y demostrar su efecto hipoglucemiante. Este descubrimiento significó una de las más grandes conquistas médicas del siglo XX, porque transformó el porvenir y la vida de los diabéticos y abrió amplios horizontes en el campo experimental y biológico para el estudio de la diabetes y del metabolismo de los glúcidos. La era de la racionalidad que se inició en Francia con la revolución francesa y continuó a lo largo del siglo XIX, con el comienzo de una ciencia experimental, permitió que se consiguieran más avances en medicina de los que se habían conseguido en todos los siglos anteriores.

La Falta de Adherencia al Programa de Diabetes Mellitus

Una de las mayores figuras fue el fisiólogo francés Claude Bernard (1813-1878) que realizó importantes descubrimientos incluyendo la observación de que el azúcar que aparece en la orina de los diabéticos había estado almacenado en el hígado en forma de glucógeno. También demostró que el sistema nervioso central estaba implicado en el control de la glucosa al inducir una glucemia transitoria en el conejo consciente estimulando la médula. También realizó numerosos experimentos con el páncreas desarrollando el modelo de ligadura del conducto pancreático y aunque él no llegó a atribuir a este órgano un papel endocrino, permitió a otros demostrar que con esta técnica se inducía la degeneración del páncreas exocrino manteniendo intacta la función endocrina.

Las funciones del páncreas como glándula capaz de reducir los niveles de glucosa en sangre comenzaron a aclararse en la segunda mitad del siglo XIX. En 1889, Oskar Minskowski y Josef von Mering, tratando de averiguar si el páncreas era necesario para la vida, pancreatectomizaron un perro. Después de la operación ambos investigadores observaron que el perro mostraba todos los síntomas de una severa diabetes, con poliuria, sed insaciable e hiperfagia. Minkowsky observó, asimismo, hiperglucemia y glucosuria. De esta manera quedó demostrado que el páncreas era necesario para regular los niveles de glucosa y estimuló a muchos investigadores a tratar de aislar del páncreas un principio activo como un posible tratamiento de la enfermedad.

Por otra parte, ya en 1869 un joven médico berlinés, Paul Langerhans mientras trabajaba en su tesis doctoral, había observado unos racimos de células pancreáticas bien diferenciadas de las demás y que podían ser separadas de los tejidos de los alrededores.

Langerhans, que entonces tenía 22 años, se limitó a describir estas células sin entrar a tratar de averiguar cuál era su función.

Hubo que esperar hasta 1893, fecha en la que un médico belga, Edouard Laguesse, sugirió que estos racimos de células, que él había llamado, "islotes de Langerhans" constituían la parte exocrina del páncreas. Sus ideas fueron continuadas por Jean de Meyer quien denominó "insulina" a la sustancia procedente de los ¡islotes (en latín islote se denomina "insulina") que debía poseer una actividad hipoglucemiante pero que todavía era hipotética. En los últimos años del siglo XIX y los primeros del XX, se realizaron grandes esfuerzos para aislar la insulina. Uno de los primeros investigadores en obtener resultados fue el alemán Georg Zuleger quién obtuvo una serie de extractos pancreáticos que eran capaces de reducir los síntomas de diabetes en un perro previamente pancreatectomizado. Zuelger publicó sus resultados en 1907 e incluso patentó su extracto ("Acomatol"). Sin embargo, los graves efectos tóxicos que producía hicieron que renunciase a seguir sus experimentaciones. El médico rumano Nicolás Paulesco también preparó un extracto a partir de páncreas congelados de perro y buey y demostró que los mismos eran capaces de revertir la hiperglucemia. De hecho, uno de los extractos preparados por Paulesco era tan potente, que uno de los perros tratados murió debido a la hipoglucemia. Debido a la primera Guerra Mundial, las observaciones de Paulesco sobre los efectos de su "pancreatina" no fueron publicadas hasta 1921. Lo mismo que en el caso de Zuelger, los efectos tóxicos de los extraídos excluían cualquier posibilidad de administración terapéutica. En el año 1909 los doctores Pi Suñer y Ramón Turró publicaron los primeros trabajos experimentales de diabetes que no difieren uno del otro de las investigaciones que en el momento se hacían sobre la enfermedad; el trabajo se refiere a dos escritos: "La diabetes experimental" y "La dieta de los diabéticos" que

aparecen en el año 1909 en Isa revistas de Ciencias Médicas de Cataluña, los autores ponen de manifiesto los mecanismos de regulación de la glicemia, que en determinadas condiciones, el simpático y las catecolaminas de la médula suprarrenal entran en juego. Según los autores, la elevación de la glicemia se debe a la actuación de las hormonas de la médula suprarrenal y a la ejercida por las catecolaminas de la terminal sináptica. A pesar de que teóricamente estaba próximo a resolver el problema de la diabetes, la verdad es que hasta la década de los 20, los diabéticos tenían pocas posibilidades de sobrevivir. Las dietas anoréxicas promovidas por el diabetólogo bostoniano Frederick M. Allen, solo conseguían prolongar pocos meses de vida. Los tratamientos existentes en poco diferían de los propuestos por Arateus, casi 200 años antes. Otros descubrimientos relacionados con la diabetes también tuvieron lugar en la mitad del siglo, XIX. William Prout (1785-1859), asoció el coma a la diabetes; el oftalmólogo americano H.D. Noyes, observó que los diabéticos padecían de una forma de retinitis y Kussmaul (1822-1902), descubrió la cetoacidosis. Sanger utilizó tres herramientas para conseguir armar el rompecabezas: la utilización de un marcador especial que se une a los grupos NH2 libres; la hidrólisis fraccionada y la cromatografía en capa fina. El marcador empleado por Sanger fue el DNP (dinitrofenol) que se une al NH2 terminal y resiste la hidrólisis. De esta manera, fraccionando la molécula de insulina en diferentes péptidos, marcando estos con DNP y produciendo la hidrólisis fraccionada y total de estos péptidos para identificar los aminoácidos.

En primer lugar, Sanger consiguió fraccionar la molécula de insulina en sus dos cadenas. Para ello, aprovechó el hecho de que los puentes desulfuro entre las mismas se pueden romper selectivamente por oxidación con ácido perfórmico. Después Sanger separó ambas cadenas por electroforesis. Demostró que una cadena se iniciaba con glicocola, mientras que la segunda se

iniciaba por fenilalanina. Sanger se concentró inicialmente sobre la cadena de glicocola. Sometiendo la cadena a hidrólisis parcial, marcando los fragmentos peptídicos con DNP, separando los mismos y analizándolos en busca de secuencia iguales en los diferentes fragmentos, Sanger y sus ayudantes demostraron que la secuencia inicial de la cadena de glicocola era: Glicocola-isoleucina-valina-ácido glutámico-ácido glutámico. Procediendo de esta manera, Sanger llegó a conocer la secuencia completa de la cadena de glicocola. La cadena de fenilamina, con 30 aminoácidos era, con gran diferencia, el polipéptido más completo cuyo análisis no se había intentado jamás. Sanger abordó el problema empleando la misma técnica que la utilizaba para la cadena de glicocola, pero además, empleó enzimas proteolíticas que cortan los polipéptidos de forma selectiva.

En un año de trabajo, Sanger consiguió identificar y situar los aminoácidos de la cadena de fenilalanina. Tampoco fue fácil averiguar cómo se situaban los puentes desulfuro entre las dos cadenas. Sin embargo, Sanger y sus colaboradores encontraron la forma de hidrolizar las cadenas manteniendo intactos estos puentes. El análisis de los aminoácidos unidos a los puentes permitió, en último término llegar a la estructura de la insulina. Por esta magnífica proeza, Sanger recibió el premio Nobel de medicina en 1955. Se necesitaron 12 años más para descubrir que la insulina se excreta y se almacena como proinsulina, inactiva, que se escinde a insulina activa con sus cadenas y a un resto llamado péptido C y hasta la década de los 70 no se conoció con exactitud su estructura tridimensional. Simultáneamente a los avances obtenidos en la dilucidación de la estructura 3 D de la insulina y de su biosíntesis en los mamíferos, los biólogos moleculares aislaban los genes responsables de la producción del proinsulina (Villa Komaroff, L. Y col. 1978)

y pronto la industria farmacéutica vislumbró la posibilidad de obtener insulina humana por clonación de genes en bacterias.

La insulina humana ha sido el primer producto comercial de la clonación de genes y su éxito ha sido debido al pequeño tamaño de la molécula que hizo posible la síntesis de un gen. La estrategia seguida para la producción de insulina humana recombinante fue la siguiente: En primer lugar, se sintetizaron químicamente la cadenas de ADN con las secuencias correspondientes a las cadenas de glicocola y fenilalanina, siendo necesarios 63 nucleótidos para la primera y 90 para la segunda más un triplete para señalar el fin de la traducción. Además, para facilitar la separación de los productos sintetizados, se añadió a cada gen el triplete correspondiente a la metionina. Los genes sintéticos A y B se insertaron por separado en el gen bacteriano responsable de la p-galactosidasa y presente en un plásmido. Los plásmidos recombinantes se introdujeron en E. coli donde se multiplicaron, fabricando un ARNm que tradujo una proteína quimérica, en la que una parte de la secuencia de la b-galactosidasa estaba unida por una metionina a la cadena de glicocola o de fenilalanina de la insulina. Como ninguna de las cadenas de insulina contiene metionina, esto se aprovechó para separar las cadenas de la insulina del resto de proteína quimérica rompiéndola con bromuro de cianógeno que destruye la metionina. Después de purificadas, las cadenas se unieron mediante una reacción que forma puentes desulfuro. **DESCUBRIMIENTO DE LA INSULINA**, La insulina fue descubierta en el verano 1921 por Sir Frederick Grant Banting como consecuencia de una serie de experimentos realizados en la cátedra del Prof. Jhon J.R. MacLeod, profesor de fisiología de la Universidad de Toronto.

La Falta de Adherencia al Programa de Diabetes Mellitus

Banting había mostrado ya mucho interés por la diabetes y había seguido de cerca los trabajos de Sahfer y otros, quienes habían observado que la diabetes estaba ocasionada por la carencia de una proteína originada en las células de los islotes de Langerhans y que habían denominado insulina. Shafer suponía que la insulina controlaba el metabolismo del azúcar en la sangre y su eliminación por la orina, de tal forma que su carencia ocasionaba una excreción urinaria aumentada. Sin embargo, sus intentos por suplir esta deficiencia de insulina administrando a los pacientes diabéticos extractos de páncreas habían fracasado, probablemente debido a la presencia de enzimas proteolíticas en los extractos pancreáticos. Dándole vueltas al problema, en 1921, Banting leyó una publicación de un tal Moses Barón en la que se demostraba que la ligadura del conducto pancreático ocasionaba la degeneración de las células productoras de la tripsina, mientras que los islotes de Langerhans permanecían intactos. Banting consiguió convencer a MacLeod para que, durante las vacaciones de éste le asignara un ayudante y le permitiera utilizar sus laboratorios. Charles Best, estudiante de Química fue el encargado de aislar la presunta proteína. En tan solo 9 semanas, luchando contra reloj, Banting y Best ligaron el conducto pancreático de varios perros y obtuvieron un extracto de páncreas libre de tripsina. Después, provocaron una diabetes experimental en otros perros, y, una vez desarrollada la enfermedad, comprobaron que la administración del extracto de páncreas de los primeros reducía o anulaba la glucosuria de los segundos. Habían descubierto la insulina. Como consecuencia de este descubrimiento, MacLeod y Banting recibieron en 1923 el Premio Nobel de Medicina, Banting protestó porque MacLeod compartiera el premio en lugar de Best, y repartió con este último su parte del Nobel. **LA ESTRUCTURA DE LA INSULINA**, El siguiente hito en la historia de la insulina fue la dilucidación de su estructura, proeza realizada en 1954 por Frederick Sanger y sus colaboradores de la Universidad de Cambridge. Sanger estaba interesado por la estructura de las

proteínas, eligiendo la insulina por ser una de las pocas que podía ser conseguida en estado razonablemente puro, por conocerse ya su composición química y peso molecular y porque la actividad de la misma debía estar ligada a algún componente estructural. La insulina es una molécula muy pequeña: sólo contiene 254 átomos de carbono, 337 de hidrógeno, 65 de nitrógeno, 75 de oxígeno y 6 de azufre. Además, desde los trabajos de Fisher se sabía que de los 24 aminoácidos posibles, 17 están presentes en la insulina. El trabajo realizado por Sanger consistió en dilucidar no solo la estructura total de la molécula de insulina, sino también el orden en el que se alinean las distintas subunidades de aminoácidos. Esta secuencia es crucial: un solo cambio en la posición de un aminoácido dentro de la molécula puede hacer cambiar la funcionalidad de la proteína. Para conseguir esto, Sanger utilizó el método tradicional empleado por los químicos para estudiar las grandes moléculas romperlas en fragmentos y colocarlas nuevamente juntas como las piezas de un rompecabezas. La rotura de la molécula sirve para identificar los aminoácidos, pero no dice nada acerca de cómo están ordenados. Alternativamente, el páncreas completo puede ser sustituido de islotes puros procedentes de cultivos de células pancreáticas manipuladas para corregir los errores. El trasplante se lleva a cabo según la técnica seguida por Shapiro y col en 2000 sin la necesidad de tratar los pacientes trasplantados con inmunosupresores.”[3]

[3] http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662007000200016

5.2.Marco Teórico

La diabetes mellitus en Colombia tiene diferentes factores de investigación, existen diferentes clases de diabetes, con tratamientos distintos según su clase, muchos de los casos de esta enfermedad se padece por descuido de la misma enfermedad o por las condiciones sociales que se subsistan en Colombia, por esta razón vamos a ver teorías que se fundamentan en estas enfermedades crónicas que están siendo foco de problemas de salud pública en esta sociedad. A pesar que son enfermedades crónicas que se detectan en la primera estancia de la salud, se necesita de los cambios de hábitos alimenticios y de la vida del paciente que ayude a preservar y controlar la vida por esta razón se necesita de la participación activa del sistema de salud en general y de todos los usuarios para que estas enfermedades crónicas sean realmente controladas para el beneficio económico del país y el bienestar de la comunidad.

Según la ***Asociación Americana de Diabetes*** plantea Perspectivas de médicos, investigadores y pacientes sobre cómo las últimas cinco décadas han cambiado lo que se sabe acerca de la diabetes y cómo las personas viven con la enfermedad.

"Han transcurrido cosas durante los últimos 50 años que claramente han hecho la vida mucho mejor para las personas", dijo ***Fred Whitehorse, MD, jefe de división emérito del Henry Ford Health System en Detroit***, quien lleva la misma cantidad de tiempo en tratar a personas con diabetes., Hoy en día, se utiliza la insulina humana producida por microorganismos, una diferencia importante pues no solo se producen menos reacciones adversas, sino que también no hay problema con que se acabe, dijo. Es más, ahora hay insulinas de acción rápida y prolongada y

una variedad de sistemas de suministro, incluso bombas de insulina, que mejoran la precisión y comodidad a la vez que refuerzan el control de la glucosa en la sangre y reducen la hipoglicemia.

La forma en que se miden los niveles de la glucosa también ha cambiado de forma dramática, explicó Whitehouse. Mientras que antes la única manera de evaluar el control de la diabetes era detectar la presencia de azúcar en la orina de las personas, hoy en día hay maneras más numerosas y más precisas de examinar los niveles de la glucosa en la sangre, incluyendo el A1C no invasivo que mide el nivel medio de glucosa en la sangre durante un periodo de tres meses. "Esto nos proporciona un indicador conveniente para mostrar si la persona va por buen camino o no", dijo Whitehouse. Sin embargo aún falta mucho por hacer, notó. Ha habido muchos cambios, la mayor parte en términos positivos, pero lo que quiere la gente es una cura y no la tenemos todavía"[4].

También se manifiesta el medico ***Daniel Porte, Jr., MD***, donde considera que la diabetes es una enfermedad que ha tratado por muchos años y que no es de ahora el revela ha estado realizando investigaciones de la diabetes durante más de 50 años, y ha presenciado un cambio radical en cuánto se conoce acerca de los mecanismos implicados en la diabetes.

Él manifiesta que cuando la endocrina y los sistemas nerviosos se consideraban totalmente ajenos, cuando la glucosa se consideraba el único regulador de la insulina y cuando había un solo método para administrar la insulina. Mientras que los investigadores han aprendido mucho sobre la diabetes durante los últimos 50 años, incluyendo cómo se desarrolla, cómo prevenirla o

[4] http://www.diabetes.org/es/sala-de-prensa/comunicados-de-prensa/2015/50-anos-de-investigacion-y-tratamiento-de-la-diabetes.html?referrer=https://www.google.com.co/

retardarla, y cómo afecta el resto del cuerpo, todo ello prácticamente desconocido en los años 60, tal vez la lección más importante, dijo, es que el fruto de la investigación no se madura de la noche a la mañana.

"Para poder comprender la enfermedad, hay que realizar investigaciones básicas", explicó Porte, profesor de la University of California, San Diego, y profesor emérito de la University of Washington. "Pero tiene que ser paciente porque toma mucho tiempo para hacer la transición de la investigación básica al impacto clínico. Por ejemplo", dijo, "los fármacos que usamos ahora para tratar la diabetes se estudiaron por primera vez hace 30 o 40 años. Y hay muchos más que el uno o dos que se usaban en los años 70".

En el tiempo que Porte lleva investigando la diabetes, la disciplina ha pasado de tomar sencillas mediciones de hormonas a investigaciones cada vez más complejas que se adentran en la interrelación entre hormonas y el sistema nervioso, un área que se sigue explorando para nuevos descubrimientos se descubrió que la insulina enviada al sistema nervioso central no solo se realimenta por el cerebro, también afecta la producción de glucosa. Regula las células insulares, originando la integración total del sistema endocrino y el sistema nervioso. Se tardaron 40 años para que esto se descubriera"[5].

Otro investigador de esta enfermedad es el ***Dr. Michael Brownlee*** que manifiesta que quien ha experimentado la vida como una persona con diabetes, dijo que el hilo que tiene unidos a todos los tres papeles juntos es la cuestión de las complicaciones de la diabetes.

[5] http://www.diabetes.org/es/sala-de-prensa/comunicados-de-prensa/2015/50-anos-de-investigacion-y-tratamiento-de-la-diabetes.html?referrer=https://www.google.com.co/

"La razón por la que la diabetes es un problema de salud grave son las complicaciones", señaló ***Brownlee***, titular de la cátedra ***Anita y Jack Saltz*** en investigación de la diabetes y director asociado para ciencias biomédicas en el Centro de Investigación de la Diabetes de la Facultad de Medicina de ***Albert Einstein College.*** "De no haber complicaciones, la diabetes sería como el hipotiroidismo y otras enfermedades de fácil control. Se toma una pastilla para remplazar la hormona y todo está bien. No supondría un problema de salud pública que cuesta miles de millones de dólares en cuidados cada año y que requeriría miles de millones de dólares en investigaciones.

La investigación de ***Brownlee*** de los mecanismos que causan complicaciones diabéticas ha creado un cambio de paradigma en el campo. Observó que hasta 1993, las complicaciones diabéticas, tales como enfermedad ocular y renal, se consideraron consecuencias de la diabetes, en lugar de elevados niveles de glucosa en la sangre. "Antes del estudio de Prueba de Control y Complicaciones de la Diabetes (Diabetes Control and Complications Trial, DCCT) publicado ese año, el dogma general decía que la diabetes causaba tanto cambios metabólicos como complicaciones, que no tenían nada que ver el uno con el otro. Eran dos manifestaciones paralelas de la enfermedad sencillamente”[6].

Pero después de ver diferentes investigación y teorías también debemos saber que síntomas y que tipos de diabetes existen lo vemos a continuación:

[6] http://www.diabetes.org/es/sala-de-prensa/comunicados-de-prensa/2015/50-anos-de-investigacion-y-tratamiento-de-la-diabetes.html?referrer=https://www.google.com.co

Síntomas

Los síntomas que aparecen con mayor frecuencia en los pacientes que inician con diabetes son:

- Micción frecuente (poliuria),
- Aumento de las sed (polidipsia),
- Aumento del apetito (polifagia),
- Pérdida de peso,
- Visión borrosa.

Tipos de Diabetes

La Diabetes es de varios tipos pero los más importantes y conocidos son:

- Diabetes tipo 1.
- Diabetes tipo 2.

En la ***Diabetes tipo 1***, hay ausencia total de insulina pues se destruyen las células del páncreas. Esto sucede por un proceso de autodestrucción en el que nuestro organismo reconoce como extrañas las células del páncreas y las destruye. Entonces se produce una falta absoluta de insulina lo que origina que aumente la glucosa. La Diabetes tipo 1 aparece con mayor frecuencia en la niñez, pero dependiendo del tiempo que lleve la autodestrucción del páncreas puede presentarse en individuos jóvenes o adultos. Este tipo de Diabetes suele necesitar de insulina para su tratamiento.

La ***Diabetes tipo 2*** es la más frecuente en nuestro tiempo y está alcanzando cifras alarmantes. Es muy compleja pues sus causas son múltiples. Las investigaciones describen un estado de resistencia de las células de nuestro cuerpo a la acción de la insulina, llamado RESISTENCIA A INSULINA

Causas de la Diabetes

- La obesidad se ha señalado como una causa importante.
- La vida sedentaria
- Los malos hábitos alimentarios como las comidas rápidas, las bebidas gaseosas o azucaradas, consumir azúcares y harinas refinadas.

"La diabetes en realidad no es hereditaria, En realidad lo que se hereda es la predisposición a hacer la enfermedad mas no la enfermedad en sí. Se describe en los libros especializados que el riesgo relativo de una persona a desarrollar diabetes mellitus se cuadruplica cuando tiene herencia en parientes de primer grado. Sin embargo puede darse el caso que no tenga familiares diabéticos y desarrolle diabetes, dado que los otros factores pueden ser determinantes.

La edad de aparición de Diabetes mellitus tipo dos, cada vez es menor, antes se hablaba de diabetes tipo 2 en mayores de 50 años, ahora la diabetes aparece en edades tan tempranas como los 20 años incluso se han reportado casos de diabetes tipo dos de aparición en la niñez, y

adolescencia. La organización mundial de la salud estimó para el 2004 que 171 millones de individuos sufrían diabetes en el mundo y que esta cifra se duplicaría para el 2030"[7].

Tabla 1. Características de estudios incluidos en la revisión sistemática de parámetros de ocurrencia de diabetes *mellitus* en Latinoamérica y el Caribe

ID	AUTOR	AÑO	SERIE	LUGAR	EDADES
1	Ashner (14)	1993	1988-1989	Bogotá, D.C.	≥30
2	Suarez (11)	1993	1993	Pasto	≥20
3	Min. Salud (13)	1999	1998	Colombia	20 - 69
4	Alayón (15)	2006	2004	Cartagena	≥30
5	Bautista (16)	2006	2001	Bucaramanga	15-64
7	Escobedo (17)	2009	2003-2005	Bogotá, D.C.	25-64
8	Patiño (12)	2011	2006	Santa Rosa de Osos, Antioquia	25-50
9	Ruiz (18)	2012	2005	Zonas urbanas de Colombia	18-80
10	Gonzalez (19)	2012	2007	Caldas, Risaralda y Quindío	18-74
6	Laclé-Murra (20)	2008	2000	San José, Costa Rica	≥20
11	Gonzalez (21)	2014	2008	Ciudad de México	35-64

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

6. Metodología

6.1. Tipo de Investigación

La propuesta se basará en un tipo de investigación Mixta - Exploratoria. Mixta porque se va a basar a través de material existente de investigaciones y de experiencias basadas en hechos reales de los usuarios de la ips de IPS de Vásquez Cobo se ha detectado la falta de adherencia al programa de diabetes, esto en función de lo que pueda representar en

[7] http://blogs.deperu.com/salud-y-belleza/la-diabetes-mellitus-teoria-y-recomendaciones/

enfermedades crónicas especialmente en la diabetes mellitus, que se prolonga cada día en las personas que conforman este universo.

El análisis exploratorio de los datos se ha planteado a partir de un análisis estadístico sobre variables tales: hombre y mujeres, edad superior a 40 años, que estuvieran inscritos a la programada de diabetes de la institución objeto de estudio, se excluyeron usuarios menores de 40 años, con problemas mentales, problemas de postración y mujeres en estado de embarazo. Para llegar a los resultados se definirán fases:

- ***Técnicas y fuentes de Recolección***

Este trabajo de investigación se utilizaran medios de recolección de información como la encuesta, la mayor parte de la información suministrada en esta propuesta es obtenida de la información de los pacientes de enfermedades crónicas, revisión de historias clínicas, bases de datos, revisión de libros, revisión en internet y de entidades encargadas del manejo de enfermedades de la diabetes que conocen del tema y lo manejan. 598 personas es la cantidad total de la muestra, de las cuales se tomaran 234 personas como población objeto de estudio.

El tamaño de la muestra se obtuvo con la siguiente formula:

TAMAÑO DE LA MUESTRA SI SE CONOCE N Y LA VARIABLE ES CATEGORICA

Variable	Descripción	valor	Valor2	Unidad de Medida
N	Tamaño de la población	598		Personas
2	Confiabilidad	95%	1.96	
P	Proporción	50%		Porcentaje
me	Margen de Error o Precisión	5%		Porcentaje
		234		

$$n = \frac{N*(Z*Z)*p*(1-p)}{(N-1)*(me*me)+(Z*Z)*p*(1-p)}$$

- ***Encuestas Aplicadas a la Investigación***

Se aplicaron 4 encuestas las cuales cuentan con la información necesaria para la tabulación de las diferentes preguntas que se aplicaron a cada paciente.

La encuesta: Se realizó una serie de preguntas relacionadas con el proceso la falta de adherencia al programa de diabetes para identificar el impacto de salud en el que se ha convertido las enfermedades crónicas en Colombia, estas encuestas se realizaran a aquellos usuarios con este tipo de enfermedades en la IPS Vásquez Cobo de la ciudad de Cali, los cuales las resolverán de manera precisas y honesta para poder obtener resultados verdaderos para poder llegar al objetivo esperado.

FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL PROGRAMA DE DIABETES DE LA IPS VÁSQUEZ COBO

Propósito de Aplicación*: Este cuestionario se aplica con el fin de recolectar información de los usuarios que consultan en la ips Vásquez cobo y de las enfermedades de cuidado dePyP a las que son más propensas a las personas, su tratamiento, medicación y si verdaderamente se cuidan para el tipo de enfermedad que tienen con las recomendaciones del personal asistencial (Medico – Enfermera)****.***

DATOS DE IDENTIFICACION:

Edad: ____

Género: F __ M __

Estado Civil: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Encuesta No. 1

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

- **Marque con una x la opción correcta.**

1. ¿ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades?

PATOLOGIA	***SI***	***NO***
Enfermedad Coronaria		

HTA		
Dislipidemia		
Falla Cardiaca		
Enfermedad Renal		
ECV		

2. ¿Tipo de tratamiento actual de la diabetes?

TRATAMIENTO	***SI***	***NO***
Hipoglucemiantes		
Insulina		
Dieta		
Ninguna		

3. ¿Ha sido hospitalizado por qué tipo de las siguientes patologías?

PATOLOGIAS	***SI***	***NO***
Infecciones		
Descompensación Diabética		
Pie Diabético		
Eventos Cardiovasculares		

4. ¿Ha tenido alguna vez amputación?

PATOLOGIA	***SI***	***NO***
Pie Diabético		

5. ¿Utiliza otros fármacos para controlar esta patología?

PATOLOGIA	***SI***	***NO***
HTA		
Gastritis		
Colesterol o triglicéridos		
Circulación (ASA)		

Dolor Crónico (analgésicos)		
Otros		

SITUACION FAMILIAR

6. ¿Asiste acompañado a las consultas por algún familiar?

ASISTE:	***MARQUE CON X***
Nunca	
A veces	
Siempre	

ASPECTOS INSTITUCIONALES

7. ¿Oportunidad y acceso a las consultas del programa de promoción y prevención?

   SI___ NO___

8. ¿Considera que el programa tiene demora (más 8 días) en la programación de las consultas?

   SI___ NO___

❖ **Marque con una x la respuesta Correcta (solo escoja una opción).**

9. ¿Considera usted que existen limitaciones para acceder al sitio asignado a la consulta?

   a. Distancia ____
   b. Horarios ____
   c. Limitaciones locativas (escaleras, comodidad, ambiente) ____

10. ¿Que opinión merece los medicamentos que le indican para la diabetes:

    1. Me cae bien y me ayuda a controlar la diabetes ____
    2. Me ayuda pero siempre me caen bien ____
    3. Me ayudan a controlar la diabetes pero a veces me caen mal ____
    4. No me ha ayudado y siempre me cae mal ____

Relación Médico-Enfermería – paciente

11. ¿Considera que el personal asistencial (médico y enfermera) le da las recomendaciones sobre el tratamiento que debe seguir?

Opción de respuesta	***SI***	***NO***
Nunca		
A veces		
Siempre		

12. ¿Considera que no son claras las recomendaciones dadas por el personal asistencial (médico y enfermera) en cuanto a su tratamiento?

Opción de respuesta	***SI***	***NO***
Nunca		
A veces		
Siempre		

13. ¿Considera que el personal asistencial (médico y enfermera) escucha sus inquietudes sobre la medicación y el tratamiento?

Opción de respuesta	***SI***	***NO***
Nunca		
A veces		
Siempre		

FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL PROGRAMA DE DIABETES DE LA IPS VÁSQUEZ COBO

Propósito de Aplicación*: Este cuestionario no. 2 se aplica para conocer los estilos de vida de los usuarios y poder detectar el control que llevan en sus comidas habituales, y el por qué a veces estas enfermedades crónicas se convierten en malestares que pueden llegar a causar la muerte por un mal habito de vida.*

DATOS DE IDENTIFICACION:

NOMBRE: _____

Edad: ____

Género: F __ M __

Estado Civil: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Encuesta No. 2

ESTILOS DE VIDA

❖ ***Marque con una X la respuesta correcta según corresponda***.

1. ¿Come constantemente verduras?

   a) Todos los Días _____
   b) Algunos Días _____
   c) Casi nunca _____

2. ¿Cuantos Días a la semana come frutas?

   a) Todos los Días _____
   b) Algunos Días _____
   c) Casi nunca _____

3. ¿Cuántas porciones de pan come al día?

   a) De 0 a1 día _____
   b) De 2 o 3 día _____
   c) Más de 3 al día _____

4. ¿Consume azúcar en sus bebidas?

   a) Siempre _____
   b) Algunas Veces _____
   c) Nunca _____
   d)

5. ¿Consume sal en sus alimentos?

    a) Siempre _____
    b) Algunas Veces _____
    c) Nunca _____

6. ¿Desea repetir alimentos después de cada comida?

    a) Todos los Días _____
    b) Algunos Días _____
    c) Casi nunca _____

7. ¿Realiza alguna actividad física por semana?

    a) 1 o 2 veces por semana _____
    b) 3 o más veces por semana _____
    c) Nunca _____

8. ¿Si usted fuma cuantos cigarrillos fuma al día?

    a) Entre 1 y 5 cigarrillos _____
    b) Entre 6 o más cigarrillos _____
    c) No fumo _____

9. ¿Cada cuánto consume bebidas alcohólicas?

    a) 1 vez o más por semana _____
    b) Rara vez consume alcohol _____
    c) Nunca consume _____

10. ¿Asiste a conferencias de enfermedades de pyp (diabetes) a su ips primaria?

    a) Casi siempre _____
    b) Algunas veces _____
    c) No Asiste _____

11. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para el cuidado de la diabetes y su dieta correspondiente?

    a) Casi siempre _____
    b) Algunas veces _____
    c) Casi nunca _____

FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL PROGRAMA DE DIABETES DE LA IPS VÁSQUEZ COBO

***Propósito de Aplicación**: Este cuestionario no. 3 se aplica para conocer como los usuarios reaccionan a los medicamentos en cuanto a las situaciones que se dan constantemente en la vida diaria, como olvidos al tomar el fármaco y como se sienten al no tomarlo.*

DATOS DE IDENTIFICACION:

NOMBRE: _____

Edad: ____

Género: F __ M __

Estado Civil: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Encuesta No. 3

ESCALA DE ADHERENCIA FARMACOLOGICA

- ***Marque con una X la respuesta correcta.***

PREGUNTA	*SI*	*NO*
¿Ha olvidado alguna vez tomar los medicamentos?		
¿Toma los medicamentos a la hora indicada?		
¿Cuánto se encuentra bien? ¿Deja de tomar la medicación?		
¿Si alguna vez le sienta mal? ¿Deja usted de tomarla?		

FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL PROGRAMA DE DIABETES DE LA IPS VÁSQUEZ COBO

***Propósito de Aplicación**: Este cuestionario no. 4 se aplica para conocer el estado de ánimo de pacientes con este tipo de enfermedades como la diabetes, como se sienten, personalmente como su estado de ánimo afecta su forma de ser o de comportarse esto en cualquiera de los casos, si están bien o se sienten deprimidos.*

DATOS DE IDENTIFICACION:

NOMBRE: _____

Edad: ____

Género: F __ M __

Estado Civil: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Encuesta No.4

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION

- ***Escoja la respuesta de acuerdo su estado de ánimo durante la última semana.***

1. ¿Se ha sentido tenso o nervioso?

   a) Nunca. ____
   b) De vez en cuando. ____
   c) Gran parte del día. ____

2. ¿disfruta de las cosas como siempre?

   a) Siempre. ____
   b) No Siempre ____
   c) Un poco ____
   d) Nunca ____

3. ¿Siente temor como si algo fuera a suceder?

   a) Siempre. ____

b) Casi nunca. ____
c) Nunca ____
d) a veces ____

4. ¿Se Divierte y le gusta ver el lado gracioso de las cosas?

a) Siempre. ____
b) Casi nunca. ____
c) Nunca ____
d) a veces ____

5. ¿Se siente preocupado la mayor parte del tiempo?

a) Siempre. ____
b) Casi nunca. ____
c) Nunca ____
d) a veces ____

6. ¿Eres capaz de permanecer tranquilo y relajado?

a) Siempre. ____
b) Casi nunca. ____
c) Nunca ____
d) A veces. ____

7. ¿Ha perdido el interés por el arreglo personal?

a) Siempre me arreglo ____
b) Casi nunca me arreglo ____
c) Nunca me arreglo ____
d) A veces me arreglo ____

8. ¿ha experimento de repente sensaciones de angustia o temor?

a) Siempre. ____
b) Casi nunca. ____
c) Nunca ____
d) a veces ____

7. Etapas del Proceso de Investigación

7.1.Etapa de Investigación

- ***Primera Etapa***

En esta etapa, se pretende abordar el tema a investigar, teniendo como base las investigaciones que se han realizado por parte de las estudiantes e investigadores que han tratado estas enfermedades crónicas, con respecto al tema planteado desde hace varios meses, se nombran a continuación:

- Definición del problema
- Investigación de Antecedentes
- Objetivo y Justificación de la propuesta
- Presentación de la Propuesta
- Desarrollo y Depuración investigativa.

7.2.Etapa de desarrollo de la propuesta

- ***Segunda Etapa***

En esta etapa se llevará a cabo los objetivos planteados, al principio de la propuesta para desarrollarlos.

La Falta de Adherencia al Programa de Diabetes Mellitus

A continuación se nombran los puntos a realizar.

- Identificar las diferentes causas por las cuales se produce la falta de adherencia de los pacientes inscritos al programa de diabetes.
- Describir las principales causas de las complicaciones y la mortalidad de los pacientes diabéticos con falta de adherencia al programa de diabetes.
- Determinar el impacto de salud que implica la complicación de los pacientes diabéticos con falta de adherencia al programa de diabetes.

El proceso de desarrollo de esta propuesta se realizará mediante un estudio de investigación, ya que es un beneficio saber que impacto está dando estas enfermedades crónicas en el mundo, la diabetes en un enfermedad degenerativa si no se controla con medicamentos y un buen cuidado personal, pero se ve que la mayoría de las personas no conocen le grado de importancia que es cuidarse de esta enfermedad, porque no les han explicado sobre el tema o los médicos no les identifican la dificultad de estas enfermedades.

Se investigará sobre el tema de diabetes mellitus, de libros, trabajos de grado, tesis, revistas, internet etc.

- ✓ ***Causas:***

1. Desconocimiento sobre la enfermedad

2. Instituciones de Salud que no intensifican capacitaciones de enfermedades de PYP para que los pacientes se cuiden mejor.
3. Capacitar al personal médico con conciencia en el trato de esta clase de pacientes para que sepan atenderlos y darles la información necesaria para su tratamiento.
4. Realizar seguimiento constante a estos pacientes en sus citas y tratamientos de parte de la institución de salud.

- ✓ *Las principales causas de las complicaciones y la mortalidad de los pacientes diabéticos con falta de adherencia al programa de diabetes* de las entidades de salud va en crecimiento, estas enfermedades crónicas son las que mayor gasto tienen, ya que por motivos de control según el ministerio de salud en Colombia son los que mayor gasto público están generando.

"En cuanto a la diabetes, el comportamiento de la morbimortalidad ha logrado prender las alarmas de las autoridades sanitarias del país. De acuerdo a datos de la Encuesta Nacional de Salud 2007 (ENS 2007), su prevalencia en Colombia en la población entre 18 a 69 años era de 3,5%.

En el año 2010, murieron en Colombia 6.859 personas por esta causa, cifra que representó el 3,4% del total de muertes en el país y ubica a esta entidad como una de las primeras diez causas de muerte en el país. La mortalidad por esta enfermedad es mayor en la zona central del país.

Finalmente, de acuerdo a la información de la Cuenta de Alto Costo para el año 2012, el número de casos de diabetes en Colombia era de dos millones de personas, con proyecciones al alza para los próximos años.

Para prevenir las ECV y la diabetes, el Ministerio hace un llamado a la población en general para que adopte hábitos saludables como no fumar, realizar actividad física, reducir el consumo de sal y de alcohol, controlar el peso corporal y comer al menos 400 gramos diarios de frutas y verduras”[8].

“Análisis por años De manera general se observó que para los años del periodo de observación, las mujeres mantuvieron un riesgo mayor de desarrollar, padecer y morir por DM en comparación con los hombres, y se observó una disminución en la incidencia y mortalidad de DM en ambos sexos entre 2010 y 2014. (Ver tabla no. 2)

[8] https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-enfrenta-epidemia-de-enfermedades-cardiovasculares-y-diabetes.aspx

Tabla 2. Estimaciones de Incidencia, prevalencia y mortalidad por diabetes *mellitus* por edad, según sexo. Colombia, 2010-2014

Mujeres

AÑOS	INCIDENCIA		PREVALENCIA RS		PREVALENCIA RIPS		MORTALIDAD	
	n	Tasas*	n	%	n	%	n	Tasas*
2010	187.449	1.121,8	802.219	4,7	331.568	1,8	3.282	17,3
2011	183.168	1.076,8	814.903	4,7	356.931	1,9	3.291	16,8
2012	178.604	1.031,8	827.439	4,7	384.195	2,0	3.302	16,3
2013	173.742	986,8	839.716	4,7	413.352	2,1	3.305	15,8
2014	168.578	941,8	851.734	4,6	444.560	2,1	3.314	15,3

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

*tasas por 100.000 ajustadas por edad

Hombres

AÑOS	INCIDENCIA		PREVALENCIA RS		PREVALENCIA RIPS		MORTALIDAD	
	n	Tasas*	n	%	n	%	n	Tasas*
2010	180.336	1140,2	686.086	4,3	253.095	1,6	2.344	15,0
2011	170.839	1060,6	698.370	4,3	270.823	1,6	2.344	14,6
2012	160.855	980,9	710.576	4,3	289.829	1,7	2.354	14,2
2013	150.385	901,3	722.637	4,3	310.104	1,8	2.355	13,8
2014	139.435	821,6	734.552	4,3	331.735	1,8	2.360	13,5

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

*tasas por 100.000 ajustadas por edad

- ***Prevalencia***

El parámetro de prevalencia fue estimado tomando como fuente de datos de la RS y de los RIPS las dos fuentes consideraron en mostrar mayor prevalencia en mujeres. Para 2014, la razón mujer: hombre entre los casos prevalentes fue muy similar entre ambos, siendo de 1,1 calculada a partir de la RS y de 1,2 calculada a partir de los RIPS. Las diferencias de las estimaciones de prevalencia entre RIPS y la RS se encuentran en la magnitud y tendencia. En cuanto a la magnitud, la RS mostró estimaciones de prevalencia mayores que lo calculado con el ajuste sobre RIPS en ambos sexos. Para el caso de las mujeres, el promedio de la

prevalencia entre los años observados fue de 4,7% por RS y de 2,0% con RIPS. En los hombres el promedio de la prevalencia para los años observados fue de 4,3% por RS y de 1,7% por RIPS. Por otro lado, las estimaciones entre las dos fuentes difirieron que la prevalencia calculada por RS no varió significativamente entre 2010 a 2014, mientras que por RIPS se observó un aumento no muy marcado de la prevalencia en ambos sexos entre 2010 a 2014.

- **Mortalidad**

A nivel nacional anualmente se presentaron en promedio 5.650 muertes por DM en ambos sexos, siendo mayor la proporción de muertes en mujeres (58%). Se observó una tendencia a la disminución de la mortalidad por DM en ambos sexos durante el periodo de estudio (Figura 2). En términos absolutos (RAR) la disminución fue similar en ambos sexos entre 2010 y 2014. Sin embargo, las mujeres registraron tasas de incidencia mayor para todos los años del periodo de observación. La razón de tasas de mortalidad (RTM) entre mujeres y hombres se registró en 1,15 para 2010 y en 1,13 en 2014

- ***Análisis por edad***

Se realizó un análisis por grupos de edad para cada sexo con las estimaciones del año 2014. De manera general se observó que el riesgo en desarrollar, padecer y morir por DM aumentó a partir de los 45 años, siempre siendo las mujeres quienes presentaron mayor riesgo de manera transversal en todos los grupos de edad.

Tabla 3. Estimaciones de incidencia, prevalencia y mortalidad por diabetes *mellitus* por edad, según sexo. Colombia, 2014

Mujeres

AÑOS	INCIDENCIA		PREVALENCIA RS		PREVALENCIA RIPS		MORTALIDAD	
	n	Tasas*	n	%	n	%	n	Tasas*
15-19	18,533	867.8	71,933	3.4	2,831	0.1	3	0.1
20-24	18,064	867.8	76,498	3.7	3,061	0.1	3	0.1
25-29	17,377	901.4	75,378	3.9	4,133	0.2	9	0.5
30-34	16,631	935.1	74,878	4.2	6,989	0.4	14	0.8
35-39	16,454	1017.8	73,751	4.6	11,552	0.7	21	1.3
40-44	14,832	994.8	70,474	4.7	19,937	1.3	37	2.5
45-49	15,077	1001.3	71,063	4.7	34,727	2.3	80	5.3
50-54	14,210	1036.2	76,814	5.6	55,324	4.0	152	11.1
55-59	11,146	989.7	65,882	5.8	67,776	6.0	234	20.8
60-64	8,800	1003.9	48,435	5.5	68,936	7.9	324	37.0
65-69	6,236	935.0	33,391	5.0	58,826	8.8	414	62.1
70-74	4,376	901.4	34,719	7.2	45,008	9.3	475	97.8
75-79	3,438	901.3	34,001	8.9	34,972	9.2	524	137.4
80+	3,404	867.7	44,517	11.3	31,604	8.1	1,024	261.0

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

*tasas por 100.000 habs. ajustadas por edad

Hombres

AÑOS	INCIDENCIA		PREVALENCIA RS		PREVALENCIA RIPS		MORTALIDAD	
	n	Tasas*	n	%	n	%	n	Tasas*
15-19	16.686	747,6	67.719	3,0	2.546	0,1	3	0,1
20-24	16.318	747,6	72.921	3,3	2.761	0,1	3	0,1
25-29	15.329	781,3	70.167	3,6	3.612	0,2	9	0,5
30-34	13.856	814,9	65.903	3,9	5.729	0,3	11	0,6
35-39	13.691	897,7	64.485	4,2	9.349	0,6	19	1,2
40-44	12.057	874,6	60.554	4,4	15.806	1,1	31	2,2
45-49	12.104	881,1	60.242	4,4	27.127	2,0	64	4,7
50-54	11.411	916,0	65.614	5,3	42.978	3,5	122	9,8
55-59	8.768	869,6	55.618	5,5	51.821	5,1	186	18,4
60-64	6.917	883,8	40.633	5,2	52.505	6,7	253	32,3
65-69	4.758	814,9	27.282	4,7	43.860	7,5	319	54,6
70-74	3.174	781,2	27.698	6,8	32.062	7,9	348	85,7
75-79	2.292	781,4	25.168	8,6	22.798	7,8	356	121,4
80+	2.074	747,8	30.548	11,0	18.959	6,8	636	229,3

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

*tasas por 100.000 habs. ajustadas por edad

Para 2014 a nivel nacional y de acuerdo con el modelo, se registraron 308.013 casos nuevos de DM, 54% de los cuales fueron en mujeres. Las tasas de incidencia más altas se presentaron en las mujeres de 35 a 49, 45 a 49 y 50 a 54 años quienes alcanzaron tasas incluso mayores a 1.000 casos nuevos por cada 100.000 habs. La prevalencia de DM para 2014 por grupos de

edad fue estimada tomando como fuentes datos de la RS y los RIPS. Para los grupos de edad entre 15 a 39 años de edad, las prevalencias calculada por RIPS se mantuvieron en menos del 1%, mientras que por RS las prevalencias estimadas para esos grupos de edad registraron un promedio de 3,9% en mujeres y 3,6% en hombres, mostrando un aumento sostenido. A partir de los 40 años, la prevalencia calculada a partir de RIPS muestra un aumento con la edad, siendo de 1,3% en mujeres y de 1,1% en hombres en el grupo de 40 a 44 años, hasta alcanzar una prevalencia del 9,4% en mujeres y 7,9% en hombres en el grupo de 70 a 74 años"[9].

- ***Complicaciones de la Diabetes Mellitus***

- *El nivel de azúcar en su sangre está muy elevado, esto genera problemas en riñones, los nervios, los pies y los ojos.*
- *La Diabetes aumenta el riesgo de tener enfermedades cardíacas y trastornos óseos y articulares.*
- *Problemas con la piel, presentar úlceras e infecciones en los pies. Si esto sigue por mucho tiempo, es posible que sea necesario amputarle el pie, los dedos del pie o la pierna. La infección también puede causar dolor y comezón en los pies, piernas y en otras zonas.*
- *La diabetes puede dificultar el control de su presión arterial y colesterol. Esto puede llevar a un ataque cardíaco, accidente cerebrovascular (ataque cerebral) y otros problemas. Puede hacerse más difícil que la sangre circule hacia las piernas y los pies.*

[9] http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/5to%20Informe%20ONS%20v-f1.pdf

- *Problemas en el aparato digestivo, podría tener problemas para digerir el alimento que consume. Podría sentir debilidad o tener problemas para tener una deposición.*
- *Disfunción sexual*
- *Problemas en los dientes y las encías.*
- *Las personas diabéticas también pueden tener urgencias médicas debido a los niveles muy altos o muy bajos de azúcar en la sangre.*
- *Cansancio*
- *Se sienten Tembloroso*

"Frente a la tasa de mortalidad, para 2014 los cinco departamentos que registraron una mayor tasa en ambos sexos fueron Valle del Cauca, Norte de Santander, Risaralda, San Andrés y Meta, siendo estos dos últimos los departamentos con la mayor tasa de mortalidad en el grupo de los hombres. Asimismo, los cinco departamentos que presentaron una menor tasa en ambos sexos fueron Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada. Todos los departamentos presentaron disminución de la tasa de mortalidad entre 2010 y 2014. En el caso de las mujeres, fueron los departamentos de San Andrés, Meta, Risaralda, Norte de Santander y Valle del Cauca, fueron los que registraron mayor reducción absoluta del riesgo entre 2010 y 2014. Para los hombres los departamentos de Arauca, Norte de Santander, Sucre, Quindío y Caquetá, fueron los que registraron mayor reducción"[10].

[10] http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/5to%20Informe%20ONS%20v-f1.pdf

- ✓ *Determinar el impacto de salud que implica la rehabilitación, posterior a la complicación de los pacientes diabéticos* con falta de adherencia al programa de diabetes. Después de complicaciones con personas con diabetes se deben tener unos cuidados especiales según su complicación, a continuación se explicaran para tener una mejor vida para estas personas:

Los pacientes con diabetes después de pasar complicaciones que pueden causar la muerte deben de estar preparadas para afrontar la enfermedad de tres maneras:

- *Plan apropiado de control de dieta y peso.*
- *Actividad física.*
- *Medicación (si es necesaria).*

Varios especialistas estarán involucrados en el cuidado del diabético. La familia, pediatras médicos generales, internistas, endocrinólogos y diabetólogos, también supervisarán el cuidado médico. Las consultas con especialistas como el oftalmólogo también serán necesarias si aparecen complicaciones.

Si usted tiene diabetes, debe asumir la responsabilidad del manejo de la enfermedad día a día. Esto incluye no sólo la administración de insulina o la ingesta de Hipoglucemiantes orales, sino también la colaboración en el control y análisis de la concentración de glucosa en sangre, en la dieta y el régimen de ejercicios recomendado por su médico.

- ***Nutrición***

Una dieta apropiada es esencial. De hecho para muchos pacientes con diabetes mellitus no Insulino dependiente DMNID un buen programa de control de peso es suficiente por si solo para tratar la enfermedad. Es necesario elaborar una dieta específica para cada individuo orientada, básicamente, hacia la reducción de peso mediante un control individual y el establecimiento de unos patrones de comida. Para conocer cuál es su peso y talla ideales se puede recurrir a tablas ya establecidas. Si su peso excede en un 20% o más el valor que indica la tabla y usted no es exageradamente musculoso, entonces padece un sobrepeso.

Las bebidas alcohólicos tienden a agravar la diabetes. Así que debe de limitar el consumo de alcohol. Además el alcohol es una fuente de calorías concentrada, y su consumo puede complicar el control del peso.

La meta de todas las dietas es doble. Por una parte le ayudará a controlar la concentración de glucosa. Por otra, y muy importante, le ayudará a controlar y reducir su peso. La obesidad aumenta la necesidad que el cuerpo tiene de insulina porque la comida extra contribuye a aumentar la cantidad de glucosa en el sistema. El resultado es que el control de la concentración de glucosa en sangre se vuelve más difícil y el riesgo de complicaciones más serias también incrementa.

Los diabéticos deben regular cuidadosamente el consumo de hidratos de carbono (azúcar y almidones), grasas y proteínas. Su dietista le organizará un programa adecuado.

- Debe evitar el consumo de azúcares, tales como pasteles, tartas, bombones o bebidas dulces.
- Es conveniente incluir en la dieta alimentos ricos en fibra tales como el pan de trigo y centeno, frutas y vegetales (ver la **Dieta en el Diabético**).

Ejercicio y deporte

- El ejercicio es otra parte importante en el tratamiento de los diabéticos. El ejercicio regular ayuda a mantener el peso adecuado, pero más importante todavía es el beneficio sobre el aparato circulatorio.
- Los músculos utilizan más glucosa durante el ejercicio vigoroso, lo cual ayuda a que el nivel de glucosa disminuya.
- Su médico le ayudará a establecer un programa de ejercicios. Existe un debate en cuanto al régimen de ejercicio más adecuado para diabéticos. Si éste es muy intenso disminuirá el nivel de glucosa en sangre, y debe estar alerta ante la posibilidad de un nivel excesivamente bajo.
- Una buena práctica es beber leche y carbohidratos 30 minutos antes del entrenamiento. Es conveniente tener siempre a mano un carbohidrato de acción rápida (por ejemplo, una

tableta de glucosa) ante la posibilidad de que aparezcan síntomas de hipoglucemia (nerviosismo, debilidad, hambre etc.).

- Si usted tiene DMID, procure no realizar el ejercicio en los momentos de máximo efecto de su inyección.

Medicación en la diabetes

En principio, la insulina es una droga utilizada por diabéticos menores de 40 años, mientras que los hipoglucémicos orales los utilizan personas que han desarrollado la diabetes después de esta edad, aunque hay excepciones a esta regla.

Como su nombre indica, los pacientes con DMID requieren insulina, y aquellos con DMNID pueden o no requerir medicación. De todas formas, en todos los diabéticos, el factor más importante en el uso y dosis de los medicamentos es la voluntad individual de seguir la dieta y los ejercicios.

La decisión de usar insulina o hipoglucemiantes está basada en el grado de severidad de la diabetes. Para una persona obesa con DMNID, la dieta, acompañada por un régimen de ejercicios, será la solución. Si con estas medidas no se controla la enfermedad, su médico puede prescribir inyecciones de insulina o medicación oral. Para una persona con DMID, serán necesarias dosis de insulina, pero éstas dependerán, en parte, del cuidado que tenga en su dieta y ejercicio.

- ***Insulinas***

La insulina puede ser de varios tipos y varias características. Algunas se obtienen del páncreas de gatos y perros pero la tecnología en años recientes, ha hecho posible conseguir la producción de insulina sintética.

Algunas variedades de insulina actúan rápidamente y otras actúan en un periodo más largo. El tipo de insulina, cantidad, períodos de tiempo etc. son medidas que se toman según la necesidad del diabético. Una sola inyección de insulina retardada a la mañana suele ser lo más habitual, aunque puede ser necesaria una mezcla de insulina *regular* con la retardada e inyecciones adicionales a lo largo del día. Su médico determinará qué es lo mejor en su caso.

Para aquellos pacientes con una diabetes muy inestable, que estén preparados para llevar a cabo un programa elaborado, la mejor opción será la inyección de insulina de acción rápida antes de cada comida. Las dosis dependen de la medida de la concentración de glucosa en sangre en ese momento. Este régimen es el llamado ***"terapia intensiva de insulina***".

El uso de una bomba de insulina ayudará a las personas con diabetes inestable. La bomba de insulina es un aparato de batería preparado para liberar continua y automáticamente una dosis de insulina a través de la aguja que se pincha en la piel del abdomen o brazo.

- ***Hipoglucemiantes orales***

Los hipoglucemiantes son medicamentos que estimulan el páncreas para incrementar la producción de insulina y se usan en una tercera parte de los pacientes con DMNID. Están indicados para los diabéticos incapaces de controlar la concentración de glucosa solo con dieta.

- ***Prevención de la diabetes***

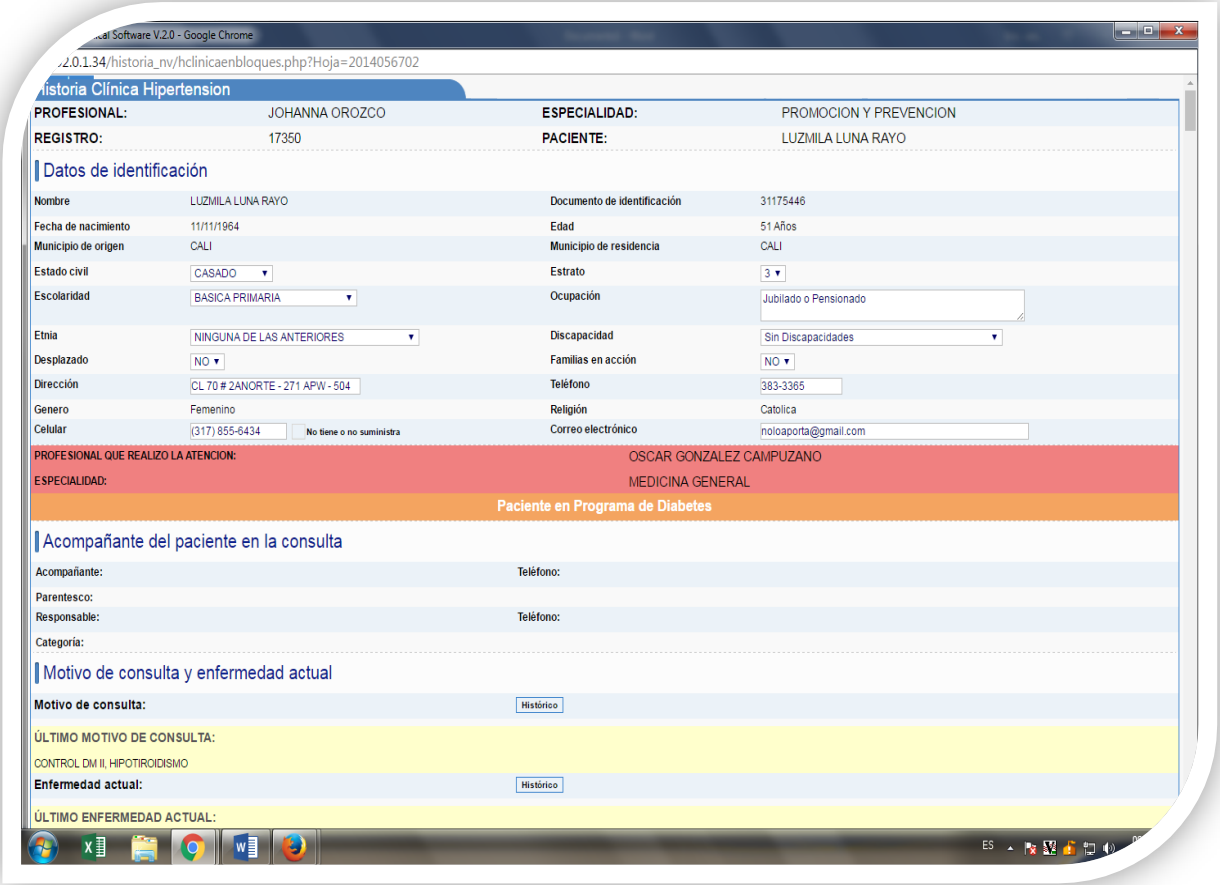
No se conoce prevención alguna para la DMID, pero la obesidad está muy asociada con el desarrollo de la DMNID, en personas mayores de 40 años. La reducción de peso puede ayudar a disminuir su desarrollo en algunos casos. Si su peso está un 10% o más por encima del recomendado para su talla y tamaño, hay algún diabético en su familia y es mayor de 40 años debe de reducir su peso.

Una vez diagnosticado de diabetes, hay una serie de medidas que usted debe de tomar para limitar el desarrollo y la aparición de posibles complicaciones. Un buen programa de ejercicios es crucial.

- Si usted es fumador la diabetes debe proporcionarle la motivación que necesita para **dejar de fumar**. Fumar es un riesgo adicional para los diabéticos. A esto se suma, además, el riesgo de enfermedades de corazón y otros efectos.

- El cuidado de los pies es muy importante para los diabéticos por los frecuentes problemas causados por la alteración de la función nerviosa y estrechamiento de las arterias de la parte baja del cuerpo, que limita el riego sanguíneo de los pies.
- Use zapatos apropiados. Esto minimiza el riesgo de aparición de callos, granos y ampollas. Si la circulación es alterada, cualquier herida pequeña como una ampolla, uña encarnada etc., puede acabar en una infección grave o en gangrena.
- Si los nervios están dañados, los callos pueden acabar en úlceras difíciles de curar. Su médico debe recomendarle la visita a un podólogo para que le de instrucciones y le proporcione un cuidado conveniente de las uñas, callos, etc.

Sistema Break Point para historias clínicas de los Usuarios con padecimientos de Enfermedades Crónicas en la Ips Vásquez Cobo



al Software V.2.0 - Google Chrome

2.0.1.34/historia_nv/hclinicaenbloques.php?Hoja=2014056702

Historia Clínica Hipertension

PROFESIONAL:	JOHANNA OROZCO	ESPECIALIDAD:	PROMOCION Y PREVENCION
REGISTRO:	17350	PACIENTE:	LUZMILA LUNA RAYO

Datos de identificación

Nombre	LUZMILA LUNA RAYO	Documento de identificación	31175446
Fecha de nacimiento	11/11/1964	Edad	51 Años
Municipio de origen	CALI	Municipio de residencia	CALI
Estado civil	CASADO	Estrato	3
Escolaridad	BASICA PRIMARIA	Ocupación	Jubilado o Pensionado
Etnia	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	Discapacidad	Sin Discapacidades
Desplazado	NO	Familias en acción	NO
Dirección	CL 70 # 2ANORTE - 271 APW - 504	Teléfono	383-3365
Genero	Femenino	Religión	Catolica
Celular	(317) 855-6434 No tiene o no suministra	Correo electrónico	noloaporta@gmail.com

PROFESIONAL QUE REALIZO LA ATENCION:	OSCAR GONZALEZ CAMPUZANO
ESPECIALIDAD:	MEDICINA GENERAL

Paciente en Programa de Diabetes

Acompañante del paciente en la consulta

Acompañante:	Teléfono:
Parentesco:	
Responsable:	Teléfono:
Categoría:	

Motivo de consulta y enfermedad actual

Motivo de consulta: Histórico

ÚLTIMO MOTIVO DE CONSULTA:

CONTROL DM II, HIPOTIROIDISMO

Enfermedad actual: Histórico

ÚLTIMO ENFERMEDAD ACTUAL:

Encuesta No. 1

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Tabulación y Análisis Encuesta No. 1

1. ¿Ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades?

PATOLOGIA	SI	NO
Enfermedad Coronaria	2	218
HTA	144	113
Dislipidemia	82	180
Falla Cardiaca	9	210
Enfermedad Renal	11	215
ECV	3	209

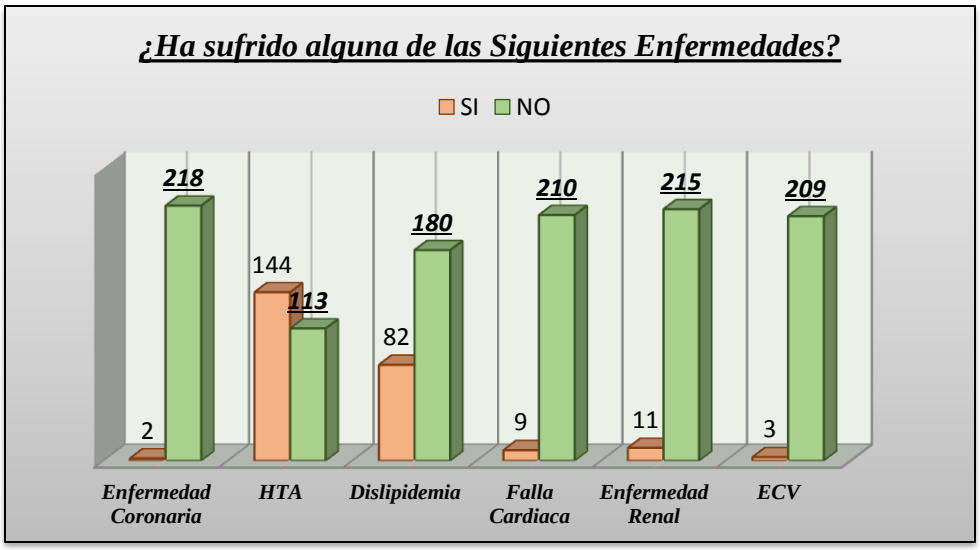


Figura No. 1 Enfermedades Crónicas.

***Interpretación**: En la pregunta número 1 de la primera encuesta se puede evidenciar que la enfermedad crónica con mayor padecimiento en es HTA que de 234 encuestadas 114*

respondieron que si la han padecido o están en tratamiento, y la que menos han sufrido los encuestados es la enfermedad coronaria se encuestaron 234 personas de las cuales 218 pacientes respondieron que es la enfermedad que menos han padecido.

2. *¿Tipo de tratamiento actual de la diabetes?*

TRATAMIENTO	***SI***	***NO***
Hipoglucemiantes	*162*	*77*
Insulina	*87*	*132*
Dieta	*175*	*72*
Ninguna	*5*	*16*

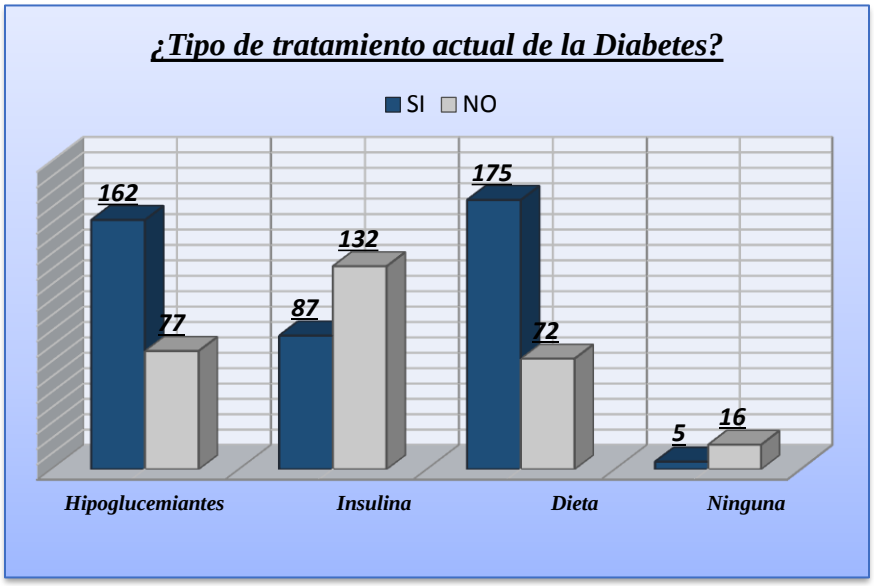


Figura No. 2. Tratamientos de diabetes.

Interpretación*: En la pregunta número 2 de la primera encuesta se puede evidenciar que el tratamiento para enfermedades de diabetes con mayor tratamiento es la dieta diaria que de 234 encuestadas 175 respondieron que si tienen tratamiento por dieta, y que el tratamiento según los encuestados no le suministran es la aplicación de insulina se encuestaron 234 personas de las cuales 132 pacientes respondieron que no.*

3. *¿Ha sido hospitalizado por qué tipo de las siguientes patologías?*

PATOLOGIAS	SI	NO
Infecciones	12	216
Descompensación Diabética	37	206
Pie Diabético	3	224
Eventos Cardiovasculares	3	226

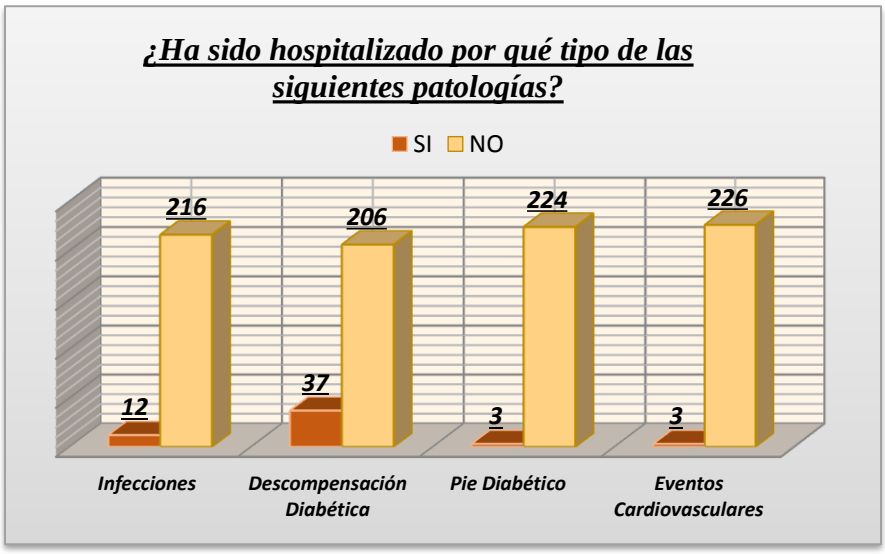


Figura No. 3. Hospitalización por patología.

***Interpretación**: En la pregunta número 3 de la primera encuesta se puede evidenciar que el motivo por hospitalización según los encuestados ha sido por descompensación diabética que de 234 encuestadas 37 respondieron que si han sido hospitalizados por este motivo, y que 224 encuestados no han sido hospitalizados por pie diabético de 234 que se encuestaron, la mayoría de los encuestados respondieron que no han tenido hospitalizaciones por ninguna de esta patologías.*

4. *¿Ha tenido alguna vez amputación?*

PATOLOGIA	SI	NO
Pie Diabético	6	189

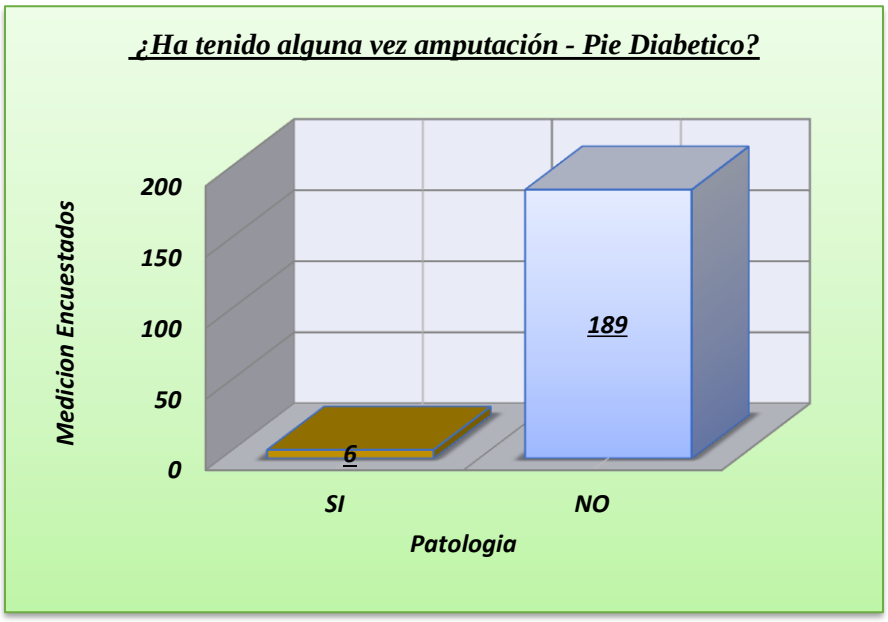


Figura No. 4. Amputación de Pie Diabético

***Interpretación**: Se puede evidenciar que de 234 personas encuestas 6 dijeron que si tenían amputación por Pie diabético y que 189 no habían tenido amputación por este motivo las 39 restantes no respondieron.*

5. *¿Utiliza otros fármacos para controlar esta patología?*

PATOLOGIA	***SI***	***NO***
HTA	*123*	*85*
Gastritis	*79*	*126*
Colesterol o triglicéridos	*86*	*118*
Circulación (ASA)	*103*	*102*
Dolor Crónico (analgésicos)	*160*	*59*
Otros	*9*	*34*

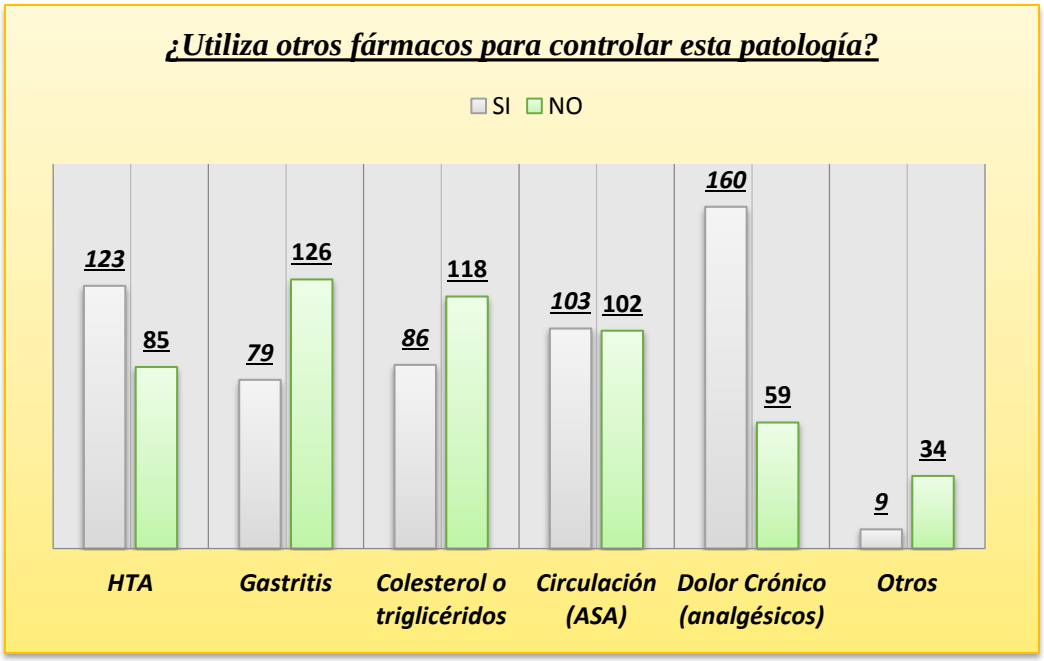


Figura No. 5. Fármacos para controlar las enfermedades

Interpretación*: 160 pacientes manifiestan que si utilizan fármacos para controlar la patología de dolor crónico, y 126 manifiestan que no utilizan fármacos para la gastritis, estos son los rangos más altos en la escala de medición.*

Análisis:

Situación Familiar

6. *¿Asiste acompañado a las consultas por algún familiar?*

ASISTE:	***MARQUE CON X***
Nunca	*137*
A veces	*30*
Siempre	*67*

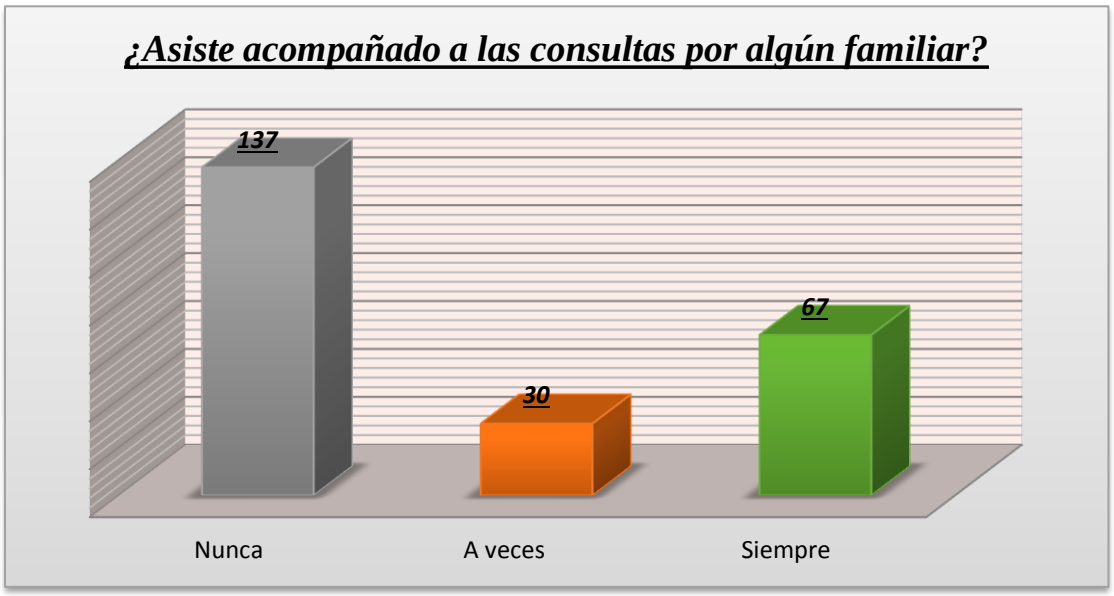


Figura No. 6. Acompañamiento a las Citas Médicas

Interpretación*: Se puede evidenciar que de 234 personas encuestadas 137 persona nunca van acompañados a citas médicas por algún familiar, 30 personas a veces van acompañadas y 67 siempre van acompañadas a las citas médicas.*

ASPECTOS INTITUCIONALES

7. *¿Oportunidad y acceso a las consultas del programa de promoción y prevención?*

SI	***221***
NO	***15***

Figura No. 7. Oportunidad en citas PYP

Interpretación*: Se puede evidenciar que de 234 personas encuestadas el 94% de las personas encuestadas dicen si hay oportunidad y acceso en las consultas de P y P y el 6% manifiestan que no hay oportunidad en la citas oportunidad y acceso en las consultas de P y P.*

8. *¿Considera que el programa tiene demora (más 8 días) en la programación de las consultas?*

SI	***29***
NO	***211***

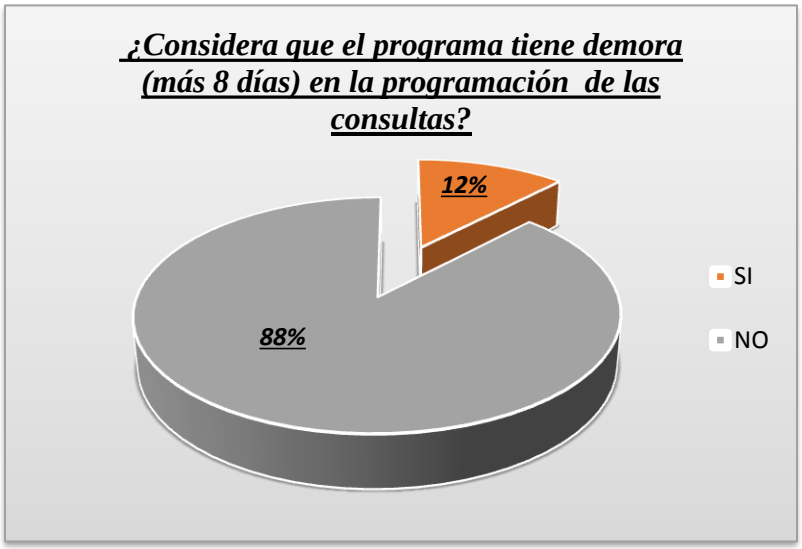


Figura No. 8. Demora en programación de Citas

Interpretación*: Se puede evidenciar que de 234 personas encuestadas el 12% de las personas encuestadas dicen si hay demora en la programación de más de 8 días en las consultas y el 88% manifiestan que no hay demora en la programación de más de 8 días en las consultas.*

9. *¿Considera usted que existen limitaciones para acceder al sitio asignado a la consulta?*

a. Distancia	***14***
b. Horarios	***9***
c. Limitaciones locativas (escaleras, comodidad, ambiente)	***1***
d. Ninguna	***217***

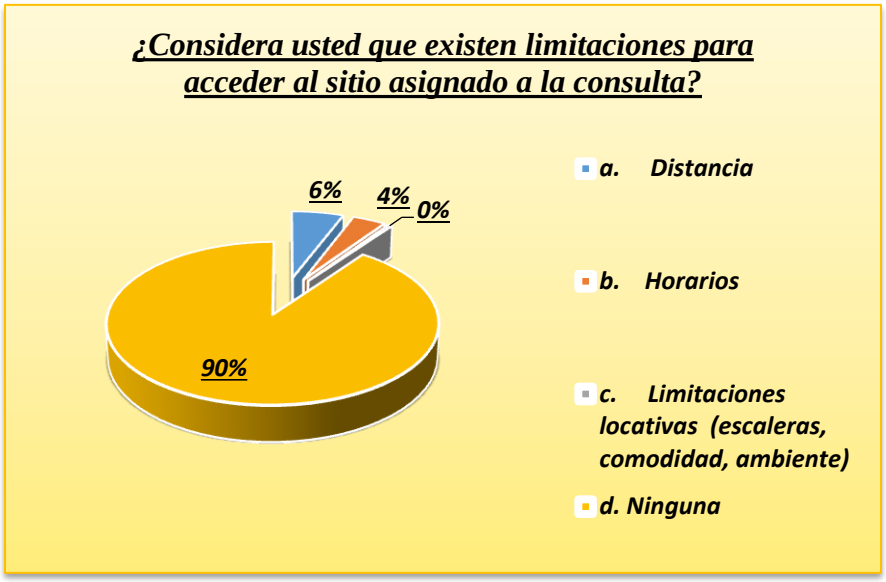


Figura No. 9. Limitaciones para acceder a la consulta

Interpretación*: Se puede evidenciar que de 234 personas encuestadas el 90% de las personas encuestadas manifiestan que no existe ninguna limitación para acceder al sitio asignado a la consulta, que el 0% manifiesta que existen limitación locativas (escaleras, comodidad, ambiente), que el 4% existe limitaciones de horarios, y el 6% existen limitación en la distancia para llegar a la cita médica.*

10. ¿Que opinión merece los medicamentos que le indican para la diabetes?

1. Me cae bien y me ayuda a controlar la diabetes	***216***
2. Me ayuda pero siempre me caen bien	***9***
3. Me ayudan a controlar la diabetes pero a veces me caen mal	***0***
4. No me ha ayudado y siempre me cae mal	***2***

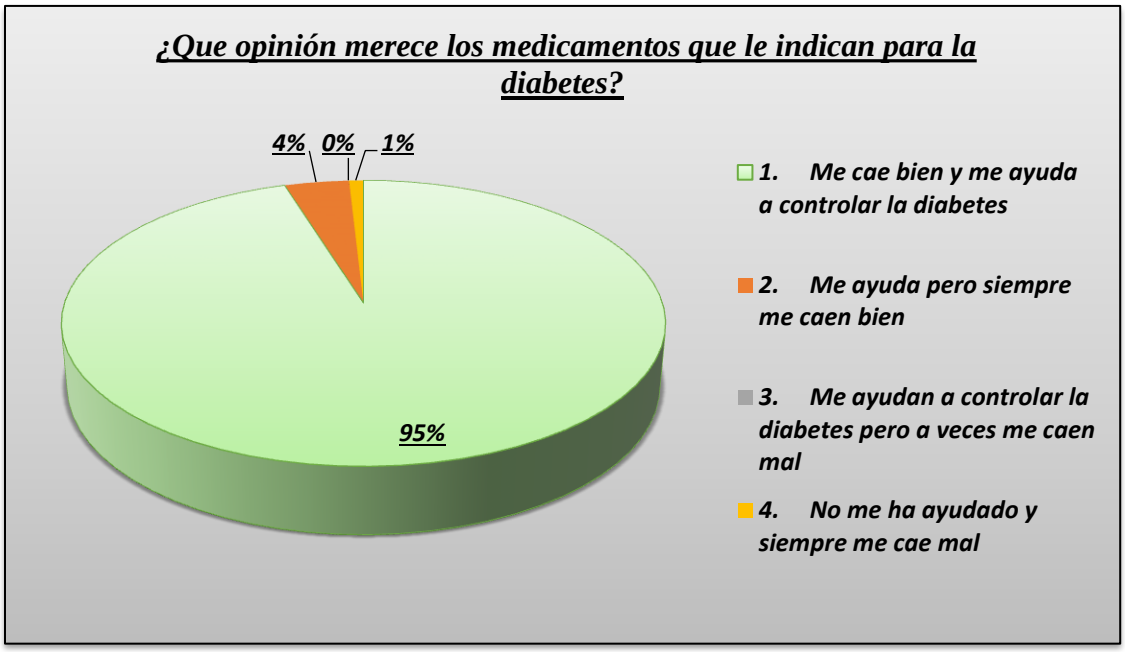


Figura No. 10. Medicamentos para la diabetes

Interpretación*: Se puede evidenciar que de 234 personas encuestadas el 95% de las personas encuestadas manifiestan opinan positivamente de los medicamentos que recetan para la diabetes y sus especialistas, que el 4% manifiesta que les ayudan a controlar la diabetes pero el especialista le cae bien, que el 0% no opino y el 1% opina que no le han ayudado en nada.*

Relación Médico-Enfermería – paciente

11. ¿Considera que el personal asistencial (médico y enfermera) le da las recomendaciones sobre el tratamiento que debe seguir?

Opción de respuesta	***SI***	***NO***
Nunca	*6*	*0*
A veces	*17*	*0*
Siempre	*215*	*0*

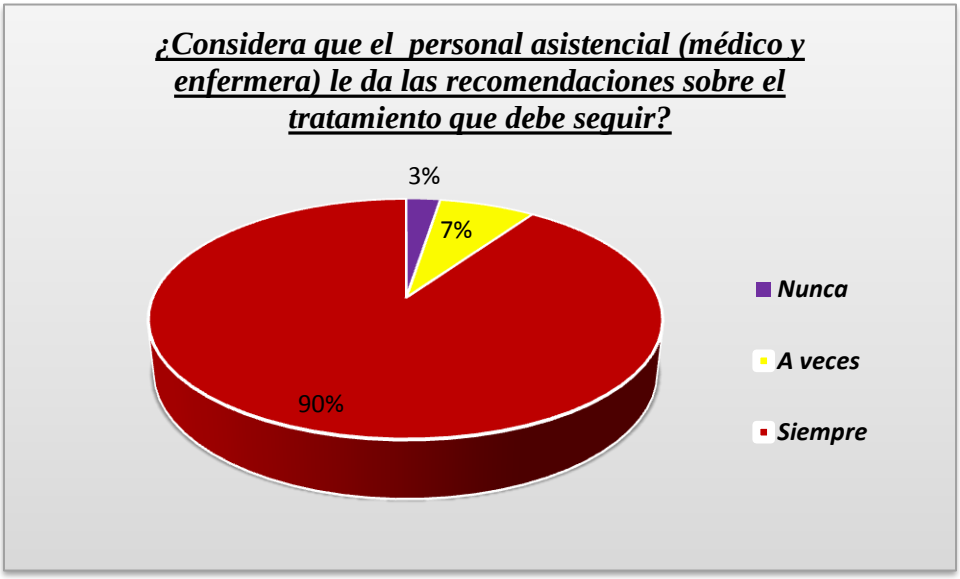


Figura No. 11. Recomendaciones en Tratamientos

Análisis*: Se puede evidenciar que de 234 personas encuestadas el 90% de las personas encuestadas manifiestan que siempre les brindan unas buenas recomendaciones en los tratamientos a seguir, que el 7% manifiesta que a veces les brindan una buena recomendación en los tratamientos a seguir 3% opina que nunca les ayudan.*

12. ¿Considera que no son claras las recomendaciones dadas por el personal asistencial (médico y enfermera) en cuanto a su tratamiento?

Opción de respuesta	***SI***	***NO***
Nunca	***184***	***0***
A veces	***6***	***0***
Siempre	***45***	***0***

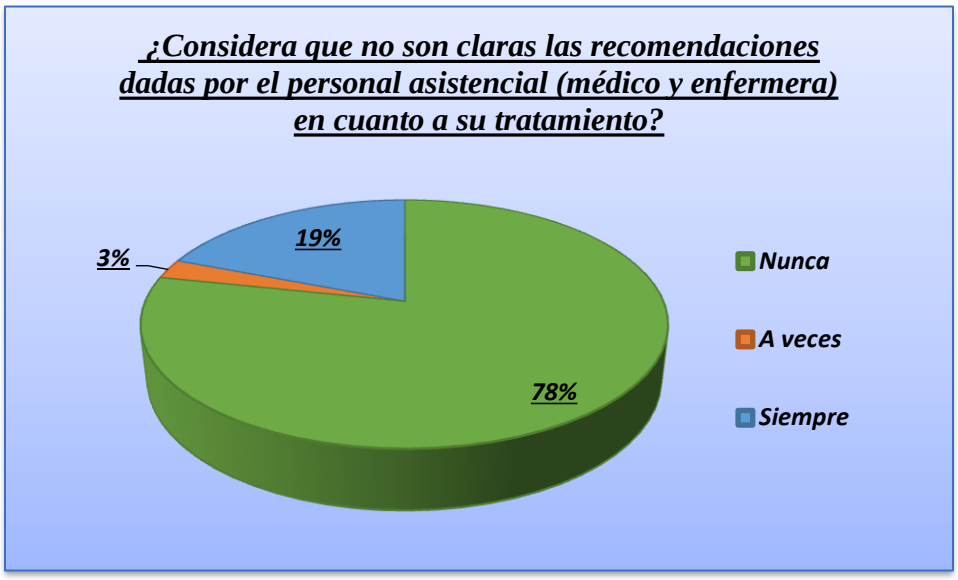


Figura No. 12. Recomendaciones dadas por el personal asistencial

Interpretación*: Se puede evidenciar que de 234 personas encuestadas el 78% de las personas encuestadas manifiestan que nunca le dan recomendaciones claras en cuanto a sus tratamientos, que el 3% manifiesta que a veces les brindan claras recomendaciones en los tratamientos a seguir 19% opina que siempre les dan recomendaciones claras sobre el tratamiento a seguir.*

13.. ¿Considera que el personal asistencial (médico y enfermera) escucha sus inquietudes sobre la medicación y el tratamiento?

Opción de respuesta	***SI***	***NO***
Nunca	***7***	***0***
A veces	***15***	***0***
Siempre	***209***	***0***

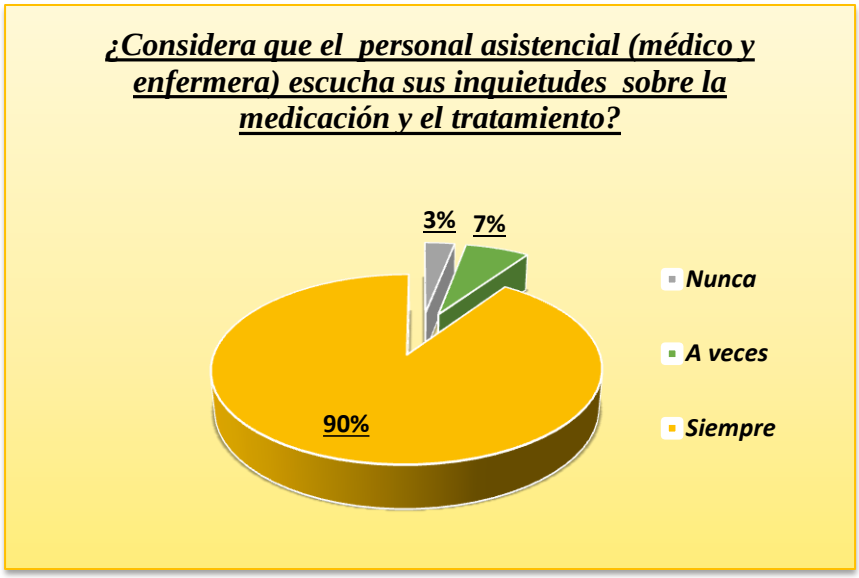


Figura No. 13. Inquietudes sobre la Medicación

Interpretación*: Se puede evidenciar que de 234 personas encuestadas el 90% de las personas encuestadas manifiestan que siempre los médicos escuchan las inquietudes sobre la medicación de los usuarios, que el 7% manifiesta que a veces los médicos escuchan las inquietudes sobre la medicación de los usuarios 3% opina que nunca los médicos escuchan las inquietudes sobre la medicación de los usuarios.*

Encuesta No. 2

Tabulación y Análisis Encuesta No. 2

ESTILOS DE VIDA

1. ¿Come constantemente verduras?

a) Todos los Días	***117***
b) Algunos Días	***114***
c) Casi nunca	***3***

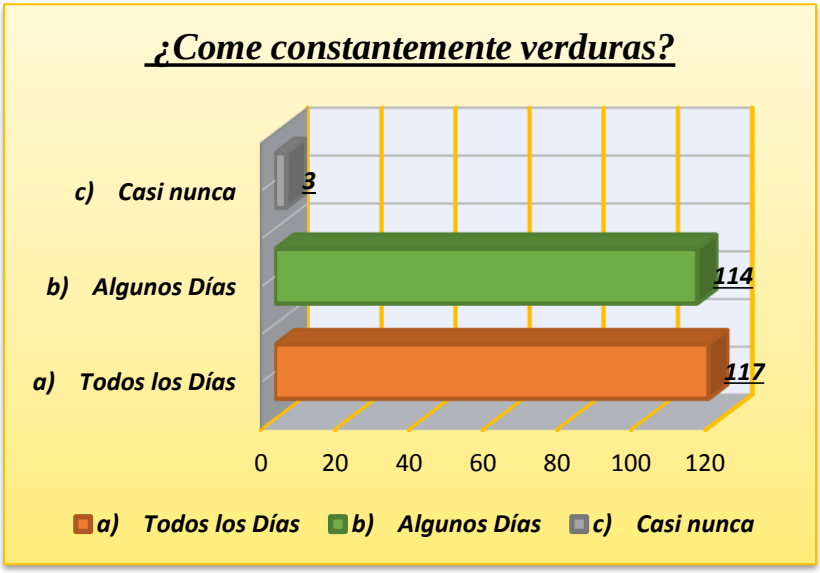


Figura No. 14. Consumo de Verduras

Interpretación*: Se puede evidenciar que de 234 personas encuestadas 117 personas comen verduras todos los días, que las 114 personas comen algunos días y 3 personas comen verduras casi nunca.*

2. *¿Cuantos Días a la semana come frutas?*

a) Todos los Días	***131***
b) Algunos Días	***101***
c) Casi nunca	***2***

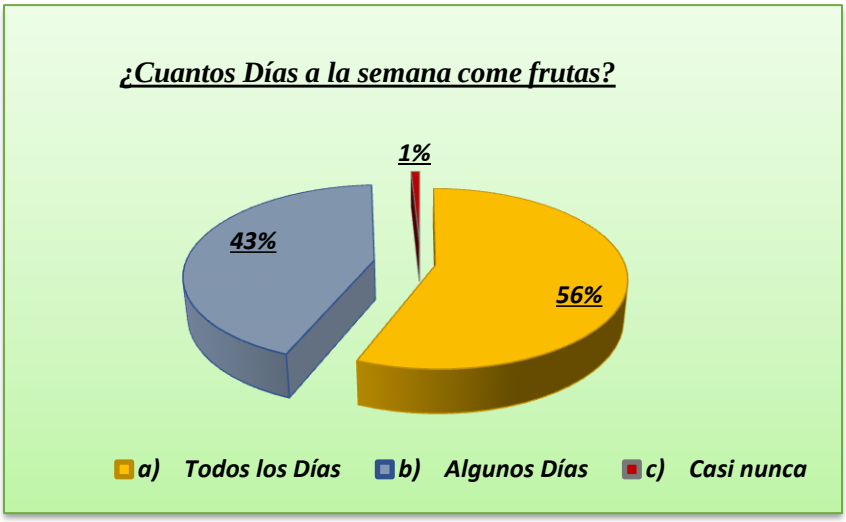


Figura No. 15. Consumo de Frutas

Interpretación*: Se puede evidenciar que de 234 personas encuestadas, el 56% comen frutas todos los días, que el 43% come algunos días y que el 1% casi nunca come.*

3. *¿Cuántas porciones de pan come al día?*

a) De 0 a1 día	***143***
b) De 2 o 3 día	***68***
c) Mas de 3 al día	***23***

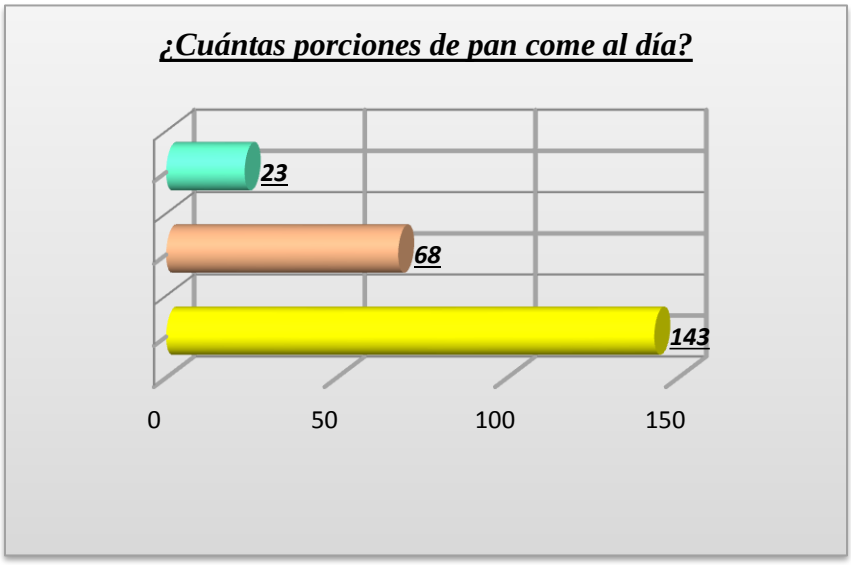


Figura No. 16. Cantidad de Pan

Interpretación*: Se puede evidenciar que de 234 personas encuestadas 143 personas comen pan de 0 a1 día a la semana, que 23 personas comen pan todos los días, que 68 personas 2 a 3 días a la semana.*

4. *¿Consume azúcar en sus bebidas?*

a) Siempre	***28***
b) Algunas Veces	***26***
c) Nunca	***180***

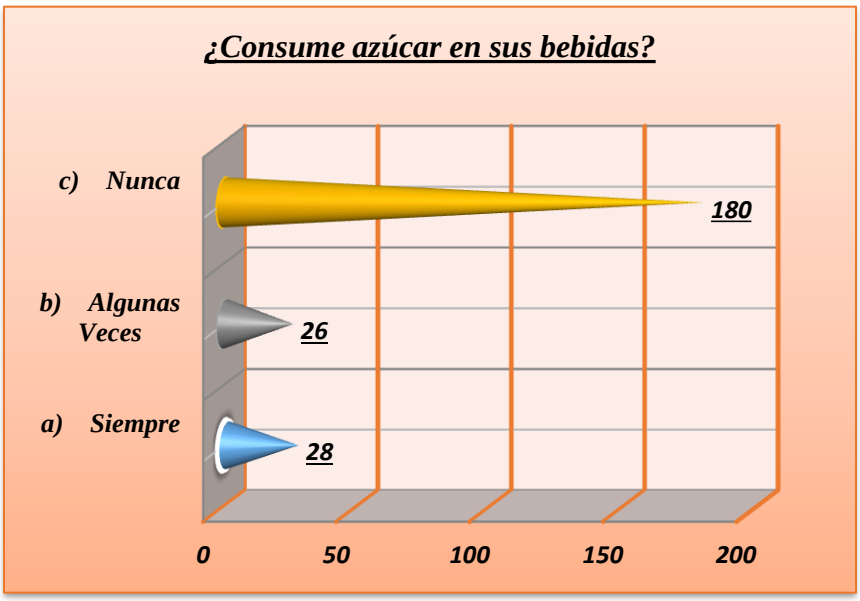


Figura No. 17. Azúcar en Bebidas.

Interpretación*: Se puede evidenciar que de 234 personas encuestadas 28 personas siempre consumen azúcar en sus bebidas, que 180 personas nunca consumen azúcar en sus bebidas, y 26 personas consumen algunas veces azúcar en sus bebidas.*

5. *¿Consume sal en sus alimentos?*

a) Siempre	***165***
b) Algunas Veces	***56***
c) Nunca	***13***

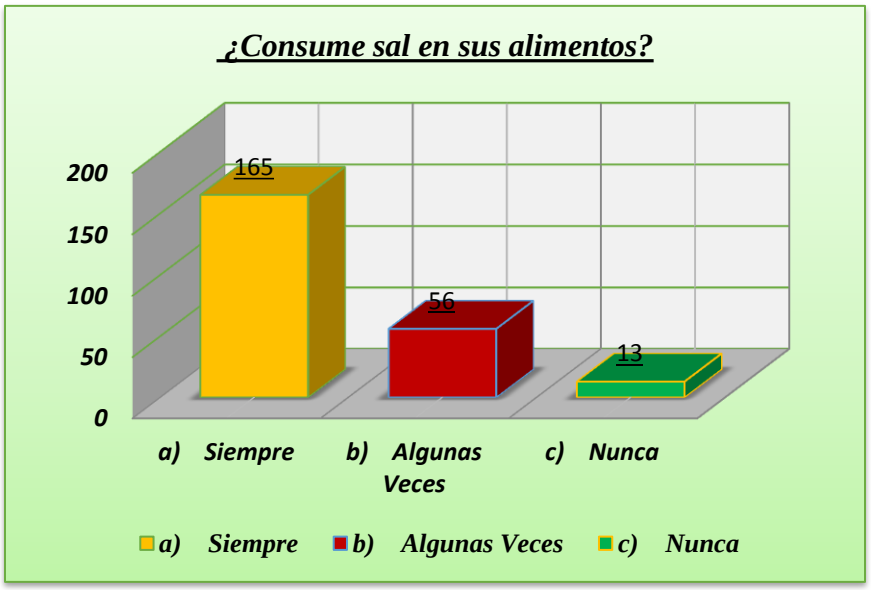


Figura No. 18. Sal en Alimentos.

Interpretación*: Se puede evidenciar que de 234 personas encuestadas 165 personas siempre consumen sal en sus alimentos, que 13 personas nunca consumen sal en sus bebidas, y 56 personas consumen algunas veces sal en sus bebidas.*

6. *¿Desea repetir alimentos después de cada comida?*

a) Todos los Días	***20***
b) Algunos Días	***91***
c) Casi nunca	***123***

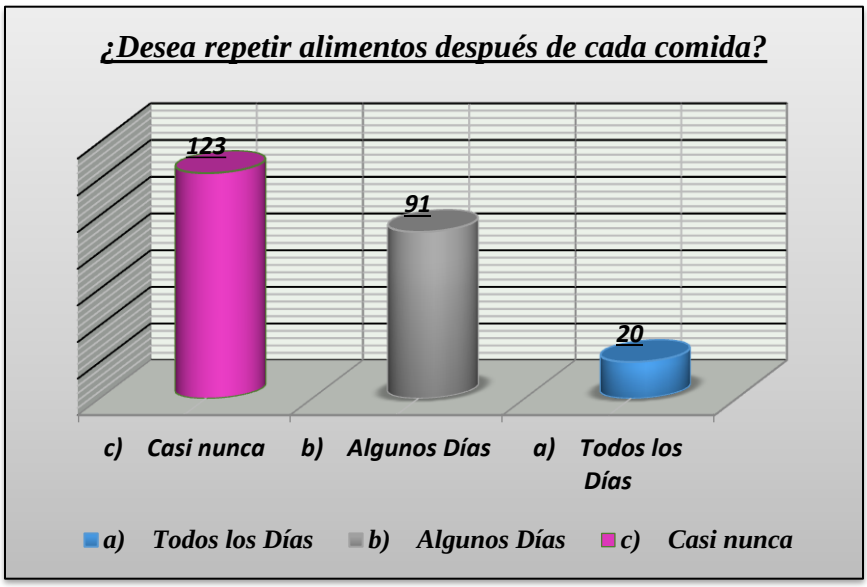


Figura No. 19. Alimentos después de Cada Comida.

Interpretación*: Se puede evidenciar que de 234 personas encuestadas 20 personas siempre repiten alimentos después de cada comida, que 123 personas casi nunca repiten alimentos después de cada comida, y 91 personas casi nunca consumen alimentos después de cada comida.*

7. *¿Realiza alguna actividad física por semana?*

a) 1 o 2 veces por semana	***68***
b) 3 o más veces por semana	***99***
c) Nunca	***67***

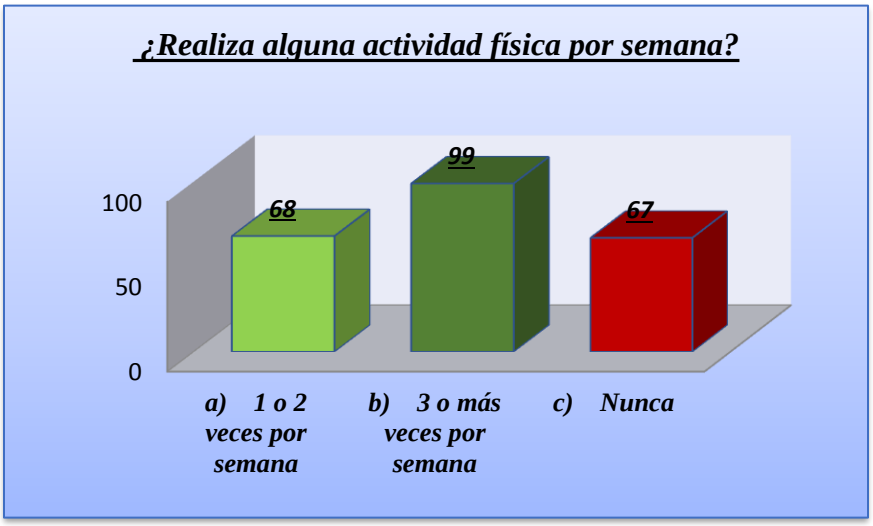


Figura No. 20 Actividad Física

Interpretación*: Se puede evidenciar que de 234 personas encuestadas 68 personas realizan actividad física de 1 o 2 veces por semana, que 99 personas realizan actividad física de 3 o más veces por semana, y 67 personas nunca realizan actividad física.*

8. *¿Si usted fuma cuantos cigarrillos fuma al día?*

a) Entre 1 y 5 cigarrillos	***0***
b) Entre 6 o más cigarrillos	***15***
c) No fumo	***219***

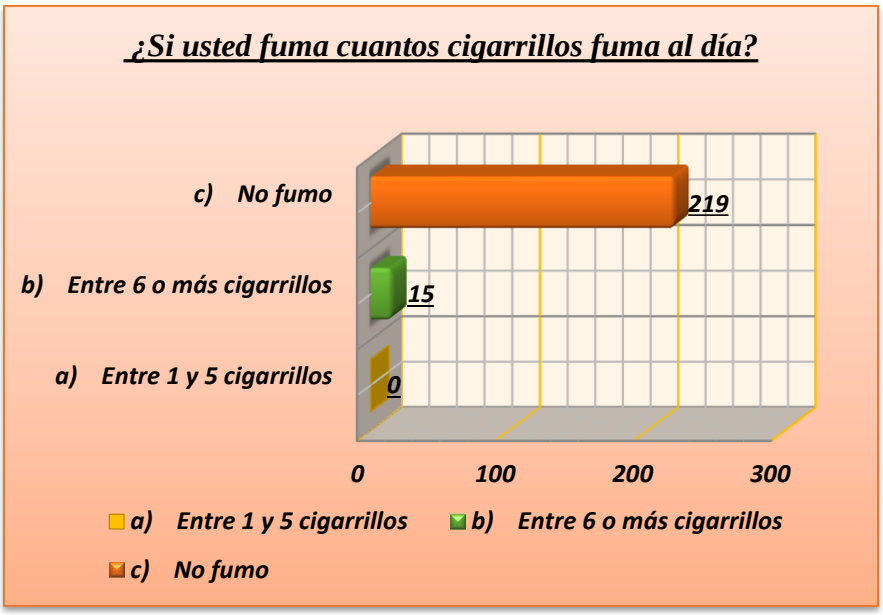


Figura No. 21 Cigarrillos que se consumen en el día.

Interpretación*: Se puede evidenciar que de 234 personas encuestadas 219 personas no fuman, que 15 fuman entre 6 o más cigarrillos, y el 0 personas fuman entre 1 y 5 cigarrillos.*

9. *¿Cada cuánto consume bebidas alcohólicas?*

a) 1 vez o más por semana	***12***
b) Rara vez consume alcohol	***28***
c) Nunca consume	***194***

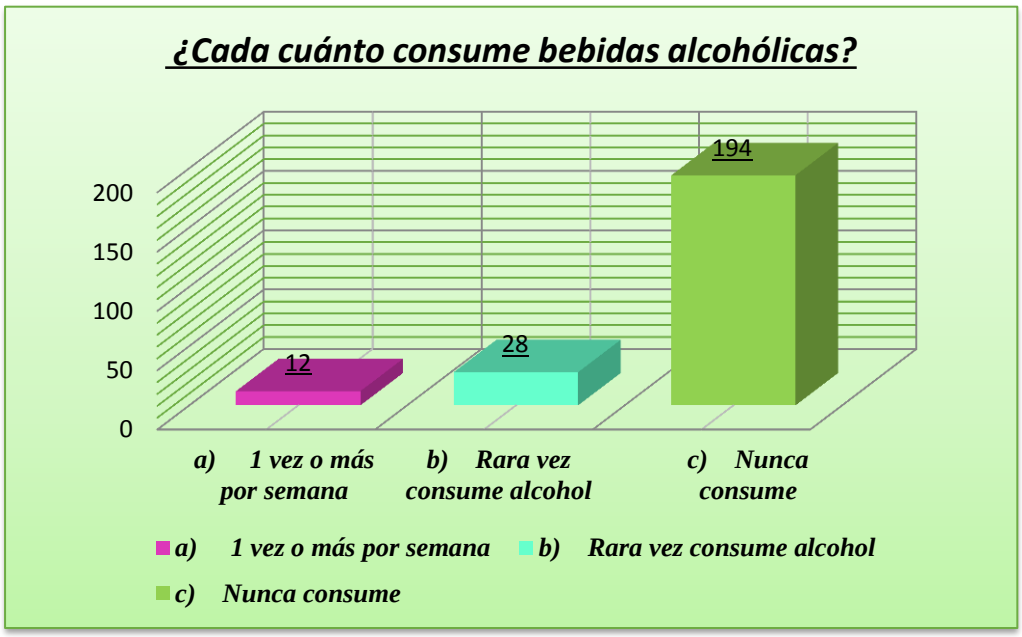


Figura No. 22 Bebidas Alcohólicas que se consumen en el día.

Interpretación*: Se puede evidenciar que de 234 personas encuestadas 194 personas no consume alcohol, que 28 rara vez consumen alcohol, y 12 personas consumen alcohol 1 vez o más por semana.*

10. ¿Asiste a conferencias de enfermedades de pyp (diabetes) a su ips primaria?

a) Casi siempre	***2***
b) Algunas veces	***14***
c) No Asiste	***218***

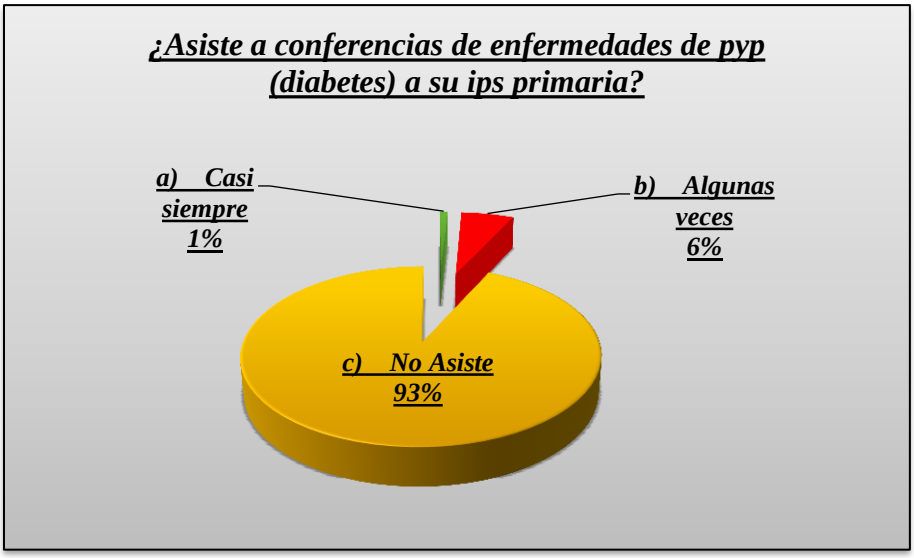


Figura No. 23 Conferencias de enfermedades de P y P

Interpretación*: Se puede evidenciar que de 234 personas encuestadas El 93% No asiste a conferencias de enfermedades de pyp, el 6% personas algunas veces asiste a conferencias de enfermedades de pyp y el 1% casi siempre asisten a conferencias de enfermedades de pyp.*

11. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para el cuidado de la diabetes y su dieta correspondiente?

a) Casi siempre	***216***
b) Algunas veces	***15***
c) Casi nunca	***3***

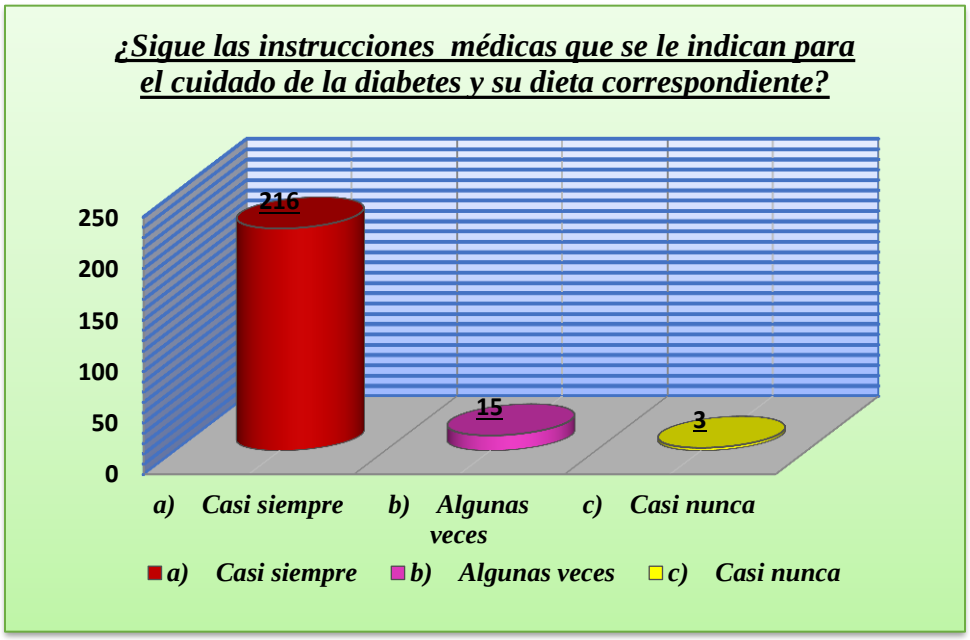


Figura No. 24 Instrucciones Medicas de enfermedad de Diabetes

***Interpretación**: Se puede evidenciar que de 234 personas encuestadas que 216 personas casi siempre sigue las instrucciones del médico para el cuidado de la diabetes y la dieta correspondiente, que 15 personas algunas veces sigue las instrucciones del médico para el cuidado de la diabetes y la dieta correspondiente y que 3 personas casi nunca sigue las instrucciones del médico para el cuidado de la diabetes y la dieta correspondiente.*

Encuesta No. 3

Tabulación y Análisis Encuesta No. 3

ESCALA DE ADHERENCIA FARMACOLOGICA

PREGUNTA	***SI***	***NO***
¿Ha olvidado alguna vez tomar los medicamentos?	*108*	*125*
¿Toma los medicamentos a la hora indicada?	*190*	*44*
¿Cuánto se encuentra bien? ¿Deja de tomar la medicación?	*38*	*196*
¿Si alguna vez le sienta mal? ¿Deja usted de tomarla?	*34*	*199*

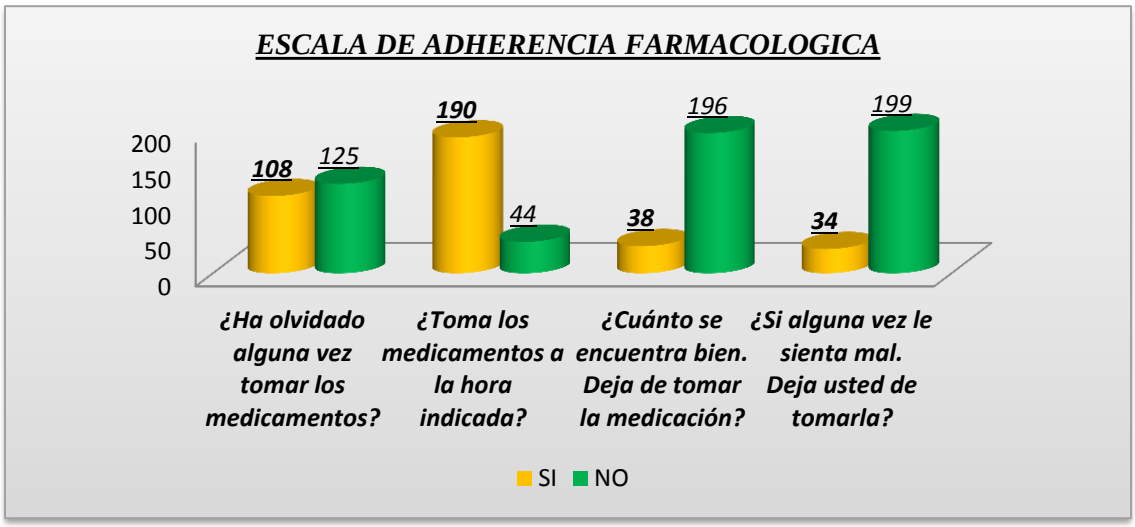


Figura No.25 Escala de Adherencias Farmacológicos

Interpretación*: Se puede evidenciar 108 personas olvida tomar sus medicamentos y 125 no olvida tomar sus medicamentos. Que 190 personas toma los medicamentos a la hora indicada y 44 personas no toma los medicamentos a la hora indicada, que 196 personas cuando se*

encuentran bien no dejan de tomar medicamentos y 38 personas cuando se encuentran bien dejan de tomar los medicamentos suministrados para controlar la enfermedad, que 199 personas responden que cuando se sienten mal no dejan de tomar los medicamentos y que 34 personas si lo hacen.

Encuesta No. 4

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION

Tabulación y Análisis Encuesta No. 4

1. ¿Se ha sentido tenso o nervioso?

a) Nunca.	*78*
b) De vez en cuando.	*134*
c) Gran parte del día.	*22*

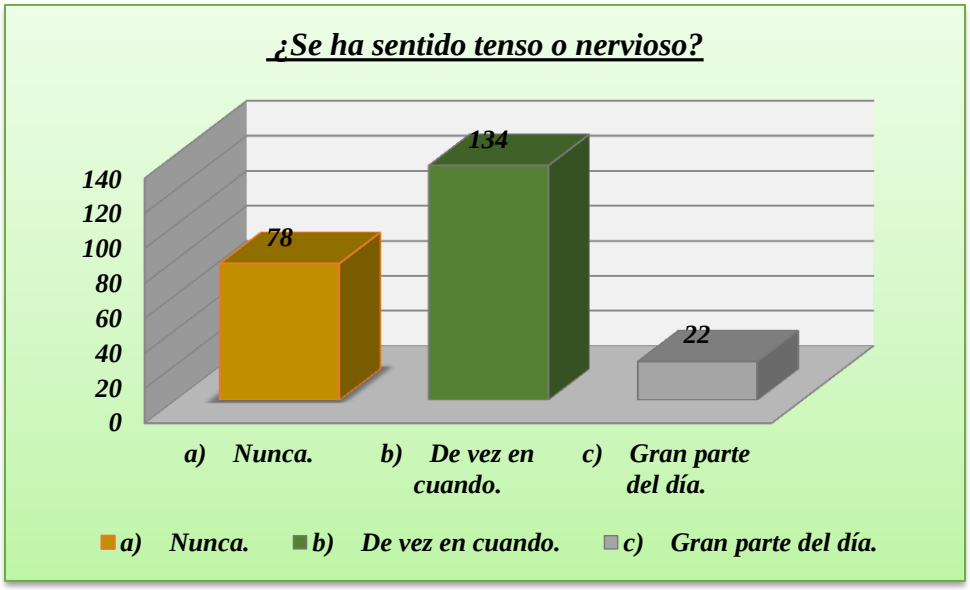


Figura No.26 Estado de ánimo Tenso o Nervioso

Interpretación: *Se puede interpretar que de 234 usuarios 134 personas se sienten tensos o nerviosos de vez en cuando, que 78 personas dicen que nunca se han sentido tensos o nerviosos y que 22 personas respondieron que gran parte del día si se siente tensos o nervioso*

2. ¿disfruta de las cosas como siempre?

a) Siempre.	*192*
b) No Siempre	*28*
c) Un poco	*11*
d) Nunca	*3*

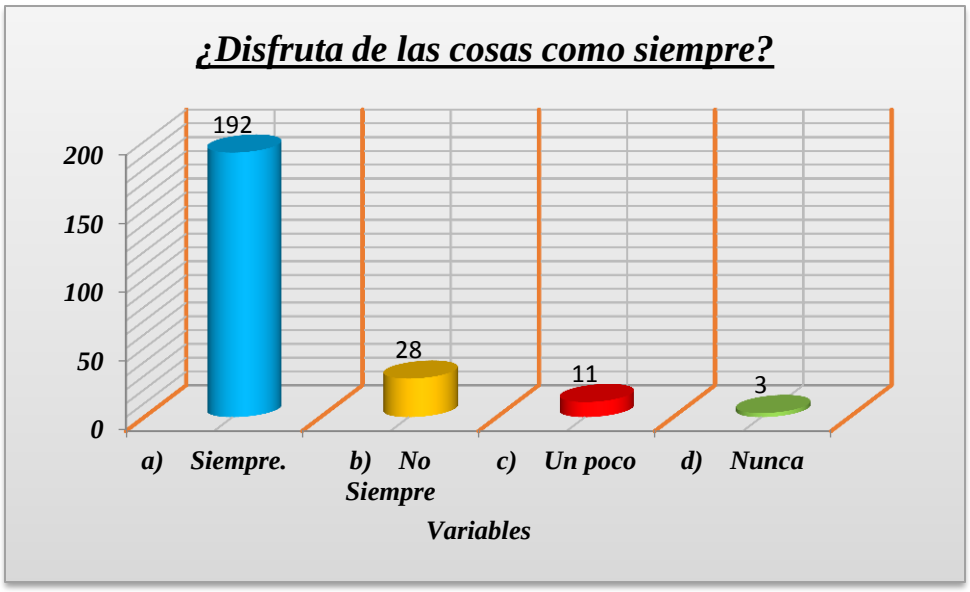


Figura No.27 ¿Disfruta de las cosas?

Interpretación: *Se puede interpretar que de 234 usuarios 192 personas siempre disfruta de las cosas, que 28 personas dicen que no siempre disfruta de las cosas que 11 personas respondieron que disfruta poco de las cosas y 3 personas disfrutan nunca de las cosas.*

3. ¿Siente temor como si algo fuera a suceder?

a) Siempre.	*33*
b) Casi nunca.	*65*
c) Nunca	*74*
d) a veces	*62*

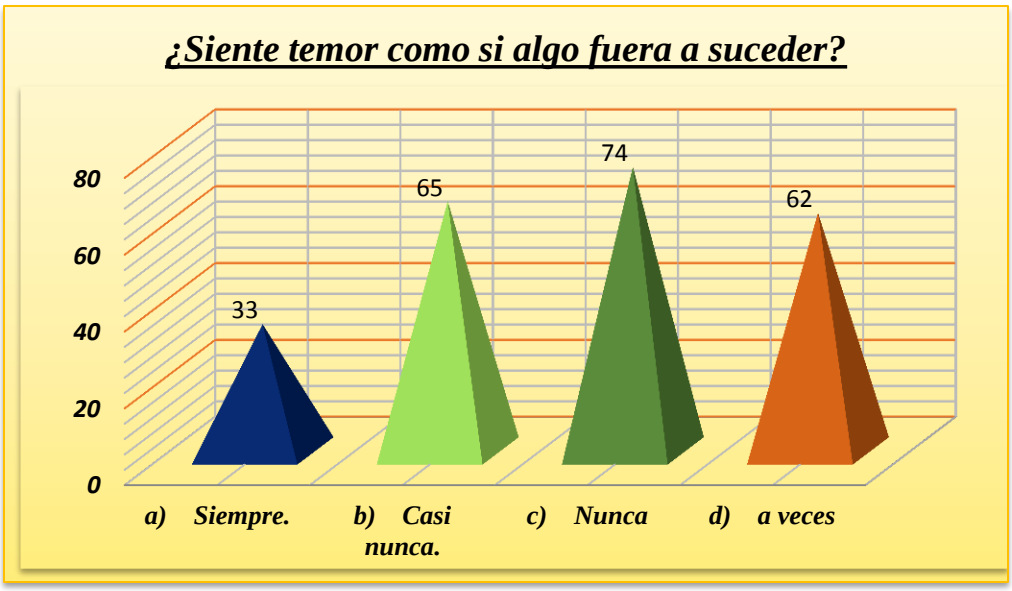


Figura No.28 ¿Siente temor?

Interpretación: *En esta grafica se identifica que el mayor puntaje de respuesta fue 74 personas que respondieron que nunca sentían temor de que algo fuera a suceder, 65 personas respondieron que casi nunca sentían temor si algo fuera a suceder, que 62 personas a veces sentían temor de que algo fuera a suceder y 33 personas contestaron que siempre sentían temor de que algo fuera a suceder.*

4. ¿Se Divierte y le gusta ver el lado gracioso de las cosas?

a) Siempre.	*165*
b) Casi nunca.	*5*
c) Nunca	*0*
d) a veces	*64*

Figura No.29 ¿Se Divierte y le gusta el lado gracioso de las cosas?

Interpretación: *Se puede identificar que el mayor puntaje de respuesta fue 165 personas que respondieron que siempre les divierte y le ven el lado gracioso a las cosas, 5 personas respondieron que casi nunca se divierte y le ven el lado gracioso a las cosas, que 64 personas a veces le divierte algo y le ven el lado gracioso a las cosas, y 0 personas contestaron que nunca se divierten y no le ven el lado gracioso a las cosas.*

5. ¿Se siente preocupado la mayor parte del tiempo?

a) Siempre.	*30*
b) Casi nunca.	*68*
c) Nunca	*52*
d) a veces	*84*

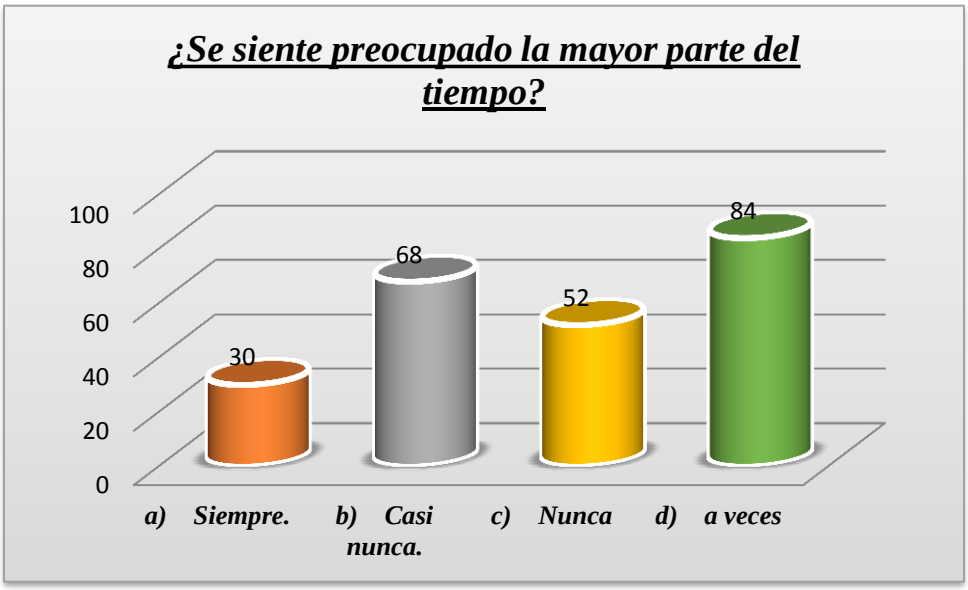


Figura No.30 Preocupación y ansiedad

Interpretación: *Se puede identificar que 30 personas que respondieron que siempre la mayor parte de su tiempo se sienten preocupados, 68 personas respondieron que casi nunca la mayor parte de su tiempo se sienten preocupados, que 84 personas a veces la mayor parte de su tiempo se sienten preocupados, y 52 personas contestaron que nunca la mayor parte de su tiempo se sienten preocupados.*

6. ¿Eres capaz de permanecer tranquilo y relajado?

a) Siempre.	*138*
b) Casi nunca.	*28*
c) Nunca	*7*
d) A veces.	*61*

Figura No.31 Tranquilo o Relajado

Interpretación: *Se puede identificar que 138 personas que respondieron que siempre es capaz de permanecer tranquilo y relajado, 28 personas respondieron que casi nunca es capaz de permanecer tranquilo y relajado, que 61 personas a veces es capaz de permanecer tranquilo y relajado, y 7 personas contestaron que nunca es capaz de permanecer tranquilo y relajado.*

7. ¿Ha perdido el interés por el arreglo personal?

a) Siempre me arreglo	*158*
b) Casi nunca me arreglo	*0*
c) Nunca me arreglo	*0*
d) A veces me arreglo	*76*

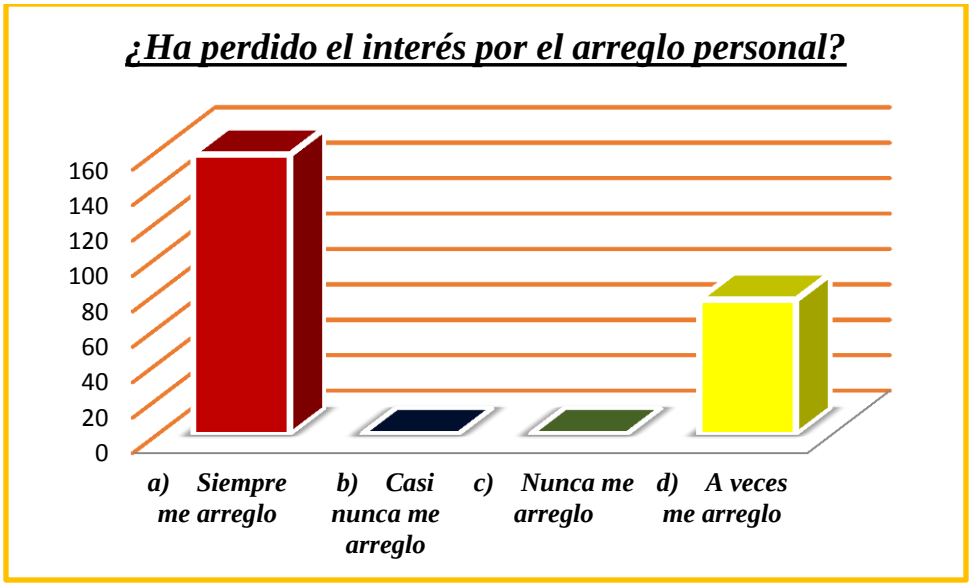


Figura No.32 Arreglo Personal

Interpretación: *Se puede identificar que 158 personas manifiestan que siempre se arreglan, 0 personas respondieron que casi nunca se arreglan, que 76 personas a veces se arreglan, y 0 personas contestaron que nunca se arreglan.*

8. ¿ha experimento de repente sensaciones de angustia o temor?

a) Siempre.	*4*
b) Casi nunca.	*75*
c) Nunca	*27*
d) a veces	*128*

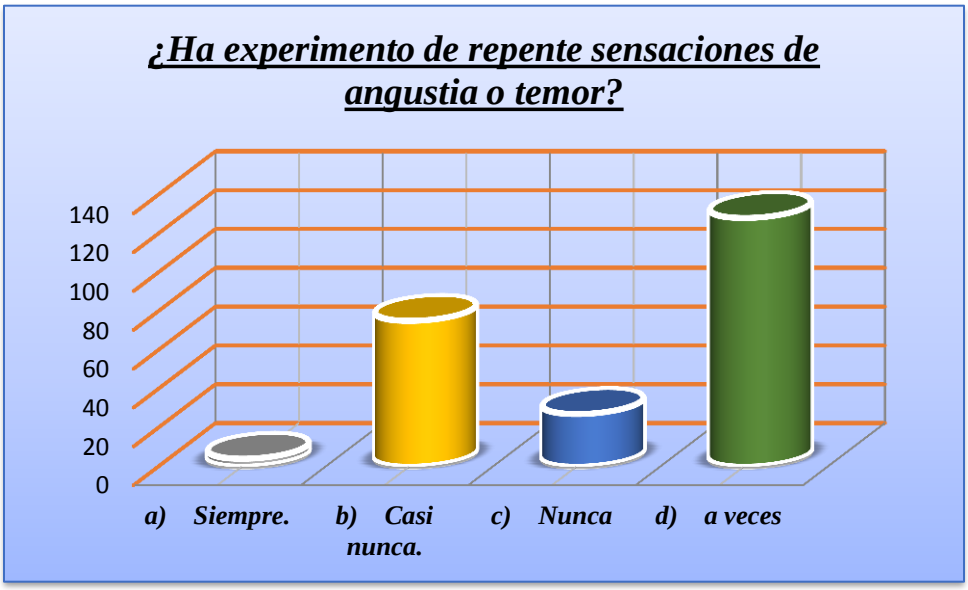


Figura No.33 Sensaciones de Angustia y Temor

Interpretación: *Se puede identificar que 4 personas que respondieron que siempre experimenta sensaciones de angustia y temor, 75 personas respondieron que casi nunca experimenta sensaciones de angustia y temor, que 128 personas a veces experimentan sensaciones de angustia y temor, y 27 personas contestaron que nunca experimenta sensaciones de angustia y temor.*

8. Cronograma de Actividades

Tabla No. ***4 IMPACTO EN LA SALUD POR LA FALTA DE ADHERENCIA EN EL PROGRAMA DE DIABETES DE LA IPS VASQUEZ COBO***
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE MAYO A SEPTIEMBREDE 2016 SEMANAS

ACTIVIDADES	***Mayo***				***Junio***				***Julio***				***Agosto***				***Septiembre***			
	1	***2***	***3***	***4***	***1***	***2***	***3***	***4***	***1***	***2***	***3***	***4***	***1***	***2***	***3***	***4***	***1***	***2***	***3***	**4**
Realización de desarrollo de trabajo y puntos a investigar																				
Toma de Pruebas de encuestas para el proyecto																				
Notas y Apuntes a Mejorar del Proyecto de Grado																				
Sustentación																				
Entrega de Proyecto de Grado																				

Fuente: *Autores*

9. Recurso y Presupuesto

Tabla No.5 Recurso y Presupuesto

NOMBRE	FUNCION	FUENTE			Horas/ Semanales	TOTAL	V/Hora	Total
		I	E	P				
Dary Jazmín Cuenca	Investigador	x	x	x	8	132	$ 10.416	$ 1.333.248
Elba María Gómez	Investigador	x	x	x	8	132	$ 10.416	$ 1.333.248
Johanna Orozco	Investigador	x	x	x	8	132	$ 10.416	$ 1.333.248
Sandra Mosquera	Tabulación			x	4	32	51,666	$ 1.653.000
Richard Nelson Román Marín	Director de Proyecto			x	3	56	$ 30.000	$ 1.440.000
TOTAL					**31**	**484**	**$ 112.914**	**$ 7.092.744**

***Fuente**: Autor*

I: Institución *P: Propios*

E: Empresa

10. Recurso Logístico

Tabla No. 6 Recurso Logístico

ELEMENTOS	***JUSTIFICACION***	***FUENTE***			***CANTIDAD***	***VALOR UNITARIO***	***TOTAL***
		I	***E***	***P***			
Hojas de Block	*Realizar los documentos para el proyecto y solicitudes necesarias.*		*X*		*1000*	*$ 100*	*$ 100.000*
Lapiceros	*Apuntes*		*X*		*10*	*$ 1.500*	*$ 15.000*
Transporte	*Desplazamiento a instituciones de salud que aporten a el proyecto*		*X*		*150*	*$ 1.800*	*$ 270.000*
Encuestas	*Para los Usuarios*	*X*			*4*	*$ 0*	*$ 0*
Impresiones	*Documentos*		*X*		*200*	*$ 900*	*$ 180.000*
TOTAL					***1364***	***$ 4.300***	***$ 565.000***

Fuente*: Autor*

I: Institución

E: Empresa

P: Propio

11. Recursos Técnicos

ELEMENTOS	***JUSTIFICACION***	***FUENTE***			***CANTIDAD***	***VALOR UNITARIO***	***TOTAL***	***Observación***
		I	***E***	***P***				
Portátiles	*Sistematización de la información*			*x*	*2*	*$ 2.000.000*	*$ 4.000.000*	
Computador de Mesa	*Sistematizar Doc. (Actas, información se suma importancia para la UNIAJ) con respecto a la parte de archivo.*			*x*	*2*	*$ 1.500.000*	*$ 3.000.000*	
TOTAL					***4***	***$ 3.500.000***	***$ 7.000.000***	

Tabla No. 7 Recursos Técnicos

Fuente: Autor

I: Institución

E: Empresa

P:Propios

12. Resultados

- Se logró identificar una de las causas más importantes por la cual los usurario que padecen la enfermedad de Diabetes tienen adherencia al tratamiento es porque en no asisten con acompañantes a las citas médicas de control, muchos usuarios se sienten solos luchando contra esta enfermedad, en ocasiones se sienten desanimados, sin ganas de arreglarse para salir y asistir a las citas ya que no se sienten escuchados ni importantes para su familia o amigos, todas estas situaciones intrapersonales hacen que el usuario no tome sus medicamentos y no asistan más a las consultas obteniendo así a un futuro una urgencia por descompensación diabética, o pie diabético que puede llegar a la muerte del paciente.

- La diabetes Mellitus que ataca a muchas personas niños, jóvenes y adultos, pero también se puede evidenciar que muchas de las causas que estas enfermedades aparecen es porque el estilo de vida de las personas ha cambiado tanto que no hay preocupación para cuidarse con su alimentación, ejercitarse por lo menos 3 veces en la semana, tener cuidados saludables con su cuerpo, se vive la vida al extremo sin tener presente que en un futuro todas las acciones que se hacen de jóvenes se manifiestan en la vejez, y llegan hasta a hacer hereditarias para los familiares y termina en la muerte de la persona, por un descuido que se puede evitar en el presente, esto se evidencia en los resultados de las encuestas.

- En las tablas de mortalidad del 2014 vistas anteriormente, se puede evidenciar que las mujeres son las más propensas a tener diabetes, y con más mortalidad por esta causa que los hombres, pero a que se da este problema, es que las mujeres son más depresivas, con más estrés diariamente y preocupaciones, y se descuidan hasta llegar a la muerte, por eso hay que concientizar a la mujer sobre estas consecuencias para combatir la enfermedad y tenerla controlada. Esta información de mortalidad es suministrada por el Dane en el año 2014.

13. Conclusiones

1. Es necesario realizar seguimiento continuo en las citas médicas de los pacientes que padecen enfermedades crónicas especialmente la que se ha enfocado en este proyecto, la Diabetes Mellitus. Se puedo evidenciar en las encuestas realizadas 137 personas asisten a citas médicas solas, sin un acompañante que les pueda ayudar en el proceso de explicación de cómo debe cuidarse, que muchos de estas personas se sienten deprimidos, por estas enfermedades crónicas.

2. Se hace indispensable que para el manejo de estas enfermedades crónicas, vinculen profesionales especializados en el área de la salud lo cual garantizará un buen servicio a sus usuarios y a los que padecen de este tipo de enfermedades.

3. Se recomienda a la Ips Vásquez Cobo tener capacitaciones de PyP continuamente a los pacientes que padecen esta clase de enfermedades crónicas, instruyéndolos en sus cuidados y la forma de tomar su medicación, contando con la participación directa con llamadas recordando las citas médicas y el cuidado que debe tener el paciente y su estado de ánimo.

4. Se recomienda vincular de manera prioritaria la intervención de trabajo social y psicología en el proceso de salud de los pacientes, demarcándolo en la ruta integral de atención

manejada por la ips. no solo en casos de remisión. Se ve la necesidad de involucrar directamente estos dos acompañamientos en todos los procesos de captación, intervención y seguimiento a paciente con patología diabética.

5. La IPS debe lograr impacto en la salud y el bienestar del usuario realizando gestión del riesgo, utilizando todas las herramientas desde el área primario ofreciendo a todos los usuarios con patología diabética aquellas técnicas, procedimiento, divulgación de información de primera línea la cual fortalezca su proceso en el manejo de su patología.

6. La ips debe de generar un cambio desde la estrategia de atención no esperar a que el usuario llegue a la ips sino volcar los servicios hasta su hogar para lograr impacto deseado.

7. A pesar de tener un sistema fragmentado, la IPS debe de fomentar la atención integral como eje fundamental en el manejo de pacientes con patologías diabéticas.

14. Glosario

- ***Alimentación Equilibrada***: Se llama dieta normal equilibrada a la comida de todo un día (y todos los días) que contiene todos los nutrientes básicos en una proporción adecuada para las necesidades del organismo. Por lo tanto, tiene que ser variada en sus componentes y con la cantidad suficiente (no más) para mantener el normo peso.

- ***Azúcares De Absorción Lenta***: Son Hidratos de Carbono que están presentes en algunos alimentos y que al descomponerse en elementos más simples quedan en forma de azúcares de estructura química compleja, pasando del tubo digestivo (intestino) a la sangre de forma muy lenta. Por ejemplo: el arroz, las legumbres.

- ***Azúcares De Absorción Rápida***: Son Hidratos de Carbono que están presentes en algunos alimentos, su estructura química es simple y una vez en el tubo digestivo pasan a la sangre de forma rápida. Por ejemplo: la miel, la fruta.

- ***Células Beta Pancreáticas***: El páncreas lo forman diferentes tipos de células claramente diferenciadas. Las células beta son un tipo de células que hay en el páncreas encargadas de la fabricación de insulina.

- ***Cetonuria***: Es la presencia de acetona en la orina. En situación de normalidad la orina no contiene acetona.

- ***Coma Hipoglucémico***: Es la situación de pérdida de conocimiento a causa de una hipoglucemia grave.

- ***Control Glucémico***: Se entiende por control glucémico a todas las medidas que facilitan mantener los valores de glucemia dentro de los límites de la normalidad.

- ***Diabetes***: Nombre general para los trastornos caracterizados por excesiva secreción de orina. Mellitus. Síndrome crónico caracterizado por alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y grasas, como consecuencia de insuficiente secreción de insulina o de resistencia a esta sustancia en tejido específico.

- ***Descompensación Diabética***: Es la situación que aparece cuando existe una hiperglucemia grave y sostenida. En la descompensación diabética hay una serie de síntomas: mucha sed, fatiga, aumento de la emisión de orina, glucosuria muy positiva, cetonuria, náuseas y vómitos, generalmente con dolor abdominal y glucemia alta (a veces muy alta).

- ***Dislipemia***: Alteración en la regulación de los niveles de lípidos en sangre (colesterol y triglicéridos).

- ***Efecto Hipoglucemiante***: Capacidad que tiene algunas actividades (por ejemplo, el ejercicio físico) o algunas sustancias (por ejemplo, la insulina) para que disminuyan los valores de glucosa en sangre.

- ***Enfermedad Intercurrente***: Es una situación de enfermedad, generalmente con un principio y un final, que viene a empeorar o desequilibrar un proceso previamente instaurado.

- ***Glucagón***: Hormona del aparato digestivo, segregada en el páncreas y que tiene la función inversa de la insulina, es hipoglucemiante.

- ***Glucemia***: Es la denominación que recibe la glucosa que circula por la sangre.

- ***Glucosa:*** Es un azúcar de composición simple. Los alimentos compuestos de Hidratos de Carbono, con la digestión se transforman en elementos más simples, es decir, en glucosa. La glucosa es la principal fuente de energía del organismo.

- ***Glucosuria***: Es la presencia de glucosa en la orina. En situación de normalidad la orina no contiene glucosa.

- ***Hemoglobina Glicosilada***: La hemoglobina es un componente de la sangre vinculado a los hematíes (glóbulos rojos) y a su color rojo. La hemoglobina reacciona con la glucosa circulante formando un complejo bastante estable (hba1 o hba1c). Si medimos la hemoglobina glicosilada, el resultado obtenido reflejará la glucemia media existente durante el periodo aproximado de las ocho semanas previas a su determinación.

- ***Hidratos De Carbono (O Glúcidos)***: Son uno de los principios inmediatos que se encuentran en la naturaleza. Su estructura química básica es el carbono, formando cadenas más o menos largas que se combinan con oxígeno e hidrógeno con enlaces de diferente consistencia. Constituyen uno de los nutrientes básicos que está presente en la composición de los alimentos. Los Hidratos de Carbono se encuentran principalmente en cereales legumbres, féculas, frutas y la leche. En el proceso de la digestión estos alimentos se convierten en glucosa, fructosa, lactosa.

- ***Hiperglucemia***: Situación en la que los valores de glucosa en sangre (glucemia) están por encima de lo normal.

- ***Hipoglucemia:*** situación en la que los valores de glucosa en sangre (glucemia) están por debajo de lo normal

- ***Incidencia:*** Es una palabra que en epidemiología se refiera a la proporción de personas, previamente sanas para esta patología, que desarrollan la enfermedad en una población determinada y durante un periodo determinado, generalmente un año.

- ***Índice De Masa Corporal O Imc***: Es un valor que sirve para medir y diagnosticar la obesidad. Se obtiene dividiendo el peso de un individuo entre su talla al cuadrado. Valores del normopeso IMC = entre 24 y 25.

- ***Insulina***: Es una hormona del aparato digestivo que tiene la misión de facilitar que la glucosa que circula por la sangre penetre en las células y sea aprovechada como energía.

- ***IPS***: Instituciones Prestadoras de Servicios. Es decir, todos los centros, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos, bien sea de urgencia o de consulta.

- ***Microalbuminuria:*** Es la presencia de micro partículas de albúmina en la orina. La albuminuria indica pérdida de proteínas por la orina, situación que en estado de

normalidad no se da. Con albuminuria positiva hay sospecha de mal funcionamiento en el filtrado del riñón.

- ***Morbilidad:*** Es el grado de riesgo de contraer la enfermedad sujeta a estudio, empeoramiento del estado de salud o aparición de procesos o complicaciones indeseables.

- ***Nefropatía***: Enfermedad de los riñones, causada por lesiones en los pequeños vasos sanguíneos. Su evolución lleva a un mal filtrado renal.

- ***Neuropatía:*** Enfermedad del sistema nervioso, con lesiones en la envoltura de las fibras nerviosas. Estas lesiones hacen que los nervios no cumplan bien con sus funciones.

- ***Normoglucemia***: Niveles normales de glucosa en la sangre. En ayunas, entre 70 y 110 miligramos de glucosa, por cada decilitro de sangre.

- ***Normopeso:*** Peso normal que debe tener una persona según su edad, sexo y talla.

- ***Nutrientes:*** Son los elementos básicos de la alimentación humana para el mantenimiento de la vida. Los alimentos son productos que contienen nutrientes y estos, a su vez, están formados por estructuras químicas o principios inmediatos. Los

principales nutrientes para el ser humano son: las Proteínas, los Lípidos (o grasa), los Hidratos de Carbono, las Vitaminas, los Minerales y el Agua.

- ***Páncreas:*** Es una glándula del aparato digestivo, situada detrás del estómago, al mismo nivel que el hígado, pero al lado izquierdo de la cintura. En el páncreas se fabrican enzimas digestivos, insulina y glucagón.

- ***Prevalencia:*** Es un término que en epidemiología se refiere a la proporción de personas que, en una población determinada y un tiempo concreto, están afectados por la enfermedad sujeta a estudio.

- ***Reserva Pancreática***: Es la capacidad que un páncreas dañado continúa teniendo para fabricar insulina, aunque sea en menor cantidad (o de peor calidad, o ambas).

- ***Resistencia A La Insulina (Insulino Resistencia):*** Es la situación que se da cuando las células del organismo se resisten a usar la insulina que circula por la sangre, al no ser identificada por los receptores de insulina que tienen las células. Es como una llave que no abre al no poder encajar en la cerradura.

- ***Retinopatía:*** Lesiones de los pequeños vasos sanguíneos de la retina. La retina es una membrana, muy surcada por venas y arterias, que se encuentra en el interior del globo ocular.

- ***Sangre Capilar:*** Es la sangre que circula por los capilares. Se llaman capilares a las venitas de pequeño calibre.

- ***Vasculopatía:*** Lesiones en las paredes de las venas y arterias

15. Web grafía

- http://www.coomeva.com.co/disenno/elearning/SitePerfilEpidemiologicoEPSFinal/7.18.html#top
- http://www.portafolio.co/tendencias/costo-diabetes-50680
- https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-enfrenta-epidemia-de-enfermedades-cardiovasculares-y-diabetes.aspx
- http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662007000200016
- http://blogs.deperu.com/salud-y-belleza/la-diabetes-mellitus-teoria-y-recomendaciones
- http://www.diabetes.org/es/sala-de-prensa/comunicados-de-prensa/2015/50-anos-de-investigacion-y-tratamiento-de-la-diabetes.html?referrer=https://www.google.com.co
- http://www.ins.gov.co/lineas-deaccion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/5to%20Informe%20ONS%20v-f1.pdf

ANEXOS

Leyes que Regulan las Enfermedades Crónicas en Colombia

LEY 1355 DE 2009 DE ENFERMEDADES CRONICAS

(Octubre 14)

Diario Oficial No. 47.502 de 14 de octubre de 2009

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

ARTÍCULO 1o. DECLÁRASE. La obesidad como una enfermedad crónica de Salud Pública, la cual es causa directa de enfermedades cardiacas, circulatorias, colesterol alto, estrés, depresión, hipertensión, cáncer, diabetes, artritis, colon, entre otras, todos ellos aumentando considerablemente la tasa de mortalidad de los colombianos.

ARTÍCULO 2o. AMBITO DE APLICACIÓN. Las determinaciones establecidas en esta ley serán aplicables a las Entidades y Organizaciones del Estado a nivel nacional y territorial responsables de promover los ambientes sanos, la actividad física, la educación, la producción y

la distribución de alimentos; así como a las entidades encargadas de la prestación y la garantía de los servicios de salud y los sectores de transporte, planeamiento y seguridad vial. Serán beneficiarios de esta ley la población colombiana, en especial los grupos vulnerables.

ARTÍCULO 3o. PROMOCIÓN. El Estado a través de los Ministerios de la Protección Social, Cultura, Educación, Transporte, Ambiente y Vivienda y Desarrollo Territorial y Agricultura y Desarrollo Rural y de las Entidades Nacionales Públicas de orden nacional Coldeportes, el ICBF y Departamento Nacional de Planeación, promoverá políticas de Seguridad Alimentaria y Nutricional, así como de Actividad Física dirigidas a favorecer ambientes saludables y seguros para el desarrollo de las mismas. Estas políticas se complementarán con estrategias de comunicación, educación e información.

ARTÍCULO 4o. ESTRATEGIAS PARA PROMOVER UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA Y SALUDABLE. Los diferentes sectores de la sociedad impulsarán una alimentación balanceada y saludable en la población colombiana, a través de las siguientes acciones:

– Los establecimientos educativos públicos y privados del país en donde se ofrezcan alimentos para el consumo de los estudiantes deberán garantizar la disponibilidad de frutas y verduras.

– Los centros educativos públicos y privados del país deberán adoptar un Programa de Educación Alimentaria siguiendo los lineamientos y guías que desarrollen el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, para promover una alimentación balanceada y saludable, de acuerdo con las características culturales de las diferentes regiones de Colombia.

– El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, deberá establecer mecanismos para fomentar la producción y comercialización de frutas y verduras, con participación de los entes territoriales, la empresa privada y los gremios de la producción agrícola.

ARTÍCULO 5o. ESTRATEGIAS PARA PROMOVER ACTIVIDAD FÍSICA. Se impulsarán las siguientes acciones para promover la actividad física:

– El Ministerio de Educación Nacional y las Instituciones Educativas en desarrollo de las Leyes115 de 1994 y 934 de 2004, promoverán el incremento y calidad de las clases de educación física con personal idóneo y adecuadamente formado, en los niveles de educación inicial, básica y media vocacional.

PARÁGRAFO. El Ministerio de Protección Social reglamentará mecanismos para que todas las empresas del país promuevan durante la jornada laboral pausas activas para todos sus empleados, para lo cual contarán con el apoyo y orientación de las Administradoras de Riesgos Profesionales.

ARTÍCULO 6o. PROMOCIÓN DEL TRANSPORTE ACTIVO. Los entes territoriales, en ejercicio de los planes de desarrollo, reglamentarán mecanismos para promover el transporte activo y la prevención de la obesidad.

Los entes territoriales en coordinación con las autoridades de planeación y transporte, deberán llevar a cabo acciones que garanticen la integración modal de formas de transporte activo con los sistemas de transporte público, debiendo diseñar estrategias de seguridad vial para ciclistas y

peatones, buscando, además, incrementar la disponibilidad de espacios públicos para la recreación activa: parques, ciclo vías y recreo vías.

ARTÍCULO 7o. REGULACIÓN EN GRASAS TRANS. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social y del Invima, reglamentará y controlará los contenidos, y requisitos de las grasas trans en todos los alimentos, con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estas, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

ARTÍCULO 8o. REGULACIÓN EN GRASAS SATURADAS. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social y del Invima, reglamentará los contenidos, y requisitos de las grasas saturadas en todos los alimentos, con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estas, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

ARTÍCULO 9o. PROMOCIÓN DE UNA DIETA BALANCEADA Y SALUDABLE. En aras de buscar una dieta balanceada y saludable el Ministerio de la Protección Social, establecerá los mecanismos para evitar el exceso o deficiencia en los contenidos, cantidades y frecuencias de consumo de aquellos nutrientes tales como ácidos grasos, carbohidratos, vitaminas, hierro y sodio, entre otros que, consumidos en forma desbalanceada, puedan presentar un riesgo para la salud. Para esto, contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

ARTÍCULO 10. ETIQUETADO. Con el ánimo de mejorar el conocimiento que tiene la población en general referente a los contenidos nutricionales y calóricos, los productores de

alimentos entregarán la información en el etiquetado de acuerdo a la reglamentación expedida por el Ministerio de la Protección Social.

PARÁGRAFO. En la expedición de esta reglamentación, el Ministerio será cuidadoso de ofrecer un periodo de transición que permita que los pequeños productores puedan adecuarse a esta obligación.

ARTÍCULO 11. REGULACIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS EN CENTROS EDUCATIVOS. Las instituciones educativas públicas y privadas que suministren el servicio de alimentación de manera directa o a través de terceros, deberán ofrecer una diversidad de alimentos que cubran las necesidades nutricionales de su comunidad, siguiendo, entre otras referencias, las guías alimentarias del Ministerio de la Protección Social y del ICBF, velando por la calidad de los alimentos que se ofrecen y de conformidad con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social a que se refiere el artículo8o de la presente ley.

PARÁGRAFO. Las instituciones educativas públicas y privadas deberán implementar estrategias tendientes a propiciar ambientes escolares que ofrezcan alimentación balanceada y saludable que permitan a los estudiantes tomar decisiones adecuadas en sus hábitos de vida donde se resalte la actividad física, recreación y el deporte, y se adviertan los riesgos del sedentarismo y las adicciones. Para el desarrollo de esta estrategia podrán contar con el apoyo de las empresas de alimentos.

ARTÍCULO 12. PUBLICIDAD Y MERCADEO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN. El Ministerio de la Protección Social a través del Invima creará una sala especializada, dirigida a regular, vigilar y controlar la publicidad de los alimentos

y bebidas, con criterios de agilidad y eficiencia operativa en su funcionamiento, buscando la protección de la salud en los usuarios y en especial de la primera infancia y la adolescencia, teniendo en cuenta lo establecido por la Organización Mundial de la Salud – OMS, con respecto a la comercialización de alimentos en población infantil.

PARÁGRAFO. Las funciones que se asignen a la Sala Especializada se ejercerán sin perjuicio de las funciones asignadas al Ministerio de Comunicaciones, a la Comisión Nacional de Televisión y a las demás entidades competentes.

ARTÍCULO 13. ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN. El Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) adelantarán actividades educativas y acciones que propendan por ambientes saludables dirigidos a promover la alimentación balanceada y saludable de la población colombiana en especial de niños y adolescentes, haciendo énfasis en la generación de ambientes saludables. Para tales propósitos, el Ministerio de la Protección Social y el ICBF atenderán los lineamientos de las Organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud.

PARÁGRAFO. Las empresas productoras, importadoras y comercializadoras de alimentos, trabajarán en conjunto con el Ministerio de la Protección Social y el ICBF para la elaboración y divulgación del material didáctico informativo y educativo, que incluya explicación sobre los contenidos nutricionales de los productos alimenticios y sus implicaciones en la salud, esto para un mejor y amplio conocimiento por parte de los consumidores.

ARTÍCULO 14. COMERCIALIZACIÓN DE PRODUCTOS PARA LA REDUCCIÓN DE PESO CORPORAL. Los productos estéticos o para consumo humano que se comercialicen con

el propósito de reducir el peso corporal deberán indicar claramente en su etiqueta y comerciales que el uso de los mismos no suprime la práctica de actividad física y una alimentación saludable.

El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de la Protección Social, reglamentará la materia dentro del término de seis (6) meses posteriores a la expedición de esta ley, teniendo en cuenta que la extensión de esta advertencia corresponderá al mínimo aprobado por el Ministerio de la Protección Social en la reglamentación tanto para la etiqueta como para la publicidad que se haga en televisión, radio o prensa.

ARTÍCULO 15. LA COMISIÓN INTERSECTORIAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL (CISAN). La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN) creada por el Conpes 113 de 2008 será la máxima autoridad rectora de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en Colombia.

La CISAN será la máxima instancia estatal de dirección, coordinación y seguimiento interinstitucional, de articulación de políticas y programas y de seguimiento a los compromisos de cada uno de los actores de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, debiendo realizar campañas educativas dirigidas a las madres comunitarias, centros educativos públicos y privados, así como a la población en general sobre hábitos alimenticios, deporte y vida saludable.

ARTÍCULO 16. INTEGRACIÓN. La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional –CISAN– estará conformada por los siguientes funcionarios:

-- Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural o su delegado.

-- Ministerio de la Protección Social o su delegado.

Ministerio de Comercio, Industria y Turismo o su delegado.

-- Ministerio de Educación Nacional o su delegado.

-- Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial o su delegado.

Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado.

Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF–, o su delegado. Alto Consejero para la Acción Social y la Cooperación Internacional o su delegado.

Gerente del Instituto Colombiano de Desarrollo Rural –Incoder–, o su delegado.

Un miembro de la Asociación Colombiana de Facultades de Nutrición designados por su Junta Directiva.

PARÁGRAFO 1o. La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional –CISAN–, estará presidida de manera rotativa por los Ministerios de Agricultura y Desarrollo Rural y de la Protección Social, para períodos de dos (2) años.

PARÁGRAFO 2o. La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional –CISAN–, en aras del cumplimiento de sus objetivos y funciones podrá invitar a los funcionarios representantes de las entidades, expertos, académicos y demás personas, cuyo aporte estime puede ser de utilidad para los fines encomendados a la misma.

ARTÍCULO 17. FUNCIONES DE LA CISAN. La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN), desarrollará las siguientes funciones:

1. Coordinar y dirigir la Política Nacional de Nutrición, y servir como instancia de concertación entre los diferentes agentes de la misma.

2. Coordinar y concretar la elaboración del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

3. Proponer medidas de carácter normativo destinadas a mejorar, actualizar, armonizar y hacer coherente la normatividad que se aplica en las diversas fases de la cadena alimentaria y realizar evaluación y seguimiento permanente a su aplicación.

4. Coordinar el proceso de inclusión de nuevos programas y proyectos que se requieran en la política nacional de seguridad alimentaria y nutricional.

5. Asesorar de manera permanente la actualización de las tablas nutricionales de los alimentos que se consumen en las instituciones públicas y privadas de educación preescolar, educación media y vocacional.

6. Promover la creación del observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional - SAN.

7. Promover y concretar políticas y acciones orientadas a estimular la actividad física y los hábitos de vida saludable en la población colombiana.

8. Acompañar al Ministerio de la Protección Social en el desarrollo de las directrices de políticas públicas encaminadas a fomentar campañas educativas que promuevan estilos de vida saludable,

deporte y nutrición balanceada dirigidos a los consumidores de acuerdo con el artículo doce de la presente ley.

9. Las demás que determine el Ministerio de la Protección Social en la reglamentación que lo regulará.

ARTÍCULO 18. PROGRAMAS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL. Las empresas productoras, importadoras y comercializadoras de alimentos que tengan establecidos programas de responsabilidad social empresarial, presentarán en sus informes periódicos aquellas actividades que hayan adelantado o promovido para estimular en la población colombiana hábitos de alimentación balanceada y saludable, prácticas de actividad física y prevención de las enfermedades asociadas a la obesidad.

ARTÍCULO 19. AGENDA DE INVESTIGACIÓN. El Ministerio de la Protección Social deberá establecer en conjunto con el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco José de Caldas" - Colciencias, acciones orientadas a definir y desarrollar una agenda de investigación, para estudiar los determinantes del ambiente físico y social asociados con las enfermedades crónicas no transmisibles y la obesidad en el contexto de las regiones colombianas, las evaluaciones económicas y evaluación de la efectividad de intervenciones políticas, ambientales y comunitarias dirigidas a la promoción de la actividad física y de una alimentación balanceada y saludable.

ARTÍCULO 20. DÍA DE LUCHA CONTRA LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO Y LA SEMANA DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. Declárese el 24 de septiembre como el

Día Nacional de Lucha contra la Obesidad y el Sobrepeso y su correspondiente semana como la semana de hábitos de vida saludable

ARTÍCULO 21. VIGILANCIA. Los Ministerios de la Protección Social y de Educación en conjunto con el Invima, ICBF y Coldeportes Nacional, según cada caso, tendrán la responsabilidad de vigilar el cumplimiento de lo establecido en la presente ley.

El Ministerio de la Protección Social deberá garantizar la existencia de mecanismos de monitoreo poblacional a través de los cuales el país pueda establecer de manera periódica los avances o retrocesos que se han obtenido frente a las medidas aquí adoptadas. Este monitoreo deberá incluir, como mínimo, indicadores de antropometría, actividad física (recreativa y por transporte) y balance nutricional entre otras.

A**RTÍCULO 22. VIGENCIA.** Esta ley rige a partir de su promulgación.

El Presidente del honorable Senado de la República,

JAVIER ENRIQUE CÁCERES LEAL.

El Secretario General (E.) del honorable Senado de la República,

SAÚL CRUZ BONILLA.

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,

EDGAR ALFONSO GÓMEZ ROMÁN.

El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes,

JESÚS ALFONSO RODRÍGUEZ CAMARGO.

REPUBLICA DE COLOMBIA - GOBIERNO NACIONAL

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 14 de octubre de 2009.

ÁLVARO URIBE VÉLEZ

El Ministro de la Protección Social,

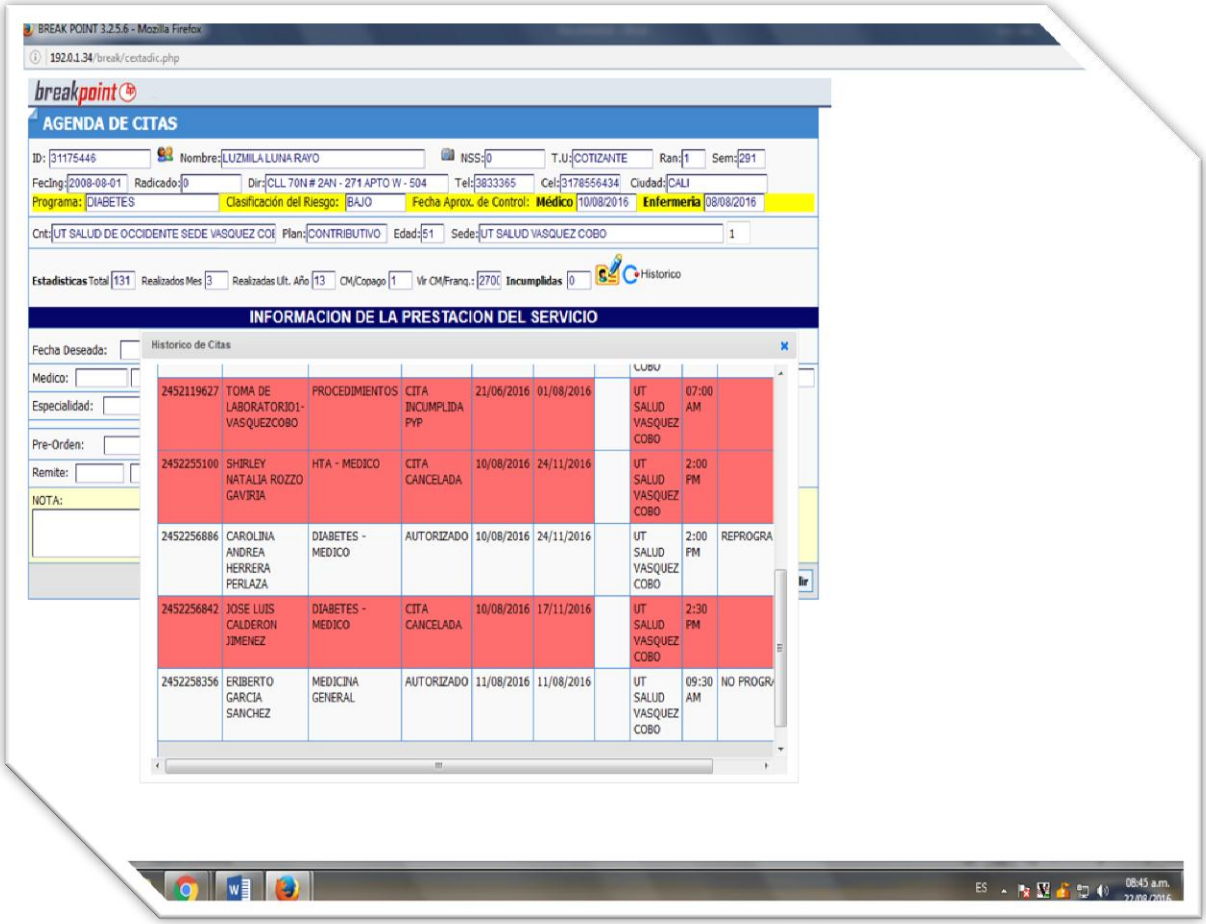
DIEGO PALACIO BETANCOURT.

El Ministro de Transporte,

ANDRÉS URIEL GALLEGO HENAO.

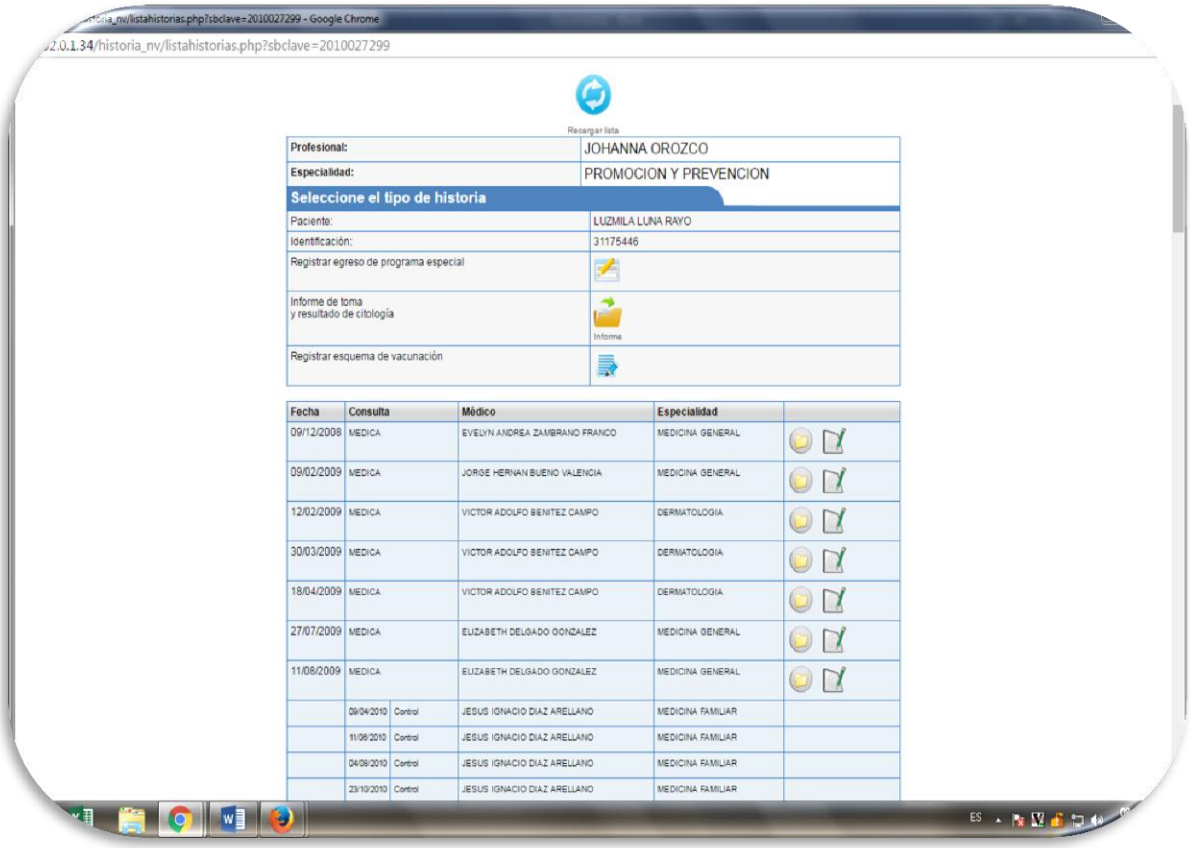
Ips Vásquez Cobo Sede de Estudio

<u>Break Point Sistema De Enfermedades Crónicas para la prestación del servicio de los Usuarios IPS Vásquez Cobo</u>



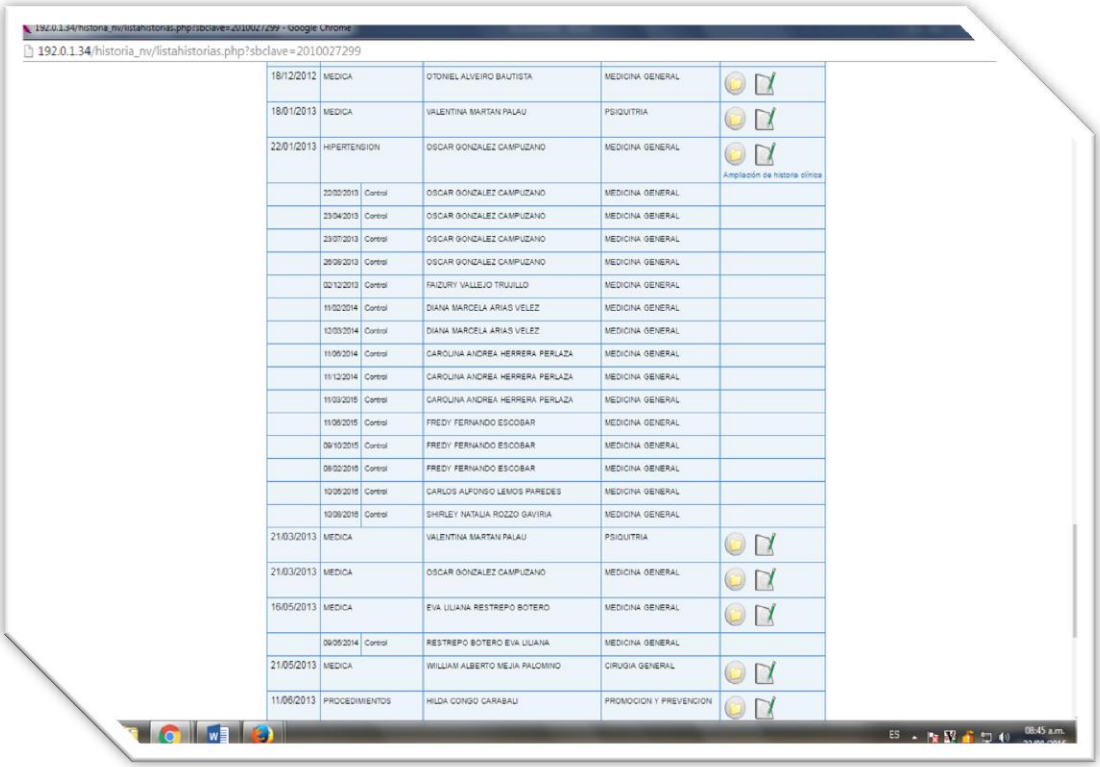
Agenda de Citas Médicas

Sistema Integral de Usuarios de P y P



Historia Clínica Usuarios P y P de la Ips Vásquez Cobo

<u>Sistema Integral de Usuarios de P y P de la Ips Vázquez Cobo</u>



18/12/2012	MEDICA		OTONIEL ALVEIRO BAUTISTA	MEDICINA GENERAL	
18/01/2013	MEDICA		VALENTINA MARTAN PALAU	PSIQUITRIA	
22/01/2013	HIPERTENSION		OSCAR GONZALEZ CAMPUZANO	MEDICINA GENERAL	Ampliación de historia clínica
	22/02/2013	Control	OSCAR GONZALEZ CAMPUZANO	MEDICINA GENERAL	
	23/04/2013	Control	OSCAR GONZALEZ CAMPUZANO	MEDICINA GENERAL	
	23/07/2013	Control	OSCAR GONZALEZ CAMPUZANO	MEDICINA GENERAL	
	26/08/2013	Control	OSCAR GONZALEZ CAMPUZANO	MEDICINA GENERAL	
	02/12/2013	Control	FAIZURY VALLEJO TRUJILLO	MEDICINA GENERAL	
	11/02/2014	Control	DIANA MARCELA ARIAS VELEZ	MEDICINA GENERAL	
	12/03/2014	Control	DIANA MARCELA ARIAS VELEZ	MEDICINA GENERAL	
	11/06/2014	Control	CAROLINA ANDREA HERRERA PERLAZA	MEDICINA GENERAL	
	11/12/2014	Control	CAROLINA ANDREA HERRERA PERLAZA	MEDICINA GENERAL	
	11/03/2015	Control	CAROLINA ANDREA HERRERA PERLAZA	MEDICINA GENERAL	
	11/06/2015	Control	FREDY FERNANDO ESCOBAR	MEDICINA GENERAL	
	09/10/2015	Control	FREDY FERNANDO ESCOBAR	MEDICINA GENERAL	
	08/02/2016	Control	FREDY FERNANDO ESCOBAR	MEDICINA GENERAL	
	10/06/2016	Control	CARLOS ALFONSO LEMOS PAREDES	MEDICINA GENERAL	
	10/09/2016	Control	SHIRLEY NATALIA ROZZO GAVIRIA	MEDICINA GENERAL	
21/03/2013	MEDICA		VALENTINA MARTAN PALAU	PSIQUITRIA	
21/03/2013	MEDICA		OSCAR GONZALEZ CAMPUZANO	MEDICINA GENERAL	
16/05/2013	MEDICA		EVA LILIANA RESTREPO BOTERO	MEDICINA GENERAL	
	09/05/2014	Control	RESTREPO BOTERO EVA LILIANA	MEDICINA GENERAL	
21/05/2013	MEDICA		WILLIAM ALBERTO MEJIA PALOMINO	CIRUGIA GENERAL	
11/06/2013	PROCEDIMIENTOS		HILDA CONGO CARABALI	PROMOCION Y PREVENCION	

Seguimiento y Listado de pacientes para citas previas de la

Ips Vásquez Cobo