

MISION COLOMBIA FUNDACION MANOS UNIDAS POR COLOMBIA

UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE DIABETICO

LUGAR PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

Distrito Aguablanca en Cali, Colombia, South America.

Poblacion del distrito aproximadamente 1,000,000

Hospitales: - Hospital Carlos Carmona
- Hospital Isaias Duarte Cancino.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La diabetes se considera la Pandemia del siglo XXI. La población mundial afectada hoy es de 150 millones de personas y se calcula llegara a 300 millones para el año 2025.

El riesgo de padecer diabetes es del 7 % para la población general, valor que se va incrementando con la edad pudiendo llegar a cerca del 20 % en mayores de 70 años.

Una de cada 4 adultos mayores de 40 años tiene intolerancia a los hidratos de carbono así como 1 de cada 7 presenta alteración en la glicemia de ayunas. Estos dos son estadios tempranos de la historia natural de la diabetes.

Cincuenta por ciento de los diabéticos al momento del diagnostico tiene algún grado de enfermedad cardiovascular y 70 % de ellos mueren por esa causa.

Es la segunda causa de ceguera, la mitad de las amputaciones no traumáticas se realizan en diabéticos, cerca de la mitad de los pacientes en diálisis son diabéticos. Además complicaciones como trastornos digestivos, urinarios, sensitivos entre otros son mas frecuentes de lo que se piensa y diagnostica.

De manera que la Diabetes es hoy un grave problema de salud pública que va en aumento debido a que tenemos un estilo de vida sedentario, mayor incidencia de obesidad siendo esta el principal factor disparador del riesgo genético, alimentación con alto contenido de harinas entre otros. Todo esto sumado a un diagnostico tardío hace de esta enfermedad un motivo de preocupación mundial.

DESARROLLO DEL PROGRAMA

Los resultados de los estudios son contundentes en afirmar que el diagnostico temprano así como el tratamiento intensivo de la población de diabéticos por equipos multidisciplinarios especializados son la única manera de asegurar que la progresión de la enfermedad y sus complicaciones se detenga ó al menos no llegue a los estadios finales generalmente catastróficos.

La mitad de la población de Diabéticos no saben que lo son, el diagnóstico cuando se hace es generalmente tardío permitiendo que las complicaciones estén presentes en un gran número de los pacientes al momento del diagnóstico.

La detección de las complicaciones crónicas como retinopatía, neuropatía, enfermedad arterial periférica se hace penosamente en estadios terminales por falta de instituciones y personal especializado que evalúe y diagnostique correctamente y tempranamente la enfermedad.

La población general y los diabéticos no disponen de Centros Especializados en Diabetes donde puedan acceder a un manejo multidisciplinario de calidad.

La demanda de personas en riesgo de padecer diabetes (mayores de 45 años, familiares en primer grado de diabéticos, obesos, antecedentes de diabetes durante los embarazos entre otros) más la de quienes ya lo son es más alta de lo que se piensa. Esa gran población está descubierta en cuanto a una atención enfocada a esa patología.

Se hace necesario cubrir esa deficiencia que tiene la ciudad ofreciendo un servicio multidisciplinario con personal entrenado y de experiencia.

OBJETIVO DEL PROGRAMA:

1) Poner a disposición de la población con factores de riesgo cardiovascular del sur occidente colombiano una atención de óptima calidad humana científica y tecnológica respaldada por un equipo multidisciplinario coordinado con trayectoria y reconocimiento.

2) Cumplir con los protocolos de manejo, que permitan tanto detectar tempranamente la enfermedad, como detener o retardar la progresión de la enfermedad evitando la aparición de las complicaciones crónicas en su mayoría catastróficas que afectan la calidad de vida del paciente y producen unos altos costos en salud pública, en tratamientos y métodos diagnósticos.

3) ofrecer una atención oportuna de las complicaciones agudas (hipo e hiperglicemias), cuadros infecciosos que pongan en riesgo la calidad de vida del paciente como en el caso del pie diabético.

4) Trabajar de manera coordinada con un equipo multidisciplinario que permita intervenir al paciente desde diferentes aspectos de la enfermedad. (Médico Diabetólogo, Internista, Nefrólogo, Cirujano Vasculador, infectólogo, traumatólogo, odontólogo, Psicólogo, nutricionista, Enfermera, Trabajadora social etc.)

3) Impactar sobre los indicadores epidemiológicos en morbilidad y mortalidad para diabetes e hipertensión en el mediano y largo plazo. (Reducir los casos de ceguera por retinopatía, diálisis por falla renal, amputaciones por enfermedad arterial oclusiva y muerte)

4) Educar al paciente y su familia de tal manera que asista regularmente a los controles de manera espontánea, siga las indicaciones de tratamiento de la manera señalada, solicite ayuda oportunamente en caso de complicaciones agudas.

5) Ofrecer acceso oportuno a la evaluación con especialista en los casos necesarios.

6) Intervenir sobre la población general sin enfermedad aparente, pero con factores de riesgo importantes para presentar estas enfermedades, a través de diagnóstico temprano, programa educativo, cambios en estilo de vida.

7) Ofrecer un apoyo y asesoría permanente a la población de pacientes del programa de manera que puedan resolver sus inquietudes de manera oportuna. Manejo de equipos, alimentación, cuidados generales, tratamiento etc.

REQUERIMIENTOS DEL PROGRAMA

Recursos humanos

Medico Diabetologo	Internista
Infectologo	Vascular
Nefrólogo	Oftalmólogo
Odontólogo	Sicólogo
Nutricionista	Enfermera
Trabajadora social	Neurólogo
Anestesiólogo	Fisiatra

Recursos diagnostico

Laboratorio clínico	Glicemia	Perfil lipidico completo
	Creatinina	Parcial de orina
	Bun	Microalbuminuria
	HB glicosilada A1c	Ácido Úrico
	Proteinuria 24 horas depuracion.	Glucómetro
	ECG	
	Radiology	

Servicios

Grupo cardiológico.
Hospitalización
Urgencias
Cirugía

DESARROLLO DEL PROGRAMA

1) Control Enfermería (duración aprox. 15 min.) frecuencia anual 6

INGRESO DEL PACIENTE: La enfermera hace la **FICHA DE INGRESO** con los datos generales. **Solicita los exámenes** que sean necesarios para la consulta Médica inicial (glicemia basal y 2 pm, creatinina, parcial de orina, Perfil lipídico, Hb glicosilada A1c) . Excepto la glicemia se pueden recibir exámenes traídos por el paciente con una vigencia de hasta 6 meses.

Finalmente la enfermera asigna la cita médica e inscribe en los módulos educativos.

El día de la cita médica la enfermera busca la HC, realiza la valoración preconsulta con la toma de TA, peso, talla, toma de Glucometría si es necesario así como confirmar que el paciente ha traído los exámenes necesarios vigentes.

CONTROLES La enfermera se encargara de los controles bimensuales ó mensuales del paciente en los cuales se chequea Peso, TA se revisa valor glicémico, se refuerza educación y se programa la siguiente cita medica.

Participa en los módulos educativos además estará en capacidad de capacitar al paciente en el manejo de los glucómetros, la aplicación de la insulina de manera individual cuando ellos lo requieran.

2) Control Médico Diabetologo (duración 20-30min) frecuencia 3-4 año

El paciente es valorado siempre por medico Diabetologo quien realiza historia Clinica completa, examen físico completo incluido chequeo vascular de miembros inferiores, sensibilidad, fuerza.

El médico hace el diagnostico general así como definición de riesgo específico de cada paciente en cuanto a la diabetes y su riesgo. Definirá la conducta a seguir en cada caso, remitirá a los especialistas y servicios de apoyo necesarios y participara dando charlas dentro de los módulos educativos.

3) Consulta nutricionista (duración 20 min.) Frecuencia anual 3

Se evaluara cada paciente de forma individual y se definirá un plan de alimentación acorde a cada caso teniendo en cuenta aspecto tanto de enfermedad como gustos y factor económico.

Participara en los módulos educativos coordinando talleres de nutrición.

4) Control psicología (duración 30 min.) frecuencia anual 2

En aquellos casos que el medico considere el paciente sera valorado por la sicóloga de manera individual, para mejorar la adherencia al programa así como la aceptación de la enfermedad. Además de ofrecer apoyo en situaciones personales especiales. La sicóloga participara en los módulos educativos para dar charlas de grupo.

5) Módulos educativos

Se entregara a cada paciente que asista una copia escrita de cada modulo.

Se harán 1 ó 2 veces al mes.

Duración de las charlas promedio 1 hora.

Participaran todos los miembros del equipo de cuidado.

Los laboratorios farmacéuticos podrán apoyar de manera logística.

6) Temas de presentación.

- A) Aspectos generales
- B) Complicaciones agudas manejo de medicamentos orales e insulina
- C) Taller de insulina aparte solo para paciente que reciben insulina
- D) Taller de nutrición
- E) Ejercicio.
- F) Complicaciones crónicas, (retinopatía, falla renal, IM, amputaciones, neuropatías, etc.)
- G) Auto monitoreo
- H) Vacunación, vida sexual,

I) Cuidados de salud general mamografía, citología, PSA, urología, odontología.

Costos del Programa

El total de los costos están siendo calculados.

En el presente el programa ya esta en operación con un internista, enfermera, y trabajadora social. Los Hospitales Carlos Carmona e Isaías Duarte Cancino ya tratan más de 1,500 pacientes diabéticos. De los cuales la mayoría son también hipertensos. La Fundación Manos Unidas por Colombia, asistirá en el desarrollo del programa trabajando activamente en conseguir el soporte necesario. A través de la Fundación se consiguió el soporte del laboratorio de Tecnoquímicas para el tratamiento de 500 pacientes durante todo el año. La doctora endocrinóloga Inés Lucia Martínez ha donado su tiempo para ser la endocrinóloga de soporte en el programa.

En el presente, estamos en el proceso de completar el análisis de los costos para asegurar que un número grande determinado de pacientes se le pueda garantizar el tratamiento inicial y seguimiento necesario. Esperamos que con el soporte de todos podamos cubrir el tratamiento que se discutió en el programa para por lo menos 1000 pacientes y ojala el cubrimiento total de la población diabética e hipertensa del Distrito de Aguablanca en Cali, Colombia.

Costo de un programa para control de la diabetes e hipertensión para una población de 1.500 personas, 500 de ellas sin seguridad social.

Costo total: USD 350.000

Faltante: USD 150.000 representados en:

Costos honorarios profesionales: USD 50.000 (año)

Exámenes de laboratorio: USD : 40.000 (año)

Papeleria y administración: USD : USD 15.000 (año)

Medicinas: USD 45.000 (año)

Les suministraríamos atención médica permanente con controles de acuerdo al protocolo establecido, exámenes de laboratorio, conferencias a las familias, folletos ilustrativos para una adecuada alimentación y el manejo de la enfermedad.

El costo está basado en que ya hemos conseguido el soporte de Tecnoquimicas en gran parte de los medicamentos y que los hospitales nos brindan el apoyo de la trabajadora social, enfermeras y algunos exámenes de laboratorio .

