# PROPUESTA DE DESARROLLO DEL SISTEMA DE DIGANOSTICO DE RIESGO EN LA SALUD

Corporación Universitaria Adventista de Colombia

Facultad de Salud

Atención Pre Hospitalaria en Urgencias Emergencias y Desastres

Daniel Ospina

Luis Hurtado

Medellín, Colombia 2014

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto Laboral Tecnológico: **" Propuesta de desarrollo del sistema de diagnóstico de riesgo en salud "**, elaborado por los estudiantes: DANIEL HUMBERTO OSPINA y LUIS FERNANDO HURTADO AYALA del programa de TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

Aprobado - Aceptable

Medellín, Octubre 29 de 2014

**LIC. MILTON ANDRÉS JARA**
Coordinador Investigación FCS

**ESP. LINA ORTIZ**
Asesor Metodológico

**DANIEL HUMBERTO OSPINA**
Estudiante

**LUIS HURTADO AYALA**
Estudiante

Se agradece por su contribución al desarrollo de este proyecto a Google, Lina Ortiz Vargas, Milton Jara, Elizabeth Hoyos, Sergio Valencia, Freddy Mendoza, Corporación Universitaria Adventista, IADPA, Coordinadores de Impacto Sao Paulo, Universidad de Medellín, Estudiantes de Atención pre hospitalaria 1° ,2° y 3° semestre y enfermeras de 1°semestre.

Se dedica este trabajo primeramente a Dios por su amor y misericordia hacia nosotros y a nuestras madres Magdalena Ayala Forero y Aleida Pórtela Perdomo.

RESUMEN ..... **¡Error! Marcador no definido.**

INTRODUCCION ..... 10

capitlo 1 PANORAMA DEL PROYECTO ..... 11

1.1 Justificación ..... 11

1.2 Planteamiento del Problema..... 12

1.3 Objetivo Principal..... 15

1.4 Objetivos Específicos ..... 15

1.5 Viabilidad..... 15

1.6 Limitaciones del proyecto..... 16

1.7 Alcance de la Investigación ..... 16

CAPÍTULO 2 MARCO TEORICO ..... 17

2.1 Marco Conceptual ..... 17

2.2 Marco Referencial ..... 19

2.3 Marco Institucional..... 24

2.4 Marco Legal ..... 25

2.5 Marco teórico ..... 25

CAPITULO 3 DIÁGNOSTICO O ANÁLISIS ..... 31

3.1 Descripción de la Población..... 31

3.2 Árbol de problema y áreas de intervención ..... 32

..... 32

Capitulo 4 DISEÑO METODOLÓGICO ..... 33

4.1 Alcance del proyecto ..... 33

4.2 ENFOQUE ..... 33
4.3 Selección de Muestra ..... 34
4.4 Instrumentos recolección de información ..... 34
4.5 Análisis confiabilidad instrumentos ..... 35
4.6 Estrategia análisis de datos ..... 35
4.6 Aspectos éticos de la investigación ..... 36
Cronograma de actividades ..... 37
CAPITULO 5 Conclusiones y recomendaciones ..... 41
5.1 Conclusión ..... 41
5.2 Recomendaciones ..... 42
Referencias ..... 45
ANEXO 1 ..... 49
ANEXO 2 ..... 55

RESUMEN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

Facultad de Ciencias de la Salud

Atención Pre Hospitalaria en Urgencias, Emergencias y Desastres

PROPUESTA DE DESARROLLO DEL SISTEMA DE DIGANOSTICO DE RIESGO EN LA SALUD


Integrantes del Grupo: Integrante Uno (Luis Fernando Hurtado Ayala )

Integrante Dos (Daniel Humberto Ospina Portela)

Asesor Temático: Magister en psicologia Lina Maria Ortiz Vargas

Asesor Metodológico: Lic. Teología, Antropólogo, Majister (C) en Educación. Milton Andres Jara Ramirez


Fecha de Terminación del Proyecto: Octubre 15 de 2014

**Problema**

Hay tres tendencias preocupantes mencionadas en el informe de salud 2008 de la OMS (5) los cuales son:

- Los sistemas de salud demasiado concentrados en una oferta restringida de atención curativa especializada;
- Enfoque que da mando y control a las luchas contra enfermedades, centrándose en resultados a corto plazo, provocando una fragmentación de la prestación de servicios;
- Los sistemas de salud que basan la gobernanza en la no intervención o laissez-faire, lo que permite que prospere la atención de carácter comercial no regulada.

Estas tendencias no permiten a los seres humanos tener un grado máximo de salud.

## Método

Después de haber realizado 4 pruebas en con la población de la Universidad de Medellín se evidencio la posibilidad de acceder a un diagnóstico de riesgo de enfermedad coronaria, diabetes o dependencia al consumo de alcohol y/o tabaco a 101 personas en dos horas en la mejor de las pruebas que fue la numero 4, habiendo participado en esta mejor prueba 12 estudiantes de primer semestre de APH de la universidad Adventista, 4 trabajadores de IADPA y los dos autores de este proyecto, esto consecuencia de la observación de pruebas anteriores analizando sus errores causantes de ineficiencia y procurando corregir y mejorar con cada prueba. Se puede concluir que la clara asignación de tareas al personal y el que este no sea tan numeroso preferiblemente menor a 15 personas así no sean capacitados y la utilización de google formas como simulador de un programa de recopilación de datos estadísticos con conectividad inalámbrica dan al sistema mayor eficiencia que cuando se intentaba recopilar los datos con otros métodos como test impresos o encuestadores preguntando la información.

Fue de gran aceptación en los participantes tanto voluntarios como el público participante las cortas charlas en estilo de vida saludable que se integraron y brindaron como parte del diagnóstico que se pretendía hacer en ellos, la acogida fue absoluta y no hubo un solo participante que presentara comentarios negativos en la última prueba acá descrita.

La información recolectada en el total de las pruebas fue suministrada al Médico responsable de la oficina de salud de la Universidad Medellín para que este al analizarlas pueda determinar que emprendimientos serían los más efectivos en pro de la salud de su cuerpo estudiantil.

El método fue adicionalmente ilustrado a personal misionero que viajo a panamá, con un reporte satisfactorio a su regreso, se continúan haciendo pequeñas pruebas con estudiantes de teología en comunidades donde están desarrollando obra misionera, el material y guía para desarrollar un sistema diagnóstico de riesgo ha sido almacenado en la internet y compartido a varios grupos interesados en usarlo como herramienta en la labor medico asistencial que pretender desarrollar en una comunidad, de esta manera podremos contar con más pruebas la eficiencia del sistema.

Este es el primer paso de las mil millas que tenemos que caminar, con el fin de llegar a desarrollar un sistema y un método eficiente para la recopilación de información en salud de poblaciones para así determinar cuáles son sus problemas prevalentes, determinar los más urgentes, y darles solución, determinar cuál es su riesgo de enfermedades crónicas prevenibles y diseñar la intervención más idónea, poder planear misiones medicas con altos porcentajes de eficiencia y efectividad, dar al sistema de salud y gobiernos locales a cargo información precisa y actual para que estos puedan asignar sus recursos en la manera más eficiente y desplegar atención a la población que busque brindar a toda persona su mejor estado de salud posible y replicar estas iniciativas para así lograr la cobertura universal inicialmente por comunidades, luego ciudades, departamentos y finalmente en todo el territorio colombiano.

## Resultados

Mirar anexo 1

## Conclusiones

Con la información recolectada de la población muestra (mirar anexo 1) se tiene la información necesaria para elegir un método de acción en mejorar la salud de dicha población.

## INTRODUCCION

La evidencia muestra cómo el estilo de vida llega a ser un gran determinante de la salud en un ser humano, entendiendo la salud integralmente como el completo bienestar físico, mental y social de la persona es fundamental brindar una atención de manera idónea, lógica y constante a las problemáticas reales que esta enfrenta en nuestros tiempos que no solo se ven ejemplificadas a nivel mundial sino que se padecen en este territorio. También es importante analizar el estado de los sistemas sanitarios actuales que pueden llegar a funcionar mucho mejor cada día por lo tanto es imperativo reconocer que aspectos deben ser intervenidos para su óptimo funcionamiento y diseñar estrategias para su mejoramiento con el continuo enfoque la cobertura universal con calidad. Es por eso que se propone el DE DESARROLLO DEL SISTEMA DE DIGANOSTICO DE RIESGO EN LA SALUD, un sistema de trabajo compuesto de herramientas y técnicas organizacionales donde se pueda identificar, registrar y tabular la información de las necesidades en salud presentes y el riesgo de sufrir enfermedades a futuro de grupos humanos o poblaciones. Con esta información temprana del estado de salud y riesgo de enfermedad en un grupo específico de personas se busca dar el manejo más eficiente posible de los todos recursos asignados para la atención en salud de este grupo. Es necesario desarrollar una atención específica a la salud de cada población que tiene sus características peculiares enfocando esfuerzos en los puntos mayormente determinantes de la salud humana como los son el estilo de vida, la

intervención de enfermedades prevenibles y el atendimiento de las situaciones de enfermedad que son curables.

# CAPITLO 1 PANORAMA DEL PROYECTO

## 1.1 Justificación

La salud de una persona, es el completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de la enfermedad. La salud entendida integralmente es determinada por los siguientes factores:

- Biología humana : "Son los genes transmitidos de padres a hijos, estos dan la apariencia de una persona, capacidades mentales y talentos naturales, también la probabilidad de contraer ciertas enfermedades" (1)
- Entorno: "Conjunto de circunstancias o condiciones exteriores a un ser vivo que influyen en su desarrollo y en sus actividades." (2)
- Sistema sanitario: "son las organizaciones que prestan servicios sanitarios que tiene una influencia definida en el objetivo último del sistema – la salud." (3)
- Estilo de vida : "conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo" (4)

**Comentario [1]:** definicion biologia humana http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002048.htm

**Comentario [2]:** definicion sistema de salud http://www.who.int/features/qa/28/es/

Estos factores surgen de los estudios que serán descritos más adelante.

Es pertinente sumar a estos factores a las tres tendencias preocupantes mencionadas en el informe de salud 2008 de la OMS (5) los cuales son:

- Los sistemas de salud demasiado concentrados en una oferta restringida de atención curativa especializada;
- Enfoque que da mando y control a las luchas contra enfermedades, centrándose en resultados a corto plazo, provocando una fragmentación de la prestación de servicios;
- Los sistemas de salud que basan la gobernanza en la no intervención o laissez-faire, lo que permite que prospere la atención de carácter comercial no regulada.

De acuerdo con lo anterior es fundamental atender de manera idónea, lógica y constante las problemáticas reales de la salud que no solo se ven ejemplificadas a nivel mundial sino que se padecen en este territorio. La evidencia muestra cómo el estilo de vida llega a ser un gran determinante de la salud en un ser humano y que la herencia genética junto con un sistema sanitario como el actual representa una parte mínima determinante en la salud del individuo. Es por eso que se propone desarrollar el SISTEMA PARA EL DISGNOSTICO DEL RIESGO (SDR), donde se pueda identificar, registrar y tabular las necesidades en salud presentes y el riesgo de sufrir enfermedades, ya que la información temprana en salud de un grupo específico de personas permite un mejor manejo de los recursos asignados para la atención en salud de este grupo. Es necesario desarrollar un sistema de salud a la medida de la población enfocando esfuerzos en los puntos mayormente determinantes de la salud humana como los son el estilo de vida.

## 1.2 Planteamiento del Problema

En la asamblea del año 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso la meta de alcanzar la cobertura sanitaria universal. Esta decisión fue llevada a cabo por la convicción de que las personas tienen derecho al acceso a una mejor salud sin deterioro económico. La atención primaria en salud es un medio poderoso para mejorar las

condiciones de la salud, el bienestar y promover el desarrollo humano. Brindar pleno acceso a servicios de calidad en materia de promoción de salud, prevención, tratamiento, entre otros no puede alcanzarse sin los datos científicos que proporciona la investigación a partir de los cuales se debe construir la Atención Primaria en Salud y el sistema sanitario.

El 22 de julio de 1946 en la ciudad de New York entró en vigor la constitución de la OMS (6) la cual declara los principios básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos. En suma estos principios declaran:

- La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades
- El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción ninguna
- La salud es fundamental para lograr la paz, la seguridad, el desarrollo y para vivir en armonía con un mundo cambiante
- Para alcanzar el grado máximo de salud es indispensable la más alta cooperación de las personas y de los estados y que estos últimos como responsables de la salud de sus pueblos deben adoptar las medidas sanitarias y sociales adecuadas.

**Comentario [3]:** Citar correctamente

La cobertura sanitaria universal está enfocada en mejorar la salud de los individuos. Todos tienen derecho al mejor estado de salud posible lo cual precisa cooperación de personas y el estado. Es en esta etapa donde entran en juego los resultados de la investigación cuyos resultados permiten que el trabajo se enfoque en alcanzar un grado mayor de salud en los individuos. Si se logra esta meta como resultado mejorara el desarrollo, la paz y la seguridad.

En este orden de ideas el informe sobre la salud del mundo 2008 (5) expone:

> los sistemas de salud elementos fundamentales de la estructura de las sociedades contemporáneas no están funcionando todo lo bien que podrían y deberían, adicionalmente los sistemas de salud están evolucionando en direcciones que contribuyen poco a la equidad y la justicia social y no obtienen los mejores resultados sanitarios posibles por los recursos invertidos dando como resultado personas cada vez más descontentas ante la incapacidad de los servicios de salud en satisfacer cobertura, demanda, expectativas y nuevas necesidades.

Esto invita a reconocer que los sistemas de salud actuales son mejorables. En pro de este ideal se debe analizar donde deben ser intervenidos para la óptima satisfacción en salud de

las personas, las cuales son el propósito de estos sistemas.

En concordancia con lo aquí expuesto cabe preguntar:

¿Porque existen aún poblaciones sin sistemas de salud?

¿Porque el desequilibrio entre oferta y demanda en los sistemas de salud?

¿Porque las expectativas de las personas no son satisfechas de la manera adecuada?

¿Porque no se cubren integralmente las nuevas necesidades en salud?

Este mismo informe sobre la salud en el mundo 2008 (5) expone 5 fallos comunes en la prestación de salud:

- Atención inversa: El sistema se concentra en quienes gozan de más medios y necesitan menos atención; descuidando a los que tienen menos medios y más problemas de salud.
- Atención empobrecedora: Por falta de cobertura en salud, los costos sumergen a las personas en la pobreza cuando sufren una enfermedad.
- Atención fragmentada y en proceso de fragmentación: La excesiva especialización de los proveedores de atención de salud impide que se adopte un enfoque integral con respecto a las personas y las familias atendidas.
- Atención peligrosa: Cuando los sistemas no están diseñados adecuadamente y no garantizan las condiciones de seguridad e higiene necesarias, se registran altas tasas de infecciones nosocomiales y eventos adversos que constituyen una causa subestimada de mortalidad y morbilidad.
- Orientación inadecuada de la atención: La asignación de recursos se concentra en servicios curativos, que son muy costosos, pasando por alto las posibilidades que ofrecen las actividades de prevención primaria y promoción de la salud, disminuyendo el 70% de la carga de morbilidad. Al mismo tiempo el sector salud carece de los conocimientos necesarios para mitigar las repercusiones negativas en la salud desde otros sectores y aprovechar todo lo que esos otros sectores puedan aportar a la salud.

Ciertamente es necesario el conocimiento de lo expuesto anteriormente, pues teniendo claro en qué área se debe mejorar, se podrá generar un mayor impacto, en resumen enfocar todo el esfuerzo y trabajo en el mejoramiento de la salud de todo individuo, en concordancia con la constitución de la OMS.

## 1.3 Objetivo Principal

- Diseñar un sistema para el diagnóstico del riesgo en la salud aplicando esta información en la optimización de los recursos de la atención primaria en salud.

## 1.4 Objetivos Específicos

- Facilitar el acceso al enfoque preventivo de la salud.
- Recolectar información para hacer posible el acceso a una mejor salud.
- Obtener estadísticas a nivel de poblaciones en áreas específicas referidos a la prevención y atención en salud.
- Analizar las necesidades en salud presentes del individuo
- Identificar el riesgo de enfermedad en el individuo.

## 1.5 Viabilidad

La ejecución del proyecto es posible gracias a que el sistema es compuesto por instrumentos ya existentes y validados esto sin desconocer los nuevos avances en tecnología que pueden beneficiar al sistema. Los diseñadores del SDR tienen conocimiento del área de trabajo, además una vez el SDR sea aplicado su propósito es cubrir la necesidad existente de conocer el estado de salud en una población. Para la mejor toma de decisiones esta información es vital como lo daba a conocer el director de La IPS Universitaria de Antioquia en conferencia sobre las dificultades presentadas en dar atención en salud a la isla de San Andrés y Providencia “no se ha podido desplegar la capacidad tecnológica que tenemos nosotros en prestación de servicios de salud” (7) . El SDR conforme a la

recolección de datos puede abastecerse con personal de nivel técnico hasta profesional y tiene el potencial de atraer patrocinio en las áreas de la estadística, la salud, entre otros.

## 1.6 Limitaciones del proyecto

El completo desarrollo y ejecución de este proyecto se ve limitado por los bajos recursos con los que se cuenta, lo cual dificulta adquirir equipos de sistemas, electrónicos, softwares de estadística idóneos que optimizaran la recolección y tabulación de datos.

Por el momento se está trabajando con software gratuitos como google formas y pspp versión gratuita, estos son adaptables a la tarea, mas no específicos, existen software especializados, necesario para una ejecución más completa del diagnóstico de salud pero su costo es elevado.

Junto a la falta de recursos materiales y económicos el factor tiempo es también un limitante.

## 1.7 Alcance de la Investigación

| **Alcance esperado** | **Plazo (años) después de finalizado el proyecto: corto (1-4 ), mediano (5-9), largo (10 o más)** | **Indicador verificable** | **Supuestos *** |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| Mejorar la salud primaria de una población conociendo sus necesidades presentes y futuras | 1-4= establecer el sistema un marco legal y operativo ej.: organización no gubernamental, entidad privada) | Constitución legal ante cámara de comercio | Asesoría legal y profesional para conformar organización |

# CAPÍTULO 2 MARCO TEORICO

## 2.1 Marco Conceptual

- Atención primaria en salud: La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un enfoque de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (8)

- Biología humana: “Son los genes transmitidos de padres a hijos, estos dan la apariencia de una persona, capacidades mentales y talentos naturales, también la probabilidad de contraer ciertas enfermedades.” (1)
- Cobertura sanitaria universal: “es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos” (9)
- Diagnóstico: “Recoger y analizar datos para evaluar problemas de diversa naturaleza. Determinar el carácter de una enfermedad mediante el examen de sus signos.” (10)
- Estilo de vida**: “**conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo” (4)
- Entorno: “Conjunto de circunstancias o condiciones exteriores a un ser vivo que influyen en su desarrollo y en sus actividades.” (2)

- Morbilidad: “Proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado.” (11)
- Salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (6)
- Sistema: “Conjunto de cosas que relacionadas entre sí ordenadamente contribuyen a determinado objeto.” (12)
- Sistema curativo**: “**del latín curare Disponer o costear lo necesario para la curación de un enfermo.” (13)
- Sistema preventivo**:** “sistema que dispone con anticipación, prepararse de antemano para algo.” (14)
- Sistema sanitario: “Un sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primordial es mejorar la salud” (15)
- Laissez-faire: **“**a expresión francesa que significa «dejen hacer, dejen pasar», refiriéndose a una completa libertad en la economía: libre mercado, libre

manufactura, bajos o nulos impuestos, libre mercado laboral y mínima intervención de los gobiernos.” (16)

## 2.2 Marco Referencial

Como dijo la Dr. Margaret chan “cuando asumí el cargo en 2007 me comprometí claramente a reorientar el interés de la OMS hacia la atención primaria de salud…actualmente se reconoce que hay poblaciones rezagadas y que se están desaprovechando oportunidades que recuerdan lo que dio lugar, hace 30 años, al cambio de paradigma de alma ata en la forma de concebir la salud.” (5). Se puede ver que el tema de la “atención primaria” no es nada nuevo. Ya son más de 30 años que se le ha puesto interés específicamente por la OMS. Los aspectos mejorables en atención primaria se conocen hace tiempo, el reto ha sido en alcanzar las metas que se han colocado por ser “inadecuadas e ingenuas” (5). Esto no significa que no ha habido estudios sobre el tema. De hecho, algo que ha fomentado el mejoramiento de la atención primaria en salud ha sido toda aquella información que se ha recolectado a través de los años en las falencias y estudios de la salud alrededor del mundo. A continuación se nombran unos cuantos de los muchos estudios que hay, que señalan la importancia del problema hoy en día:

Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (Serie “Salud para todos», Nº 1). (8)

> Esta conferencia fue realizada para expresar la necesidad urgente de tomar acción por todos los gobiernos, trabajadores de salud y la comunidad mundial para proteger y promover la salud de las personas en el mundo. La declaración que se acordó en esta conferencia está compuesta de 10 puntos los cuales son:

1-La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.
2-La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.
3-El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial. "
4-El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.
5-Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales e de la comunidad mundial entere en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.
6-La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.
7-La atención primaria de salud:
-Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;
-Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;

-Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;
-Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;
-Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;
-Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;
-Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.
8-Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.
9-Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.
10-Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.

La conferencia intergubernamental tuvo delegados de 134 gobiernos y representado por 67 miembros de la organización de las naciones unidas, organizaciones especializadas y organizaciones no gubernamentales en relación especial con OMS Y UNICEF. En los tres días que estuvieron en reunión llegaron a la conclusión que la salud del mundo no era adecuada ya que más de la mitad de la población no tenía cobertura de salud. Es de aquí de dónde sacaron las metas para mejorar la salud primaria mundial. Esta declaración ha sido revisada varias veces desde que fue escrita, pero en todas las revisiones mantiene la esencia de los 10 puntos declarados.

Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Copenhague, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, 2006 (Studies on social and economic determinants of population health nº 3). (17)

Este estudio está basado en las dificultades que tiene Europa en términos de salud. Explica que para poder idear un plan para mejorar la salud se tiene que conocer que es lo que ha pasado y está pasando. Para poder remendar las fallas de la sociedad se tiene que conocer la historia. Se muestran diferentes datos de la salud en Europa en diferentes tiempos para poder darse cuenta que fallas sociales están presentes. La primera parte del discurso termina especificando que está creciendo el reconocimiento del problema. La segunda parte del discurso habla de pólizas y experiencia obtenida. Estas son como crecimiento económico para la mejora de las fallas, la diferencia en inaptitudes y salud, desempleo, el mal uso de tabaco y alcohol, entre otros. La tercera parte del discurso habla sobre el desarrollo de estrategias orientadas a la equidad. Todas están enfocadas a la mejoría de salud en Europa. En resumen se tiene que conocer el pasado y presente estado de la situación para poder mejorar el futuro.

Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental y Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental. People at the center of health care: harmonizing mind and body, people and systems. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007. (18)

Este documento habla sobre la noción de la atención sanitaria centrada en las personas. Equidad y justicia en las políticas es el enfoque que se busca en la atención sanitaria. El desarrollo de programas basado en los principios éticos como la calidad de la atención de la salud, la seguridad del paciente, la dignidad humana, el papel de las familias, la cultura y la sociedad, los factores psicosociales y culturales más amplios de la salud y la ética médica relacionados con la práctica, la investigación y la educación. Las enfermedades hoy en día han cambiado de un aspecto infeccioso a un aspecto crónico. Diabetes, depresión y enfermedades cardiovasculares representan en la actualidad más de la mitad de la carga de la enfermedad a nivel mundial. Esta realidad causa que los pacientes tengan contacto con más de un médico. Con la infraestructura de salud básica y los servicios esenciales de salud actuales, las personas esperan

ahora los sistemas, organizaciones y los profesionales de salud que suban a un nivel más alto de desempeño y adopten un enfoque más humanista e integral para el cuidado de la salud, donde la persona que necesita atención es visto y respetado como una persona completa con necesidades multidimensionales. Hoy en día la dirección de los servicios de salud están tan enfocados en "aliviar y sacar" al paciente que no se trata al paciente como se debiera.

Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008 9. . Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. (19)

En Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008 se presentan las estadísticas de salud más recientes de los 193 estados miembros de la OMS. Esta publicación consta de dos partes. La parte 1 presenta 10 cuestiones temáticas destacadas, basadas en publicaciones recientes o en resultados de nuevos análisis de los datos existentes. La segunda parte presenta los indicadores sanitarios básicos en forma de seis tablas para todos los Estados Miembros de la OMS: mortalidad y carga de morbilidad; cobertura de los servicios de salud; factores de riesgo; recursos en los sistemas de salud; inequidades en la cobertura de la atención de salud y los resultados sanitarios, y estadísticas demográficas y socioeconómicas básicas. Esta edición incluye por vez primera datos sobre tendencias en los casos en los que se dispone de estadísticas de calidad aceptable.

Hart T. The inverse care law. Lancet, 1971, 1:405–412. (20)

La disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente con la necesidad de la población atendida. Esta ley de atención inversa opera más completa donde la atención médica es más expuesta a las fuerzas del mercado, y en menor medida en la que se reduce de tal exposición. El mercado de distribución de atención médica es una forma social primitiva e históricamente obsoleto, volver a ella sería exagerar aún más la mala distribución de los recursos médicos.

Aunque la publicación deja claro que los servicios médicos no son el principal determinante de la mortalidad o la morbilidad; Estos dependen más de la baja calidad de la alimentación, la vivienda, el medio ambiente del trabajo y la educación y la presencia o ausencia de la guerra. La alta mortalidad y la morbilidad de los valles de Gales del Sur surgen principalmente de estándares más bajos en la mayor parte de estas variables, ahora y en el pasado reciente, y no de los estándares más bajos de atención médica. Pero aun así existe una ley inversa de la atención y prestación del servicio sanitario.

Fries JF et al. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. New England Journal of Medicine, 1993, 329:321–325. (21)

> La necesidad médica de una población representa la carga de su enfermedad. La demanda Médica representa el nivel de servicio solicitado para una necesidad particular. Los costos de atención médica son, en gran parte, una función de la necesidad y la demanda. La revisión de los programas de educación de salud diseñados para reducir los riesgos de salud y reducir los costos identificó treinta y dos programas con eficacia documentada, por lo general el logro de reducciones del 20 por ciento. Características específicas del programa, incluyen la auto-gestión de la enfermedad crónica, la reducción del riesgo, y el aumento de la autoeficacia. Una definición más amplia de promoción de la salud centrado en el aumento de la responsabilidad personal por las acciones relacionadas con la salud y dirigida a la mejora de los resultados de salud a largo plazo también podría reducir los costos de atención de salud.

Blendon RJ et al. Inequities in health care: a five-country survey. Health Affairs, 2002, 21:182–191. (22)

> Este trabajo presenta los resultados de un estudio comparativo en cinco países: Australia, Canadá, Nueva Zelanda, el Reino Unido y los Estados Unidos. El estudio revela un alto nivel de insatisfacción de los ciudadanos con los sistemas de atención de salud en los cinco países. Los ciudadanos con ingresos por debajo de la media nacional fueron más propensos que aquellos con ingresos más altos para estar insatisfechos. Este artículo es el tercero de una serie de estudios comparativos de las opiniones de los ciudadanos y las experiencias con sistemas de salud en cinco los países .1 Examina un principio central de los sistemas de salud universales: que la cobertura universal mitiga las desigualdades en conseguir el acceso y pagar por el cuidado de la salud. Estas desigualdades son motivo de preocupación debido a la mayor carga de la enfermedad que padecen las personas con menor ingreso .2 El documento también analiza las tendencias generales entre los países, algunos de los cuales se extienden más de once años.

## 2.3 Marco Institucional

La Corporación Universitaria Adventista (UNAC**)** (23) declara como su misión:

> Propiciar y fomentar una relación transformadora con Dios en el educando por medio de la formación integral en las diferentes disciplinas del conocimiento, preparando profesionales competentes, éticamente responsables, con un espíritu de servicio altruista a Dios y a sus semejantes, dentro del marco de la cosmovisión bíblico cristiana que sustenta la Iglesia Adventista del Séptimo Día
> La universidad tiene como objetivo la formación integral, y para con Dios y con el prójimo para un desenvolvimiento altruismo en la sociedad.

## 2.4 Marco Legal

Derecho a la salud (3)

- La Constitución de la OMS establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.
- El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria.
- El derecho a la salud significa que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano.
- Los problemas de salud suelen afectar en una proporción más alta a los grupos vulnerables y marginados de la sociedad.

## 2.5 Marco teórico

Unos siglos atrás  los individuos se consideraban longevos si llegaban a los 30 años, sobrevivir a la infancia era sobresaliente pues durante muchos siglos la mortalidad infantil fue tan elevada que una costumbre tradicional era las familias numerosas, la presencia de muchos niños en la familia garantizaba la supervivencia por lo menos de algunos de ellos. Existe el enfoque de que la longevidad humana está programada por vía genética esta teoría comenzó con Gregor Mendel (1822-1884) monje agustiniano que sentó las bases de la genética moderna mediante experimentos realizados con arvejas en el jardín de un monasterio. En la actualidad los genetistas investigan los factores determinantes de la duración de la vida humana mas no se ha logrado identificar un gen del envejecimiento que sea responsable de limitar la duración de la vida. La observación evidencia que las células tienen una capacidad finita de reproducción. Al transcurrir del tiempo o bien se podría decir a medida que envejecen, los genes pierden la capacidad de elaborar las sustancias necesarias para desempeñar sus funciones especializadas incluso asegurar su propio

mantenimiento. Los radicales libres, las mutaciones del ácido desoxirribonucleico celular (ADN) y el proceso de muerte celular programada constituyen algunos de los factores que actúan en concordancia para afectar el funcionamiento celular. Desde hace décadas los avances en el área de la salud han sido exponenciales como se demuestra en el conocimiento sobre genética. En los últimos 100 años la expectativa de vida de un ser humano en el hemisferio occidental en un país desarrollado tiene una esperanza de vida de 71 a 79 años, hace un siglo era de 35 y en Europa, India o China ni siquiera llegaba a 25 años. Si bien la esperanza de vida se incrementó en el transcurso de los años la longevidad humana se mantuvo virtualmente inalterada. A la luz de la evidencia científica han surgido loables ideales como lo son alcanzar una cobertura en salud universal y que todo ser humano pueda alcanzar su máximo grado de salud posible. Es vital el entendimiento que se tiene por salud hoy en día con una concepción integral como se describe en el capítulo anterior, esto permite diseñar sistemas bien enfocados en el alcance de los ideales anteriormente mencionados.

Por ende en 1978 en la conferencia internacional de atención primaria en salud (APS) fue escrita la declaración de Alma Ata. Allí se estableció el potencial de la APS para lograr alcanzar la cobertura en salud universal. Con ese objetivo la APS se convierte en la iniciativa global encaminada en proporcionar a cada ser humano su mejor estado de salud alcanzable. Fue acordado por los países participantes implementar la atención primaria en salud entendida como la atención en salud basada en:

- La práctica científicamente solida
- Con métodos y tecnología universalmente accesibles a individuos y familias en la comunidad
- Que pueda ser implementada con plena participación de la comunidad
- A un precio en el que la comunidad y su país pueda costear.

En el concepto de Alma Ata se incluye que la APS no debe excluir:

- La promoción de la correcta nutrición y su cadena de abastecimiento

- El suministro de agua segura y alcantarillado
- El cuidado de la materna incluyendo la planeación familiar y vacunación
- La prevención y control de enfermedades endémicas
- El apropiado tratamiento de enfermedades y lesiones y la provisión de medicamentos.

Alma Ata es claro ejemplo del esfuerzo por brindar atención integral en salud a un grupo específico de personas con el objetivo de impactar a toda comunidad perteneciente a un pueblo o nación y de esta manera buscar la cobertura universal.

Por otra parte los cambios sociales reales ocurren cuando oficiales y comunidades con recursos y conocimientos relevantes trabajan junto a la comunidad necesitada perseverando en el alcance de las prioridades que tienen en común. Esto se ha visto truncado a causa de guerras, epidemias, riesgos de pandemias que socavaron el ideal de la APS a nivel mundial. Deben entonces hacerse tanto aproximaciones horizontales comprensivas como verticales o selectivas en las cuales el individuo y comunidad puedan obtener atención integral. Todo esto con el fin de perseverar en el propósito de la cobertura universal y dar a cada ser humano la oportunidad de alcanzar su mejor estado de salud posible.

Es pertinente mencionar los determinantes de la salud de un ser humano para concretar la contextualización del asunto tratante que es brindar atención integral en salud al ser humano, a todo ser humano. Desde la antigüedad han preocupado las causas, condiciones y circunstancias que determinan la salud, lo que se conoce a partir de los años 70 como determinantes (24). Varios modelos han intentado explicar la producción o pérdida de salud y sus determinantes. Entre los modelos clásicos, toma especial relevancia el modelo integral de Laframbroise (1973) (25), desarrollado por Marc Lalonde (1974) (24), ministro de sanidad canadiense, en el documento Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses. Lalonde de Canadá expone con mayor claridad lo que Laframbroise había iniciado algunos años atrás.

Los determinantes que serán mencionados provienen del análisis de los estudios:

- Mortality in relation to smoking**:** 50 year`s observation on male British doctors (26)
- Epidemiological approaches to heart disease: The Framingham study (27)
- Dever. An epidemiological model for health policy analysis (28)
- Lalonde**.** A new perspective on the health of Canadians (29)

Estos determinantes son (28):

- La Biología Humana alrededor del 27% que son los genes transmitidos de padres a hijos, estos dan la apariencia de una persona, capacidades mentales y talentos naturales, *también la probabilidad de contraer ciertas enfermedades*
- El Entorno alrededor del 19%: esto es el medio ambiente en el cual se desarrolla el individuo
- El Sistema sanitario alrededor del 11% que son "las organizaciones que prestan servicios sanitarios que tiene una influencia definida en el objetivo último del sistema – la salud
- El Estilo de vida alrededor del 43% entendido como el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo. Si se excluyen las muertes de menores de 5 años este porcentaje se eleva al 53%.

Este modelo ha tomado gran relevancia por su integridad como explicación a la pérdida de salud y sus determinantes, pues acorde con la evidencia científica actual la carga genética son las balas en el revólver que están listas a ser accionadas y los hábitos junto con el medio ambiente activarán estos genes como el gatillo en el arma y de esta manera se perpetuaran en las siguientes generaciones. El medio ambiente es considerado un precipitante en la pérdida de salud, especialmente en las grandes ciudades donde la población tiende a vivir menos años en comparación con aquellos individuos cuya existencia se da mayormente en zonas rurales, más naturales, y menos impactadas por la polución o violencia. Es de resaltar que el sistema sanitario representa poco porcentaje, lo cual tiene su explicación en que el sistema de salud se concentra en la asistencia médica curativa siendo sus recursos altamente comprometidos en el tratamiento de enfermedades crónicas e incluso prevenibles, adicionalmente las enfermedades crónicas son costosas más allá de la capacidad económica de los gobiernos y sus instituciones en muchos países.

Adicionalmente existen tres tendencias preocupantes mencionadas en el informe de salud 2008 OMS los cuales son (5):

- Los sistemas de salud demasiado concentrados en una oferta restringida de atención curativa especializada;
- Enfoque que da mando y control a la lucha contra enfermedades, centrándose en resultados a corto plazo, provocando una fragmentación de los servicios;
- Los sistemas de salud que basan la gobernanza en la no intervención o laissez-faire, lo que permite que prospere la atención de carácter comercial no regulada.

Teniendo entonces el concepto de salud integral, conocimiento de sus determinantes y el análisis de los fallos actuales en salud y sus tendencias más relevantes es posible hacer un análisis más acertado de que ocurre con la salud actualmente y cómo se podría trabajar en la consolidación de su integralidad y mejora.

Además algunos años después, Lalonde valora la adecuación de gastos sanitarios y los distintos determinantes de salud, y se evidencia su inadecuado reparto. Es así como en el estudio An epidemiological model for health policy analysis de Allan Dever se analiza como es el gasto público en salud con relación a los determinantes de la misma lo cual se ilustra en la siguiente figura.

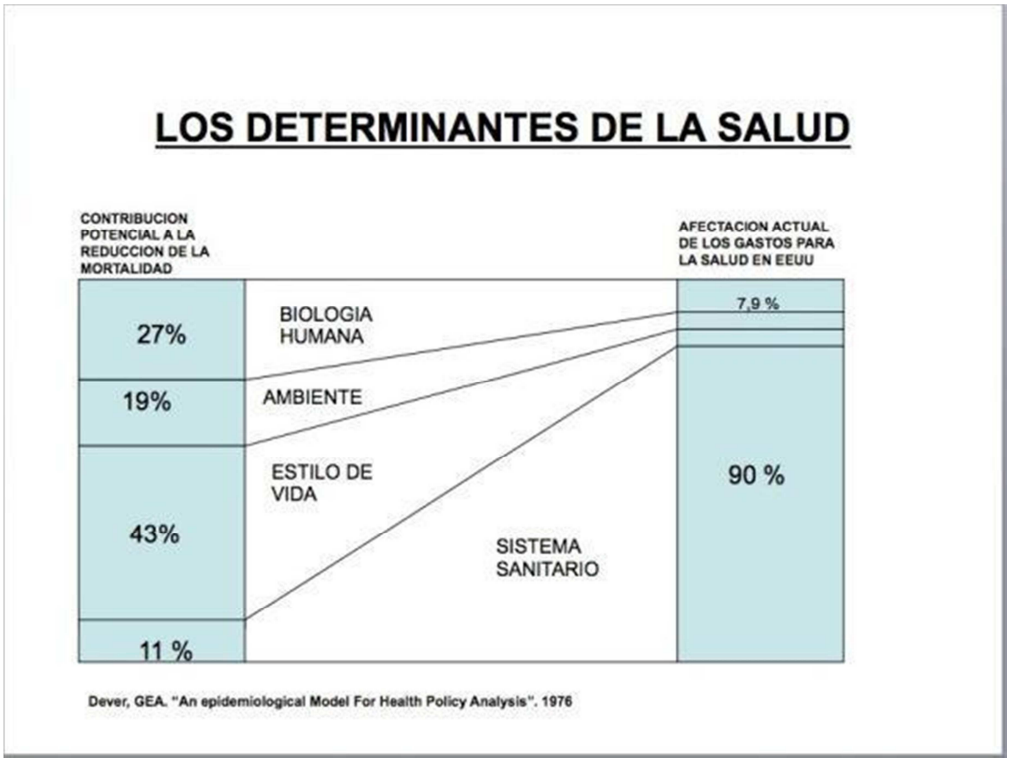



Figura 1 los determinantes de la salud

En síntesis, la biología o herencia genética humana tiene su parte en la probabilidad de salud versus enfermedad, más no es el determinante absoluto de esta condición, se sabe que intervenir en los determinantes de salud expuestos por Lalonde incrementa la posibilidad de vivir saludablemente. Lograr la salud integral, requiere del esfuerzo desde diferentes disciplinas con reglas claras determinadas por el ideal de tener cobertura universal procurando la mejor salud posible para todos, y la plataforma para encaminar correctamente estos esfuerzos es tener información reciente, especifica, para así poder tejer las iniciativas en favor de la población acorde a las características peculiares del grupo analizado. Los profesionales de la Atención Pre hospitalaria en Urgencias Emergencias, y Desastres tienen el conocimiento y la habilidad para realizar la anamnesis de un paciente, para la recopilación de datos clínicos, pues en la práctica son los ojos, las manos y los oídos

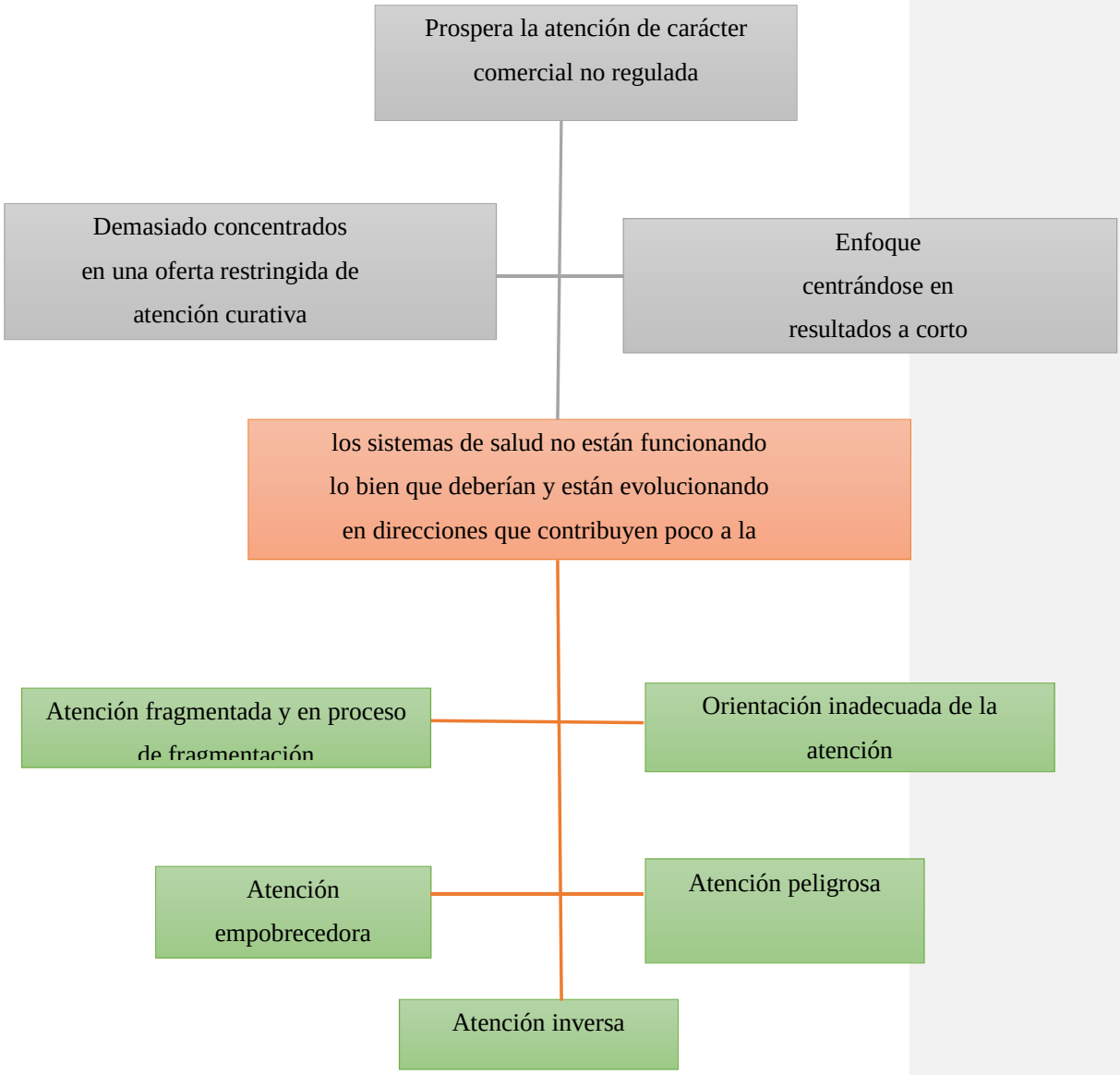
del equipo médico que eventualmente recibirá al paciente por lo tanto ante evidencia de como los recursos son enfocados en un sistema de salud correctivo, curativo lo que lo hace insostenible al largo plazo y no le permite funcionar lo bien que podría. Por lo tanto es propuesto el desarrollo del sistema diagnóstico de riesgo en Salud el cual busca explotar la información en salud ya existente y compilar nueva y de esta manera elaborar la iniciativa más eficiente posible para desarrollar la misión medica en determinadas poblaciones, tarea para la cual el tecnólogo en atención pre hospitalaria de la UNAC está bien entrenado para hacer por sus conocimientos de semiología y sistema comando de incidentes, siendo entonces el líder idóneo para supervisar, ejecutar y entrenar a otros en las tareas específicas del SDR.

# CAPITULO 3 DIÁGNOSTICO O ANÁLISIS

## 3.1 Descripción de la Población

Población es “Conjunto de personas que habitan la Tierra o cualquier división geográfica de ella” (30) una definición apropiada para este proyecto. Hay que dejar en claro que el SDR no es un proyecto investigativo que busca brindar información a un estudio científico que sea publicado. Si no que la información que se recolecta es para presentarla a la misma población con motivo de mejorar la salud. Con esto en mente, la población escogida para este proyecto no necesita tener características en específico. Lo que se necesita es un entorno compartido de la población ya sea la localización de donde viven o donde trabajan. Como ejemplos están las poblaciones que se desempeñen tanto en el ámbito privado como el público ya sean grupos pequeños específicos como un colegio rural a espectros más amplios como la población de Andes Antioquia. La idea es poder recolectar información sobre el riesgo de la salud a cualquier población que se presente.

### 3.2 Árbol de problema y áreas de intervención



# CAPITULO 4 DISEÑO METODOLÓGICO

## 4.1 Alcance del proyecto

Descriptivo pues busca analizar los factores ya estudiados de porque no se ha alcanzado la cobertura universal en salud, como esto afecta al ser humano, no le permite alcanzar su máximo grado de salud y que componentes intervienen en estos dos aspectos evidenciando así la necesidad de promover nuevos emprendimientos integrales en pro de la salud.

## 4.2 Enfoque

El Proyecto SDR recolecta información de la población para poder determinar un diagnóstico de la salud basado en un sistema numérico el cual da valor a cada dato recolectado en el sistema. Esto pone a el proyecto en un enfoque cuantitativo, el cual su definición es "Usa la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. El investigador considera lo que se ha investigado anteriormente y construye un marco teórico del cual deriva una hipótesis y las somete a prueba mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados". (31) Previamente se ha hablado sobre la atención primaria en salud, la mejor manera de poder cumplir la atención primaria en salud es teniendo conocimiento de lo que se necesita en cierta área. El proyecto SDR reúne datos de acuerdo a ciertos factores que pueden ser cuantificados para mejorar el proceso de atención primaria en dicha población.

## 4.3 Selección de Muestra

Como fue dicho previamente la población escogida para este proyecto no tiene una lista de chequeo para que pueda ser escogida. Lo que se necesita es un entorno compartido de la población ya sea la localización de donde viven o donde trabajan. Como ejemplos están las poblaciones que se desempeñen tanto en el ámbito privado como el público ya sean grupos pequeños específicos como un colegio rural a espectros más amplios como la población de Andes Antioquia. Teniendo en cuenta que la característica importante de cualquier población para este proyecto es un entorno compartido. Al escoger la prueba piloto se quiso tener en cuenta la objetividad con la población. Entre menos amigos y conocidos hubiera en la población muestra mejor sería para tener resultados objetivos. También se quiso tener la manera de verificar la población muestra, esto poniéndola en un ámbito donde las personas tienen que estar registradas para si llegara la necesidad se pueda verificar las personas que fueron participantes. Con estas características en mente, la selección de muestra fue el cuerpo estudiantil de la Universidad de Medellín.

## 4.4 Instrumentos recolección de información

Los instrumentos seleccionados incluyen hardware, software, encuestas electrónicas y físicas. Siendo seleccionados como los instrumentos más idóneos para la tarea deseada y a la vez los de más fácil adquisición dado el limitado presupuesto

- Encuesta Google Formas
- Microsoft Excel
- Tensiómetro Digital
- Basculas digitales y análogas
- Cintas métricas

- Dispositivos electrónicos con conexión wi-fi a internet

### 4.5 Análisis confiabilidad instrumentos

El sistema para el diagnóstico del riesgo en salud es la combinación de personal voluntario al que se le asignan labores específicas, herramientas de medición como cintas métricas por ejemplo, y un cuestionario o encuesta ya validado científicamente en el que se pueda analizar el riesgo de enfermedad de la persona que pasa por el sistema, todo esto configurado de manera lineal y buscar con diferentes configuraciones la mayor cantidad de personas posibles en determinado tiempo, por lo tanto no es nuestro enfoque inicialmente probar la confiabilidad de los instrumentos usados para recopilar datos sino medir que tipo de combinaciones y configuraciones permiten la mayor eficiencia. Es así como se analiza la configuración de la prueba que arrojo mejores resultados y se contrapone con las otras para analizar que permitió esta eficiencia.

### 4.6 Estrategia análisis de datos

Estos serán analizados desde la hoja de cálculo de google formas, desde el enfoque de productividad es decir cuántas personas fueron evaluadas en determinado tiempo, y así analizar cuál fue la mejor configuración del sistema para su eficiencia, es decir al sistema lo configuran voluntarios, herramientas didácticas, herramientas de recopilación de datos y el software en este caso google formas, de las pruebas realizadas se analizara en cual se obtuvo mejor rendimiento enfocados en cuantas personas fueron atendidas en dos horas.

### 4.6 Aspectos éticos de la investigación

El sistema diagnóstico de la salud, recopila información de contacto para prestar asistencia idónea a las personas con alto riesgo de enfermedad, esta información junto con la de salud del individuo deben ser juiciosamente reservadas para uso estadístico y se deberán desarrollar los mecanismos de protección para la misma. Adicionalmente durante el proyecto se tendrá en cuenta el consentimiento informado de las personas para el uso institucional de sus datos. Respetando así el artículo 15 de la constitución colombiana en el que se garantiza a toda "persona el derecho a la intimidad personal y familiar y a su buen nombre, adicionalmente de conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas" (32) y respetando lo pactado en la declaración de Helsinki de 1964 (33) tratante a los principios éticos para las investigaciones en seres humanos.

Ley 8430 nacional

## Cronograma de actividades

| Objetivo | 2013 | Junio | | | | Julio | | | | Agosto | | | | A cardo de |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Entrenamiento a Bomberos San Andrés | X | | | | | | | | | | | | Yates Jhonson Ospina Hurtado |
| Concientizar a la población sobre la hipertensión arterial y asistir casos delicados hallados en el tamizaje | Tamizaje presión arterial Población sector La Loma y Natania | | X | | | | | | | | | | | D. Ospina L. Hurtado |
| Educar a madres en los signos de alarma del niño enfermo y brindar asesoría en estilo de vida saludable | Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) | | X | | | | | | | | | | | D. Ospina L. Hurtado |
| Misión medica a comunidades vulnerables del área de Guarulus, Sao Paulo, Brasil | Impacto Sao Paulo | | | | | | | | | X | X | | | D. Ospina L. Hurtado |
| | 2013 | Septiembre | | | | Octubre | | | | Noviembre | | | | |
| Expo-salud de gran magnitud, análisis de la efectividad del mismo | Una Sonrisa para Angostura | | | | | X | | | | | | | | D. Ospina L. Hurtado |
| Aprender historia y actualidad de la APS a nivel mundial y nacional | Investigación Estado del Arte | | | | | | | | X | X | X | X | X | D. Ospina L. Hurtado |
| | 2013 | Diciembre | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Aprender historia y actualidad de la APS a nivel mundial y nacional | Investigación Estado del Arte | X | X | X | X | | | | | | | | | | | D. Ospina<br>L. Hurtado |
| | 2014 | Enero | | | | Febrero | | | | Marzo | | | | | | |
| Aprender historia y actualidad de la APS a nivel mundial y nacional | Investigación Estado del Arte | X | X | X | X | | | | | | | | | | | D. Ospina<br>L. Hurtado |
| Se evalúan lo necesario para desarrollarlo y se determina que es posible de adquirir o desarrollar | Analizar viabilidad del proyecto | | | | | X | | | | | | | | | | D. Ospina<br>L. Hurtado |
| Cuáles son los dispositivos más económicos y eficientes y los más costos y eficientes | Investigar herramientas de hardware | | | | | X | | | | | | | | | | D. Ospina<br>L. Hurtado |
| Se analiza que software pago goza de excelente reputación para recopilación de datos estadísticos y cuales gratuitos pueden asemejarse | Posible software a ser usado | | | | | | X | | | | | | | | | D. Ospina<br>L. Hurtado |
| Procurar hacer una prueba práctica al sistema y medir su eficiencia | Se presenta idea de prueba piloto a la Universidad de Medellín | | | | | | | | | X | | | | | | D. Ospina<br>L. Hurtado |
| Obtener apoyo logístico y en recursos para desarrollar prueba piloto en UdM | Se realiza alianza estratégica con IADPA sede UNAC | | | | | | | | | | X | | | | | D. Ospina<br>L. Hurtado |
| Ya teniendo apoyo de IADPA se diseña sistema a implantar en prueba piloto | Se diseña la prueba piloto a realizar en Universidad de Medellín | | | | | | | | | | | X | X | | | D. Ospina<br>L. Hurtado |
| Apoyarnos en personal voluntario, con uniforme de salud, pero de los primeros semestres para simular legos que aplicarían el sistema | Se invita a docentes y estudiantes de la facultad de salud de 1°, 2° y 3° semestre de la UNAC para servir de voluntarios como grupo de trabajo | | | | | | | | | | | X | X | | | D. Ospina<br>L. Hurtado |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| En 4 fechas se hacen diferentes configuraciones y personal nuevo para medir cual configuración es más eficiente | Se establecen cuatro fechas para realizar diferentes pruebas del sistema en cada una. | | | | | | | | | | | | | X | X | D. Ospina<br>L. Hurtado |
| | 2014 | Abril | | | | Mayo | | | | Junio | | | | | | |
| Se coordina actividad con Medico de la UdM, para tener el aval y apoyo de la misma | Confirmación fechas con Universidad Medellín | | X | | | | | | | | | | | | | D. Ospina<br>L. Hurtado |
| Primera prueba, con suficientes recursos para responder eventualidades | Prueba 1 | | | | X | | | | | | | | | | | D. Ospina<br>L. Hurtado |
| Grupo más reducido y se simulan problemas hallados en la prueba 1 en el sistema para su posterior análisis | Prueba 2 | | | | | X | | | | | | | | | | D. Ospina |
| Estudiantes de 2° semestre, grupo mediano y se prueba otra configuración para su posterior análisis | Prueba 3 | | | | | | X | | | | | | | | | L. Hurtado |
| 12 voluntarios de 1° semestre, aplicando correcciones y buscando atender el máximo número de personas en determinado tiempo | Prueba 4 | | | | | | | X | | | | | | | | D. Ospina<br>L. Hurtado |
| Proveer a Doctor UdM con información actual, confiable para el posterior diseño de iniciativas medicas de su población estudiantil analizada | Enviar datos a médico de la UdM | | | | | | | | | X | | | | | | D. Ospina<br>L. Hurtado |
| Entrenar personal ajeno a salud para que este | Entrenamiento a grupo de misioneros panamá | | | | | | | | | | X | | | | | L. Hurtado |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| desarrolle por su cuenta el sistema en la población donde desempeñara su obra misionera | | | | | | | | |
| Como administrar idóneamente la información que se obtendrá, que métodos, softwares son idóneos para el proyecto | Asesoría con experto en estadísticas | | | | | | X | D. Ospina<br>L. Hurtado |
| Mostrarle el trabajo que se ha desarrollado para el posible aprovechamiento del mismo en la obra medico misionera. | Asesoría con Presidente AMAC | | | | | | X | D. Ospina<br>L. Hurtado |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

1. Primary Health Care in Development Countries by Johns Hopkins Bloomerg School of Public Health. Professor: Henry Perry, MD, PHD, MPH. Curso a distancia en https://www.coursera.org/
2. Lectura y análisis de informes en salud mundial dados por la OMS, Medical Journals, Estudios magnos de salud pública.
3. Investigación sobre el estado actual del sistema de salud colombiano, y proyecciones dadas por el ministerio de Salud y protección social de Colombia.
4. Estudio de video conferencias sobre atención primaria en salud, en Colombia y el mundo.

# CAPITULO 5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## 5.1 Conclusión

El proyecto realizado ha contribuido de manera importante para identificar y resaltar los puntos que hay que cubrir y considerar para llevar a cabo una implementación exitosa del SDR. Como dijo Lao Tzu (34) “un camino de mil millas comienza con un pazo”. Ciertamente este proyecto ha sido el primer paso en mejorar la salud de poblaciones que entren en contacto con el proyecto. Simplemente dicho el objetivo del proyecto es poder tomar información estadística de la salud de cierta población y usarla para mejorar la misma. El objetivo podrá alcanzarse si se tiene en cuenta la constitución de la OMS, la meta de la Atención Primaria en salud, y el propósito del sistema diagnostico en la salud como fue dicho previamente.

La constitución de la OMS la cual declara los principios básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos es base para el proyecto realizado. Entre sus puntos esta la definición de la salud la cual es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (6). Es por esto que cuando se acerca una persona y solo se tiene en cuenta los síntomas de solo uno de estos aspectos no hay forma de que se pueda mejorar su salud en la totalidad solamente aliviar sus síntomas. Otro punto de la constitución de la OMS es “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción ninguna” (6). Con esto en mente se puede notar que la frase “ser humano” contiene todo hombre y mujer en el planeta, así que la tarea de mejorar la salud de todo “ser humano” si se hace uno a uno demoraría mucho más de lo que se debería. Por esto el proyecto SDR ha optado por trabajar con poblaciones, así poder trabajar con más personas a la vez y acercándolas al derecho fundamental de buena salud.

La meta de atención primaria en salud es mejorar las condiciones de la misma. La APS trata de mejorar el bienestar de la persona y promover el desarrollo humano brindándole pleno acceso a servicio de calidad en materia de promoción de salud, prevención y tratamiento. Esta asistencia sanitaria está basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables (8). La idea es que esté al alcance de todos por la participación de todos y a un costo accesible para el pueblo y estado. Esta representa el primer nivel de contacto de las personas con el sistema de la salud, llevando más cerca el buen estado de salud donde residen y trabajan las personas. Siendo este el primer contacto con las personas tiene suma importancia en recolectar la información sobre las necesidades de las personas. Es aquí donde el proyecto SDR optimizará la recolección de dicha información para poder prestar los servicios nombrados por la APS.

El propósito del sistema Diagnostico en salud es recolectar información para conocer la necesidad de una población, hacer estadísticas y poder analizarlas para identificar el riesgo de afecciones o enfermedades. Si se preguntara ¿cuál es la enfermedad menos severa? La respuesta ideal sería la que nunca acontece. Este es la intención del SDR, tener la información necesaria para poder prevenir futuras afecciones y enfermedades de poblaciones. Y esto podrá ser alcanzado con el sistema que se ha propuesto previamente.

En conclusión la propuesta para el desarrollo del sistema diagnóstico de riesgo en salud está basado en la constitución de salud de la OMS y enfocado a cumplir la meta de la atención primaria en salud. El proyecto está enfocado en mejorar la salud de las personas, no solamente los síntomas que presenta en dicho momento. En el caso de este proyecto las herramientas utilizadas ya habían sido creadas lo que se hizo fue crear el sistema de uso para recolectar y analizar la información. Información que acercara a diferentes poblaciones al derecho de un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

## 5.2 Recomendaciones

Después de haber realizado 4 pruebas en con la población de la Universidad de Medellín se evidencio la posibilidad de acceder a un diagnóstico de riesgo de enfermedad coronaria, diabetes o dependencia al consumo de alcohol y/o tabaco a 101 personas en dos horas en la mejor de las pruebas que fue la numero 4, habiendo participado en esta mejor prueba 12 estudiantes de primer semestre de APH de la universidad Adventista, 4 trabajadores de IADPA y los dos autores de este proyecto, esto consecuencia de la observación de pruebas anteriores analizando sus errores causantes de ineficiencia y procurando corregir y mejorar con cada prueba. Se puede concluir que la clara asignación de tareas al personal y el que este no sea tan numeroso preferiblemente menor a 15 personas así no sean capacitados y la utilización de google formas como simulador de un programa de recopilación de datos estadísticos con conectividad inalámbrica dan al sistema mayor eficiencia que cuando se intentaba recopilar los datos con otros métodos como test impresos o encuestadores preguntando la información.

Fue de gran aceptación en los participantes tanto voluntarios como el público participante las cortas charlas en estilo de vida saludable que se integraron y brindaron como parte del diagnóstico que se pretendía hacer en ellos, la acogida fue absoluta y no hubo un solo participante que presentara comentarios negativos en la última prueba acá descrita.

La información recolectada en el total de las pruebas fue suministrada al Médico responsable de la oficina de salud de la Universidad Medellín para que este al analizarlas pueda determinar que emprendimientos serían los más efectivos en pro de la salud de su cuerpo estudiantil.

El método fue adicionalmente ilustrado a personal misionero que viajo a panamá, con un reporte satisfactorio a su regreso, se continúan haciendo pequeñas pruebas con estudiantes de teología en comunidades donde están desarrollando obra misionera, el material y guía para hacer un SDR ha sido almacenado en la internet y compartido a varios grupos interesados en usarlo como herramienta en la labor medico asistencial que pretender desarrollar en una comunidad, de esta manera podremos contar con más pruebas la eficiencia del sistema.

Este es el primer paso de las mil millas que tenemos que caminar, con el fin de llegar a desarrollar un sistema y un método eficiente para la recopilación de información en salud de poblaciones para así determinar cuáles son sus problemas prevalentes, determinar los más urgentes, y darles solución, determinar cuál es su riesgo de enfermedades crónicas prevenibles y diseñar la intervención más idónea, poder planear misiones medicas con altos porcentajes de eficiencia y efectividad, dar al sistema de salud y gobiernos locales a cargo información precisa y actual para que estos puedan asignar sus recursos en la manera más eficiente y desplegar atención a la población  que busque brindar a toda persona su mejor estado de salud posible y replicar estas iniciativas para así lograr la cobertura universal inicialmente por comunidades, luego ciudades, departamentos y finalmente en todo el territorio colombiano.

Con lo previamente dicho se dan las siguientes recomendaciones:

- Dar más énfasis en el aprendizaje de usos de programas estadísticos como el Spss.
- Brindar la oportunidad de aprender que es la Atención Primaria en Salud.
- Profundizar con los estudiantes de salud el conocimiento del régimen pro salud.
- El SDR puede ser usado para analizar la población circundante a la Universidad y de esta manera diseñar la estrategia para ayudar a esta población.
- Emplear el SDR en eventos como expo salud respaldados por la Universidad.

Referencias


1. Medline Plus. www.nlm.nih.gov. [Online].; 2012 [cited 2014 enero NA. Available from: www.nlm.nih.gov/spanish/ency/article/002048.htm.

2. Real Academia Española. www.rae.es. [Online].; 2005 [cited 2014 junio NA. Available from: http://lema.rae.es/drae/?val=entorno.

3. Organizacion Mundial de la Salud. http://www.who.int/. [Online].; 2014 [cited 2014 enero NA. Available from: http://www.who.int/features/qa/28/es/.

4. Buñuelos S. http://ocw.um.es/. [Online].; 1999 [cited 2014 enero NA. Available from: http://ocw.um.es/gat/contenidos/palopez/contenidos/estilo_de_vida.html.

5. Organizacion Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Mixto. Ginebra: Organizacion Mundial de la Salud, NA; 2008. Report No.: ISBN 978 92 4 356373 2.

6. Organizacion Mundial de la Salud. www.who.int/es/. [Online].; 1946 [cited 2014 enero NA. Available from: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1.

7. Prensa MdsC. Balance de reuniones sobre servicion de salud en San Andres [SD].; 2013 [cited 2013 noviembre SD [problemas en desplegar capacidad tecnologica]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=roaEqTBRFVE.

8. Ornizacion Mundial de la Salud, Alma Ata. www.euro.who.int. [Online].; 1978 [cited 2013 noviembre NA. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf?ua=1.

9. Organizacion Mundial de la Salud. www.who.int. [Online].; 2014 [cited 2013 noviembre NA. Available from: http://www.who.int/universal_health_coverage/es/.

10. Real Academia Española. rea.es. [Online].; 2014 [cited 2014 enero NA. Available from: http://lema.rae.es/drae/?val=diagnostico.

11. Real Academia Española. rae.es. [Online].; 2014 [cited 2014 enero NA. Available from: http://lema.rae.es/drae/?val=morbilidad.

12. Real Academia Española. rae.es. [Online].; 2014 [cited 2014 Enero NA. Available from: http://lema.rae.es/drae/?val=sistema.

13. Real Academia Española. rae.es. [Online].; 2014 [cited 2014 Enero NA. Available from: http://lema.rae.es/drae/?val=curar.

14. Real Academia Española. rae.es. [Online].; 2014 [cited 2014 Enero NA. Available from: http://lema.rae.es/drae/?val=preventivo.

15. Organización Mundial de la Salud. who.int. [Online].; 2014 [cited 2014 Enero NA. Available from: http://www.who.int/healthsystems/about/es/.

16. Encyclopedia Britannica. britannica.com. [Online].; 2014 [cited 2014 Enero NA. Available from: http://global.britannica.com/EBchecked/topic/328028/laissez-faire.

17. World Health Organization. www.euro.who.int. [Online].; 2006 [cited 2014 Enero S.D. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf.

18. Word Hearth Organization. People Centered Health care. Mixto. S.D: World health Organization, S.D; 2007. Report No.: 9789290613176.

19. Organizacion Mundial de la Salud. Estasticas Sanitarias Mundiales. Tecnico. S.D: Organizacion Mundial de la Salud, S.D; 2008. Report No.: 978 92 4 356359.

20. JT. H. juliantudorhart.org. [Online].; 1971 [cited 2014 enero S.D. Available from: http://www.juliantudorhart.org/papers/Paper11.pdf.

21. JF. F. http://www.nejm.org/. [Online].; 1993 [cited 2014 enero S.D. Available from: http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199307293290506.

22. Blendon RJ. content.healthaffairs.org. [Online].; 2002 [cited 2014 Enero 01. Available from: http://content.healthaffairs.org/content/21/3/182.full.pdf+html.

23. Coorporacion Universitaria Adventista. www.unac.edu. [Online].; 2014 [cited 2014 enero S.D. Available from: http://www.unac.edu.co/index.php/ct-menu-item-3/ct-menu-item-4/ct-menu-item-7.

24. Lalonde M. A new perspective on the health of canadians. Técnico. Ottawa: Minister of supply and services Canada, SD; 1981. Report No.: 0-662-500-19-9.

25. Laframboise HL. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/. [Online].; 1973 [cited 2014 Enero 01. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1941185/pdf/canmedaj01661-0123.pdf.

26. Doll R. http://www.bmj.com/. [Online].; 2004 [cited 2014 Enero 01. Available from: http://www.bmj.com/content/328/7455/1519.

27. Thomas Dawber MD. https://www.framinghamheartstudy.org/about-fhs/background.php. [Online].; 1950 [cited 2014 Enero 01. Available from: https://www.framinghamheartstudy.org/about-fhs/background.php.

28. Dever GEA. http://books.google.com.co/books. [Online].; 1984 [cited 2014 Enero 01. Available from: http://books.google.com.co/books?id=0c0gi6xDI-4C&pg=PA33&lpg=PA33&dq=An+epidemiological+model+for+health+policy+analysis+G.+E.+Alan+Dever&source=bl&ots=zANPi2ux1I&sig=8E73gfrLAioBlysf0SAz8GDMI-M&hl=es-419&sa=X&ei=Fo8-VMXgB-fjsATw1ICQCA&ved=0CDsQ6AEwAw#v=o.

29. Lalonde M. http://www.phac-aspc.gc.ca/. [Online].; 1981 [cited 2014 Enero 01.

. Available from: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf.

30 Real Academia Española. www.rae.es. [Online].; 2014 [cited 2014 Enero 01.
. Available from: http://lema.rae.es/drae/?val=poblacion+.

31 Zampieri RH, Colladorlos CF, Lucio PB. Metodologia de la investigacion. 5th ed.
. Chacon JM, editor. Mexico, DF: MCgraw hill; 2010.

32 Colombia Gd. www.alcaldiabogota.gov.co. [Online].; 1991 [cited 2014 Enero 01.
. Available from:
http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125.

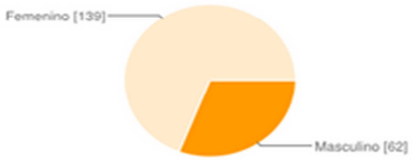
33 Association WM. http://www.wma.net/. [Online].; 1964 [cited 2014 Enero 01.
. Available from: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/.

34 Tzu L. www.brainyquote.com. [Online].; SD [cited 2014 Enero 01. Available from:
. http://www.brainyquote.com/quotes/quotes/l/laotzu137141.html.

35 [Online].
.

**ANEXO 1 Graficas de resultados del SDR Universidad de Medellín**

**3. SEXO**




| | | |
|---|---|---|
| Masculino | **62** | 31% |
| Femenino | **139** | 69% |

**4. TALLA**

| | | |
|---|---|---|
| 1.45 | **0** | 0% |
| 1.46 | **0** | 0% |
| 1.47 | **0** | 0% |
| 1.48 | **0** | 0% |
| 1.49 | **0** | 0% |
| 1.50 | **2** | 1% |
| 1.51 | **2** | 1% |
| 1.52 | **3** | 1% |
| 1.53 | **4** | 2% |
| 1.54 | **1** | 0% |
| 1.55 | **3** | 1% |
| 1.56 | **6** | 3% |
| 1.57 | **4** | 2% |
| 1.58 | **6** | 3% |
| 1.59 | **4** | 2% |
| 1.60 | **14** | 7% |
| 1.61 | **9** | 4% |
| 1.62 | **17** | 8% |
| 1.63 | **8** | 4% |
| 1.64 | **9** | 4% |
| 1.65 | **9** | 4% |

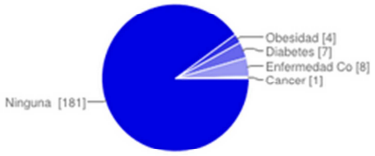
**6. PRESION ARTERIAL**

| | | |
|---|---|---|
| No | **45** | 22% |
| Si | **31** | 15% |

**7. PERIMETRO DE CINTURA**

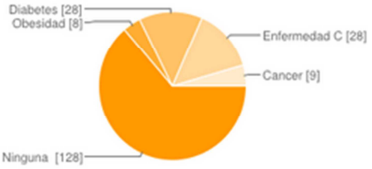
| | | |
|---|---|---|
| Mujer menor de 80 cm y Hombre menor de 94 cm | **163** | 81% |
| Mujer de 80 a 88 cm y Hombre de 94 a 102cm | **31** | 15% |
| Mujer mas de 88 cm y Hombre mas de 102 cm | **7** | 3% |

**8. ANTECEDENTES EN SALUD PERSONAL**




| | | |
|---|---|---|
| Ninguna | **181** | 90% |
| Obesidad | **4** | 2% |
| Diabetes | **7** | 3% |
| Enfermedad Coronaria | **8** | 4% |
| Cancer | **1** | 0% |

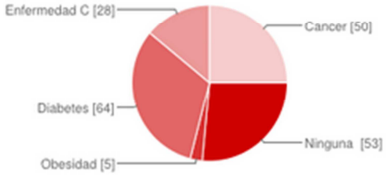
**9. ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS**




| | | |
|---|---|---|
| Ninguna | **128** | 64% |
| Obesidad | **8** | 4% |
| Diabetes | **28** | 14% |
| Enfermedad Coronaria | **28** | 14% |
| Cancer | **9** | 4% |

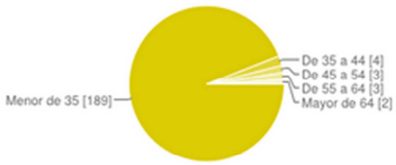
*Ilustración 1*

**10. ANTECEDENTES FAMILIARES INDIRECTOS**



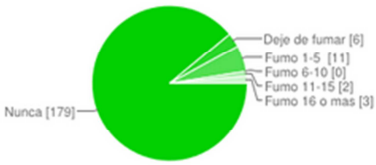

| | | |
|---|---|---|
| Ninguna | 53 | 26% |
| Obesidad | 5 | 2% |
| Diabetes | 64 | 32% |
| Enfermedad Coronaria | 28 | 14% |
| Cancer | 50 | 25% |

**11. EDAD**




| | | |
|---|---|---|
| Menor de 35 años | 189 | 94% |
| De 35 a 44 | 4 | 2% |
| De 45 a 54 | 3 | 1% |
| De 55 a 64 | 3 | 1% |
| Mayor de 64 | 2 | 1% |

**12. CIGARRILLOS DIARIOS.**

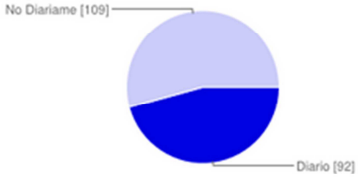



| | | |
|---|---|---|
| Nunca | 179 | 89% |
| Deje de fumar hace un año | 6 | 3% |
| Fumo 1-5 | 11 | 5% |
| Fumo 6-10 | 0 | 0% |
| Fumo 11-15 | 2 | 1% |
| Fumo 16 o mas | 3 | 1% |

**13. FUMADOR PASIVO**

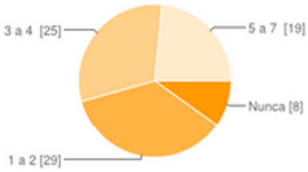
| | | |
|---|---|---|
| Menor 1hr/semana | 153 | 76% |
| 1hr o mas/semana | 48 | 24% |

**14. DIETA**



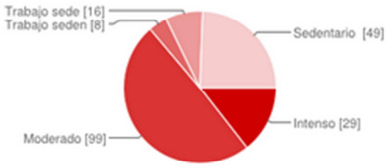

| | | |
|---|---|---|
| Diario | **92** | 46% |
| No Diariamente | **109** | 54% |

**15. DIETA**



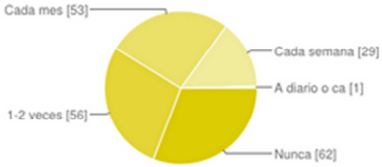

| | | |
|---|---|---|
| Nunca | **8** | 4% |
| 1 a 2 | **29** | 14% |
| 3 a 4 | **25** | 12% |
| 5 a 7 | **19** | 9% |

**16. EJERCICIO FISICO**



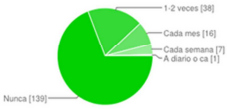

| | | |
|---|---|---|
| Intenso | **29** | 14% |
| Moderado | **99** | 49% |
| Trabajo sedentario / Recreacion intensa | **8** | 4% |
| Trabajo sedentario / Recreacion moderada | **16** | 8% |
| Sedentario | **49** | 24% |

**17. FRECUENCIA CONSUMO ALCOHOL ULTIMOS 3 MESES**



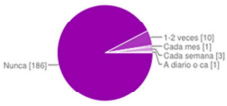

| | | |
|---|---|---|
| Nunca | **62** | 31% |
| 1-2 veces | **56** | 28% |
| Cada mes | **53** | 26% |
| Cada semana | **29** | 14% |
| A diario o casi a diario | **1** | 0% |

**18. EN LOS ULTIMOS 3 MESES CON QUE FRECUENCIA A TENIDO DESEOS FUERTES O ANSIAS DE CONSUMIR ALCOHOL**



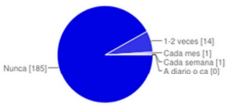

| | | |
|---|---|---|
| Nunca | 139 | 69% |
| 1-2 veces | 38 | 19% |
| Cada mes | 16 | 8% |
| Cada semana | 7 | 3% |
| A diario o casi a diario | 1 | 0% |

**19. EN LOS ULTIMOS 3 MESES CON QUE FRECUENCIA LE HA LLEVADO SU CONSUMO DE ALCOHOL A PROBLEMAS DE SALUD, SOCIALES, LEGALES O ECONOMICOS**



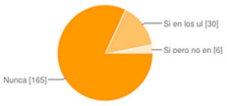

| | | |
|---|---|---|
| Nunca | 186 | 93% |
| 1-2 veces | 10 | 5% |
| Cada mes | 1 | 0% |
| Cada semana | 3 | 1% |
| A diario o casi a diario | 1 | 0% |

**20. EN LOS ULTIMOS 3 MESES CON QUE FRECUENCIA DEJO DE HACER LO QUE SE ESPERABA DE USTED HABITUALMENTE POR EL CONSUMO DE ALCOHOL**




| | | |
|---|---|---|
| Nunca | 185 | 92% |
| 1-2 veces | 14 | 7% |
| Cada mes | 1 | 0% |
| Cada semana | 1 | 0% |
| A diario o casi a diario | 0 | 0% |

**21. UN AMIGO, FAMILIAR O ALGUIEN MAS ALGUNA VEZ A MOSTRADO PREOCUPACION POR SU CONSUMO DE ALCOHOL**




| | | |
|---|---|---|
| Nunca | 165 | 82% |
| Si en los ultimos 3 meses | 30 | 15% |
| Si pero no en los ultimos 3 meses | 6 | 3% |

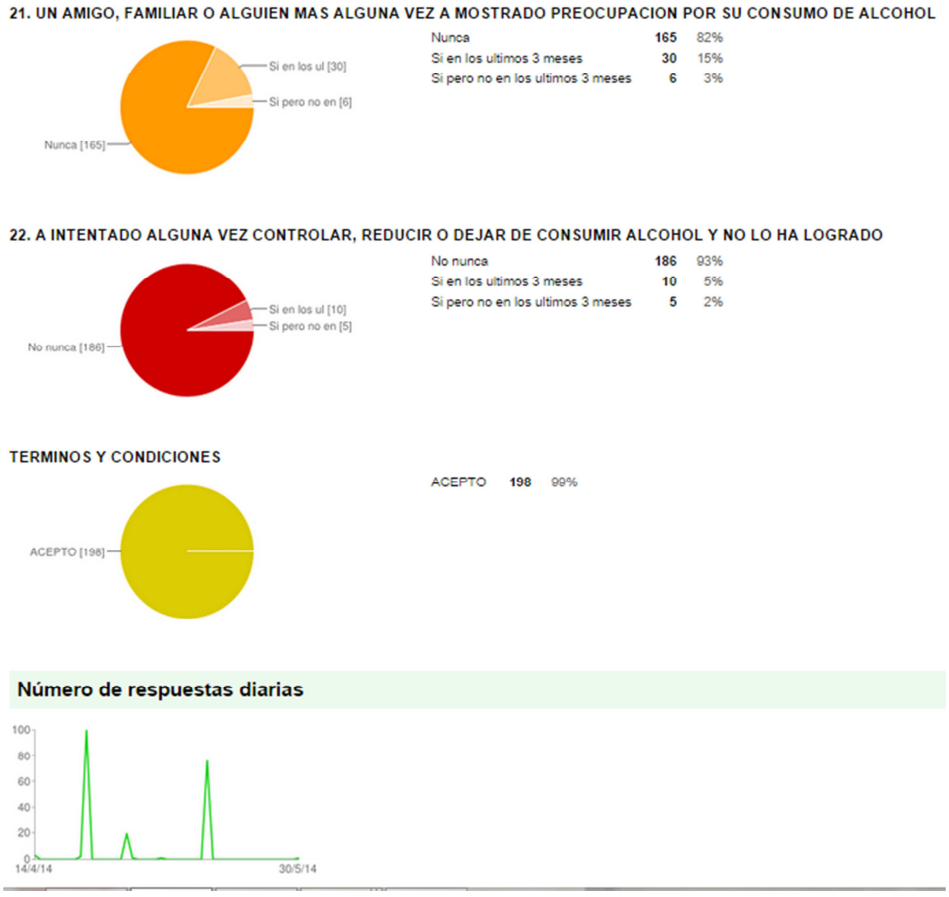



*Ilustración 2Gráficas SDR Universidad de Medellín*

**ANEXO 2**

Factores determinantes
de la salud
Biología humana
27%
Estilo de vida
42%
Entorno
19%
Sistema sanitario
11%

TEMPERANCIA

EJERCICIO

ESPERANZA
LA DESESPERANZA
LA FE

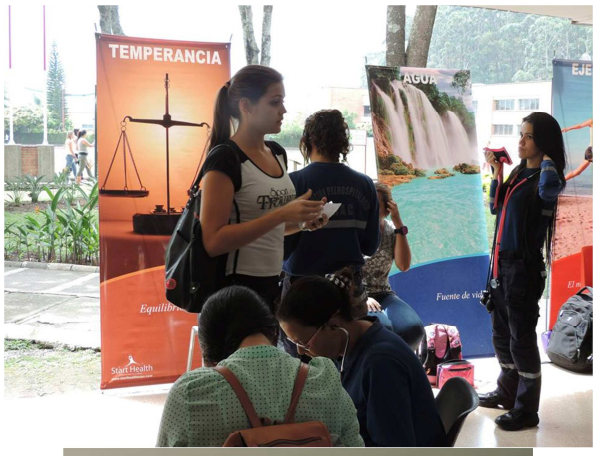
Factores determinantes de la salud
Salud y bienestar
11%
Genética humana
12%
Medio ambiente
19%
Comisión Ovid. 1974

ESPERANZA

NUTRICION

Factores determinantes de la salud

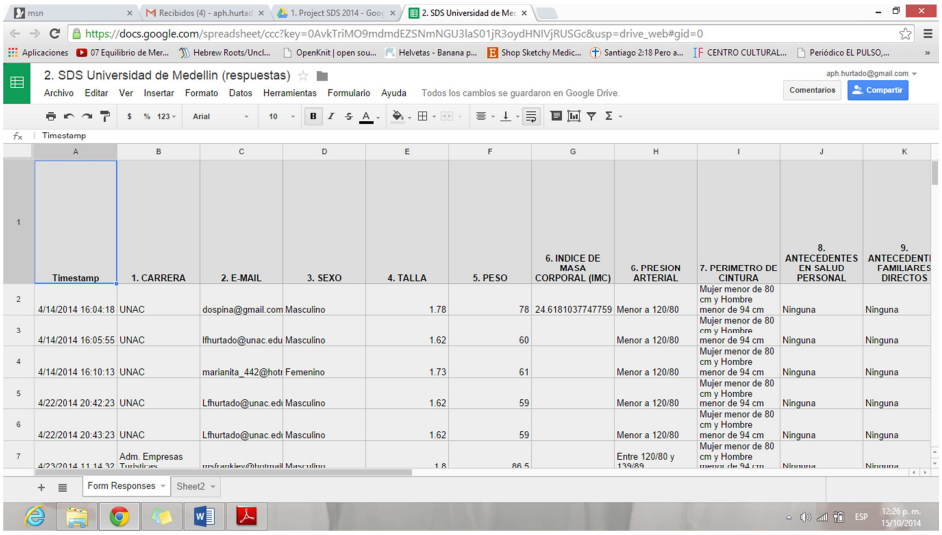
NUTRICION


TEMPERANCIA
Start Health

Factores determinantes
de la salud
Biología humana
22%
Estilo de vida
42%
Entorno
19%
Sistema sanitario
17%

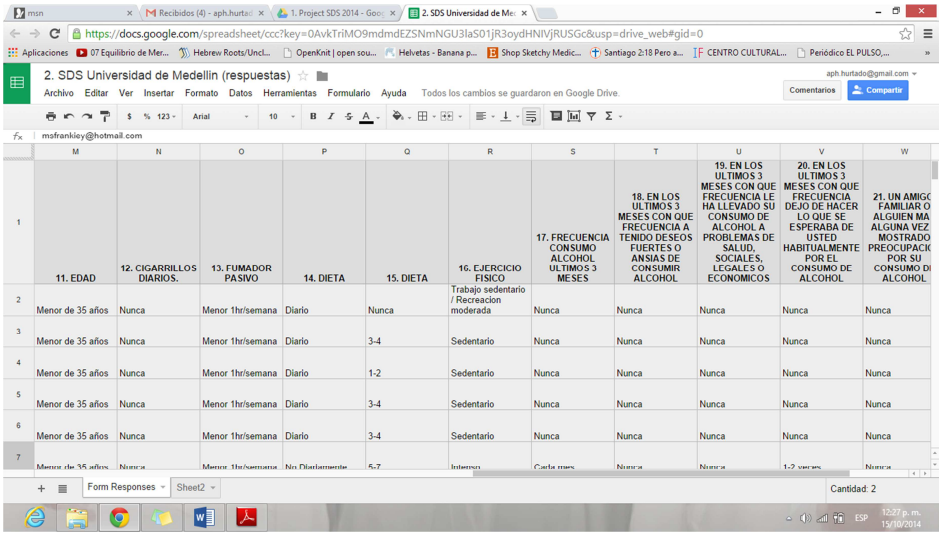
*Ilustración 3Fotos SDR Prueba 4 Universidad de Medellín*

Anexo 3



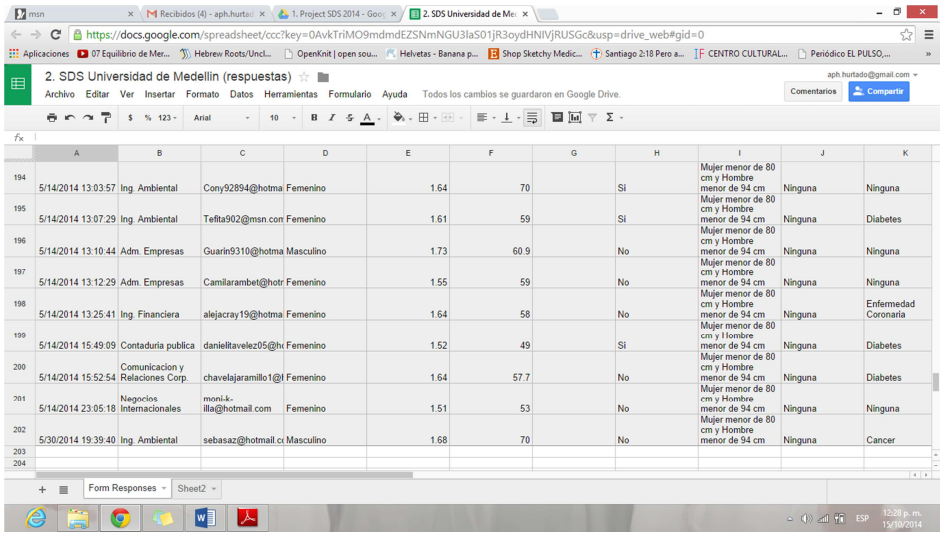
2. SDS Universidad de Medellin (respuestas)

| | Timestamp | 1. CARRERA | 2. E-MAIL | 3. SEXO | 4. TALLA | 5. PESO | 6. INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) | 6. PRESION ARTERIAL | 7. PERIMETRO DE CINTURA | 8. ANTECEDENTES EN SALUD PERSONAL | 9. ANTECEDENTI FAMILIARES DIRECTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 4/14/2014 16:04:18 | UNAC | dospina@gmail.com | Masculino | 1.78 | 78 | 24.618103747759 | Menor a 120/80 | Mujer menor de 80 cm y Hombre menor de 94 cm | Ninguna | Ninguna |
| 3 | 4/14/2014 16:05:55 | UNAC | lfhurtado@unac.edu | Masculino | 1.62 | 60 | | Menor a 120/80 | Mujer menor de 80 cm y Hombre menor de 94 cm | Ninguna | Ninguna |
| 4 | 4/14/2014 16:10:13 | UNAC | marianita_442@hotr | Femenino | 1.73 | 61 | | Menor a 120/80 | Mujer menor de 80 cm y Hombre menor de 94 cm | Ninguna | Ninguna |
| 5 | 4/22/2014 20:42:23 | UNAC | Lfhurtado@unac.edu | Masculino | 1.62 | 59 | | Menor a 120/80 | Mujer menor de 80 cm y Hombre menor de 94 cm | Ninguna | Ninguna |
| 6 | 4/22/2014 20:43:23 | UNAC | Lfhurtado@unac.edu | Masculino | 1.62 | 59 | | Menor a 120/80 | Mujer menor de 80 cm y Hombre menor de 94 cm | Ninguna | Ninguna |
| 7 | 4/23/2014 11:14:32 | Adm. Empresas Turísticas | msfrankiey@hotmail | Masculino | 1.8 | 86.5 | | Entre 120/80 y 139/89 | Mujer menor de 80 cm y Hombre menor de 94 cm | Ninguna | Ninguna |

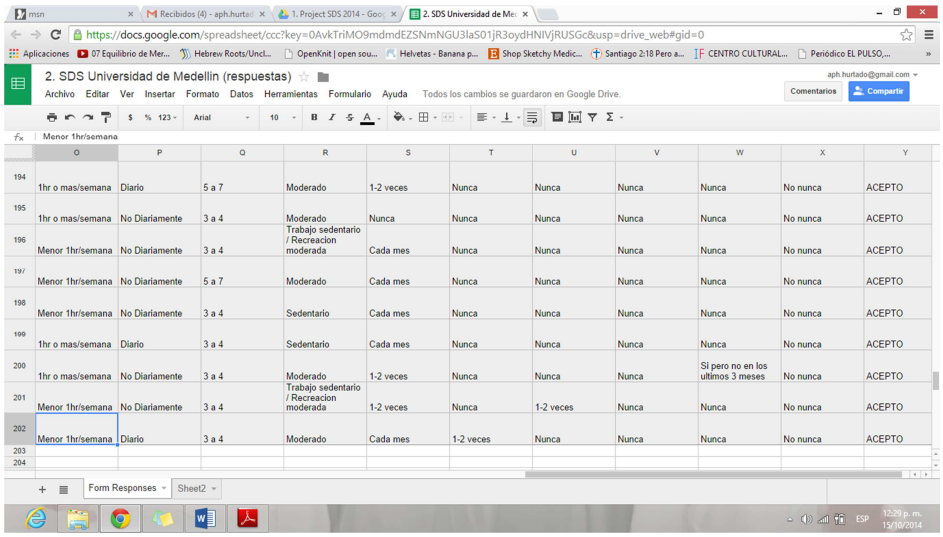


2. SDS Universidad de Medellin (respuestas)

| | 11. EDAD | 12. CIGARRILLOS DIARIOS. | 13. FUMADOR PASIVO | 14. DIETA | 15. DIETA | 16. EJERCICIO FISICO | 17. FRECUENCIA CONSUMO ALCOHOL ULTIMOS 3 MESES | 18. EN LOS ULTIMOS 3 MESES CON QUE FRECUENCIA A TENIDO DESEOS FUERTES O ANSIAS DE CONSUMIR ALCOHOL | 19. EN LOS ULTIMOS 3 MESES CON QUE FRECUENCIA LE HA LLEVADO SU CONSUMO DE ALCOHOL A PROBLEMAS DE SALUD, SOCIALES, LEGALES O ECONOMICOS | 20. EN LOS ULTIMOS 3 MESES CON QUE FRECUENCIA DEJO DE HACER LO QUE SE ESPERABA DE USTED HABITUALMENTE POR EL CONSUMO DE ALCOHOL | 21. UN AMIGO FAMILIAR O ALGUIEN MA ALGUNA VEZ MOSTRADO PREOCUPACI POR SU CONSUMO D ALCOHOL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | Menor de 35 años | Nunca | Menor 1hr/semana | Diario | Nunca | Trabajo sedentario / Recreacion moderada | Nunca | Nunca | Nunca | Nunca | Nunca |
| 3 | Menor de 35 años | Nunca | Menor 1hr/semana | Diario | 3-4 | Sedentario | Nunca | Nunca | Nunca | Nunca | Nunca |
| 4 | Menor de 35 años | Nunca | Menor 1hr/semana | Diario | 1-2 | Sedentario | Nunca | Nunca | Nunca | Nunca | Nunca |
| 5 | Menor de 35 años | Nunca | Menor 1hr/semana | Diario | 3-4 | Sedentario | Nunca | Nunca | Nunca | Nunca | Nunca |
| 6 | Menor de 35 años | Nunca | Menor 1hr/semana | Diario | 3-4 | Sedentario | Nunca | Nunca | Nunca | Nunca | Nunca |
| 7 | Menor de 35 años | Nunca | Menor 1hr/semana | No Diariamente | 5-7 | Intenso | Cada mes | Nunca | Nunca | 1-2 veces | Nunca |



| | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 194 | 5/14/2014 13:03:57 | Ing. Ambiental | Cony92894@hotma | Femenino | 1.64 | 70 | | Si | Mujer menor de 80 cm y Hombre menor de 94 cm | Ninguna | Ninguna |
| 195 | 5/14/2014 13:07:29 | Ing. Ambiental | Tefita902@msn.con | Femenino | 1.61 | 59 | | Si | Mujer menor de 80 cm y Hombre menor de 94 cm | Ninguna | Diabetes |
| 196 | 5/14/2014 13:10:44 | Adm. Empresas | Guarin9310@hotma | Masculino | 1.73 | 60.9 | | No | Mujer menor de 80 cm y Hombre menor de 94 cm | Ninguna | Ninguna |
| 197 | 5/14/2014 13:12:29 | Adm. Empresas | Camilarambet@hotr | Femenino | 1.55 | 59 | | No | Mujer menor de 80 cm y Hombre menor de 94 cm | Ninguna | Ninguna |
| 198 | 5/14/2014 13:25:41 | Ing. Financiera | alejacray19@hotma | Femenino | 1.64 | 58 | | No | Mujer menor de 80 cm y Hombre menor de 94 cm | Ninguna | Enfermedad Coronaria |
| 199 | 5/14/2014 15:49:09 | Contaduria publica | danielitavelez05@h | Femenino | 1.52 | 49 | | Si | Mujer menor de 80 cm y Hombre menor de 94 cm | Ninguna | Diabetes |
| 200 | 5/14/2014 15:52:54 | Comunicacion y Relaciones Corp. | chavelajaramillo1@ | Femenino | 1.64 | 57.7 | | No | Mujer menor de 80 cm y Hombre menor de 94 cm | Ninguna | Diabetes |
| 201 | 5/14/2014 23:05:18 | Negocios Internacionales | moni-k-illa@hotmail.com | Femenino | 1.51 | 53 | | No | Mujer menor de 80 cm y Hombre menor de 94 cm | Ninguna | Ninguna |
| 202 | 5/30/2014 19:39:40 | Ing. Ambiental | sebasaz@hotmail.c | Masculino | 1.68 | 70 | | No | Mujer menor de 80 cm y Hombre menor de 94 cm | Ninguna | Cancer |
| 203 | | | | | | | | | | | |
| 204 | | | | | | | | | | | |



| | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | Y |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 194 | 1hr o mas/semana | Diario | 5 a 7 | Moderado | 1-2 veces | Nunca | Nunca | Nunca | Nunca | No nunca | ACEPTO |
| 195 | 1hr o mas/semana | No Diariamente | 3 a 4 | Moderado | Nunca | Nunca | Nunca | Nunca | Nunca | No nunca | ACEPTO |
| 196 | Menor 1hr/semana | No Diariamente | 3 a 4 | Trabajo sedentario / Recreacion moderada | Cada mes | Nunca | Nunca | Nunca | Nunca | No nunca | ACEPTO |
| 197 | Menor 1hr/semana | No Diariamente | 5 a 7 | Moderado | Cada mes | Nunca | Nunca | Nunca | Nunca | No nunca | ACEPTO |
| 198 | Menor 1hr/semana | No Diariamente | 3 a 4 | Sedentario | Cada mes | Nunca | Nunca | Nunca | Nunca | No nunca | ACEPTO |
| 199 | 1hr o mas/semana | Diario | 3 a 4 | Sedentario | Cada mes | Nunca | Nunca | Nunca | Nunca | No nunca | ACEPTO |
| 200 | 1hr o mas/semana | No Diariamente | 3 a 4 | Moderado | 1-2 veces | Nunca | Nunca | Nunca | Si pero no en los ultimos 3 meses | No nunca | ACEPTO |
| 201 | Menor 1hr/semana | No Diariamente | 3 a 4 | Trabajo sedentario / Recreacion moderada | 1-2 veces | Nunca | 1-2 veces | Nunca | Nunca | No nunca | ACEPTO |
| 202 | Menor 1hr/semana | Diario | 3 a 4 | Moderado | Cada mes | 1-2 veces | Nunca | Nunca | Nunca | No nunca | ACEPTO |
| 203 | | | | | | | | | | | |
| 204 | | | | | | | | | | | |

*Ilustración 4prueba 4 SDR base de datos*

Anexo 4

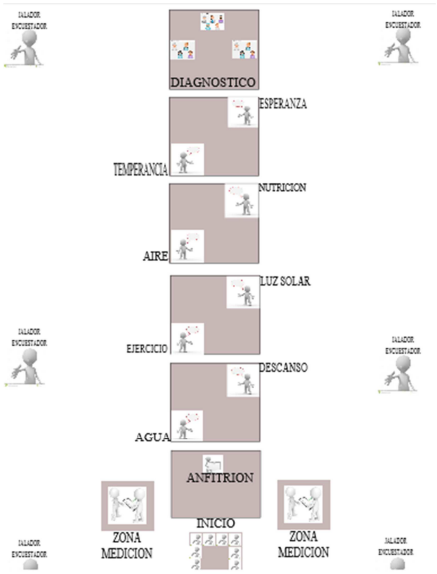



*Ilustración 5esquemas SDR prueba 4*

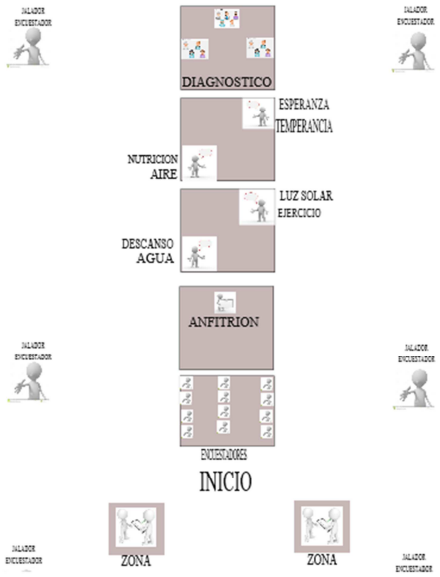



*Ilustración 6 esquema SDR prueba 4*

Anexo 5

| Encuesta No. | EDAD | TALLA | PESO | IMC | PC |
|---|---|---|---|---|---|

PAIS: _____ CIUDAD: _____ DIA: ___ MES: ___ AÑO: ____

**NOMBRE COMPLETO:** _____ NACIONALIDAD: _____ OCUPACION: _____

DIRECCION: _____ TELEFONO CONTACTO: _____ EMAIL: _____

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **1.EDAD** | | | | | |
| Menor de 35 ( 0 ) puntos | De 35 a 44 ( 1 ) puntos | De 45 a 54 ( 2 ) puntos | De 55 a 64 ( 3 ) puntos | Mayor de 65 ( 4 ) puntos | |
| **CUAL ES SU INDICE DE MASA CORPORAL** | | | | | |
| Menos de 25 ( 0 ) puntos | De 25 a 30 ( 1 ) puntos | Mas de 30 ( 3 ) puntos | | | |
| **2.PERIMETRO DE CINTURA** | | | | | |
| Mujer menos de 80 cm y Hombre menor de 94 cm ( 0 ) puntos | Mujer de 80 a 88 cm y hombre de 94 a 102 cm ( 3 ) puntos | Mujer más de 88 y hombre más de 102 ( 4 ) puntos | | | |
| **3.ANTECEDENTES DE SALUD PERSONAL DIAGNOSTICADOS** | | | | | |
| Ninguna ( 0 ) puntos | Obesidad ( 5 ) puntos | Diabetes ( 5 ) puntos | ~~Colesterol/Glicemia~~ ( 5 ) puntos | Cáncer ( 5 ) puntos | |
| **4.SE LE HA RECETADO MEDICAMENTOS PARA LA PRESION ARTERIAL ALTA** | | | | | |
| NO ( 0 ) puntos | SI ( 2 ) puntos | | | | |
| **5.Le han detectado alguna vez, en un control médico un nivel muy alto de glucosa (azúcar) en su sangre** | | | | | |
| NO ( 0 ) puntos | SI ( 2 ) puntos | | | | |
| **6.ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS= Padres, hermanos** | | | | | |
| Ninguna ( 0 ) puntos | Obesidad ( 5 ) puntos | Diabetes ( 5 ) puntos | ~~Colesterol/Glicemia~~ ( 5 ) puntos | Cáncer ( 5 ) puntos | |
| **7.ANTECEDENTES FAMILIARES INDIRECTOS= Tíos, primos** | | | | | |
| Ninguna ( 0 ) puntos | Obesidad ( 5 ) puntos | Diabetes ( 5 ) puntos | ~~Colesterol/Glicemia~~ ( 5 ) puntos | Cáncer ( 5 ) puntos | |
| **8.CIGARRILLOS DIARIOS** | | | | | |
| Nunca ( 0 ) puntos | Deje de fumar hace un año ( 1 ) puntos | 1 a 5 ( 2 ) puntos | 6 a 10 ( 3 ) puntos | 11 a 15 ( 4 ) puntos | 16 o mas ( 5 ) puntos |
| **9.FUMADOR PASIVO= En los últimos 12 meses ha estado expuesto al humo de cigarrillo** | | | | | |
| Menos de 1 hora por semana ( 0 ) puntos | 1 hora o mas por semana ( 2 ) puntos | | | | |
| **10.DIETA= Con qué frecuencia come frutas, verduras o pan de centeno o integral** | | | | | |
| No Diariamente ( 0 ) puntos | A Diario ( 2 ) puntos | | | | |
| **11.DIETA= Con qué frecuencia come fritos y/o carnes por semana** | | | | | |
| Nunca ( 0 ) puntos | 1 a 2 ( 1 ) puntos | 3 a 4 ( 3 ) puntos | 5 a 6 ( 5 ) puntos | | |
| **12.EJERCICIO FISICO** | | | | | |
| Intenso ( 0 ) puntos | Moderado ( 1 ) puntos | Trabajo sedentario / Recreación Intensa ( 2 ) puntos | Trabajo sedentario / Recreación moderada ( 3 ) puntos | Sedentario ( 4 ) puntos | TOTAL= |
| **A.1 FRECUENCIA CONSUMO DE ALCOHOL ULTIMOS 3 MESES= CERVEZA, VINO, LICORES, DESTILADOS, ENTRE OTROS...** | | | | | |
| Nunca ( 0 ) puntos | 1 a 2 veces ( 2 ) puntos | Cada mes ( 3 ) puntos | Cada semana ( 4 ) puntos | A diario o casi a diario ( 6 ) puntos | |
| **A.2 EN LOS ULTIMOS 3 MESES CON QUE FRECUENCIA A TENIDO FUERTE DESEO O ANSIAS DE CONSUMIR ALCOHOL** | | | | | |
| Nunca ( 0 ) puntos | 1 a 2 veces ( 3 ) puntos | Cada mes ( 4 ) puntos | Cada semana ( 5 ) puntos | A diario o casi a diario ( 6 ) puntos | |
| **A.3 EN LOS ULTIMOS 3 MESES CON QUE FRECUENCIA LE HA LLEVADO EL CONSUMIRA PROBLEMAS DE SALUD, SOCIALES, LEGALES O ECONOMICOS, ENTRE OTROS...** | | | | | |
| Nunca ( 0 ) puntos | 1 a 2 veces ( 4 ) puntos | Cada mes ( 6 ) puntos | Cada semana ( 7 ) puntos | A diario o casi a diario ( 8 ) puntos | |
| **A.4 EN LOS ULTIMOS 3 MESES CON QUE FRECUENCIA DEJO DE HACER LO QUE SE ESPERABA DE USTED HABITUALMENTE POR EL CONSUMO DE ALCOHOL** | | | | | |
| Nunca ( 0 ) puntos | 1 a 2 veces ( 4 ) puntos | Cada mes ( 6 ) puntos | Cada semana ( 7 ) puntos | A diario o casi a diario ( 8 ) puntos | |
| **A.5 UN AMIGO, FAMILIAR O ALGUIEN MAS ALGUNA VEZ HA MOSTRADO PREOCUPACION POR SU CONSUMO DE ALCOHOL** | | | | | |
| Nunca ( 0 ) puntos | Si en los últimos 3 meses ( 6 ) puntos | Si pero no en los últimos 3 meses ( 3 ) puntos | | | |
| **A.6 HA INTENTADO ALGUNA VEZ CONTROLAR, REDUCIR O DEJAR DE CONSUMIR ALCOHOL Y NO LO HA LOGRADO** | | | | | |
| Nunca ( 0 ) puntos | Si en los últimos 3 meses ( 6 ) puntos | Si pero no en los últimos 3 meses ( 3 ) puntos | | | TOTAL= |

*Ilustración 7encuesta SDR*

| PROGRAMAS EDUCACION, HOGAR Y SALUD | | |
|---|---|---|
| Recomendado | GRATUITO | Escrito |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

SUMA DEL VALOR DE LOS FACTORES DE RIESGO

DIABETES / ENFERMEDAD CORONARIA=

ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL=

**INSTITUTO MISIONERO CORPORACION UNIVERSITARIA ADVENTISTA**
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA APH-UED**

| CLASE DE INTERPRETACION | |
|---|---|
| **PUNTAJE RIESGO DIABETES / ENFERMEDAD CORONARIA PREGUNTAS 1 A 12** | |
| 0 a 16 | BAJO= RIESGO REMOTO |
| 16 a 27 | MEDIO= POSIBILIDAD PROMEDIO. CUIDE |
| 28 a 68 | ALTO= ALTO RIESGO 60% PROBABILIDAD CORONARIA HABITOS. |
| **PUNTAJE RIESGO ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL** | |
| 0 a 10 | BAJO= BAJO RIESGO DE DEPENDENCIA |
| 10 a 26 | MEDIO= ABUSO DE CONSUMO Y ALTO RIESGO DE DEPENDENCIA |
| 27 a 60 | DEPENDENCIA DE LA SUSTANCIA. SE NECESITA ACCION CORRECTIVA |

SU RIESGO DE DIABETES TIPO 2 y/o ENFERMEDAD CORONARIA ES=

SU RIESGO DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL ES=

PREGUNTAS 1 a 12: Su Riesgo Absoluto significa por ejemplo, que 10 de cada 100 personas con este puntaje pueden contraer en los próximos 10 años la enfermedad

RECOMENDACIONES

1. Tome de 6 – 8 vasos de agua diariamente, o calcule peso (kg) x30= requerimiento diario en ml.
2. Expóngase al sol de 10 – 15 minutos diarios, antes de las 10:00 am o después de las 4:00 pm.
3. Practique al menos de 10 – 30 minutos diarios de actividad física.
4. Acuéstese antes de la media noche o 3 horas después que cae el sol y duerma de 6 – 8 horas diarias.
5. Practique la respiración diafragmática, 5 inhalaciones y exhalaciones profundas de 2 – 3 veces día.
6. Desayune como un Rey, almuerce como un Príncipe, cene como un Mendigo. No consuma bebidas con las comidas. Hidrátese 30 minutos antes de comer.
7. Evitar el uso de tabaco, alcohol y sustancias nocivas para la salud.
8. Mantenga una actitud de perdón y tenga una fe activa, ame a su prójimo y sírvale desinteresadamente.

PARA MAYOR INFORMACION CONTACTE A:

* Derechos reservados. Instituto Misionero Corporación Universitaria Adventista de Colombia. 2014
* Preguntas Riesgo Coronario: [illegible]
http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3/risktxt.htm
* Preguntas Riesgo Diabetes Tipo 2: [illegible] http://www.diabetes.org/Pace-de-Diabetes/dds_score/diabetes-score.html
* Preguntas Riesgo Alcoholismo: [illegible] http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_v3_english.pdf
* Recomendaciones 8 remedios caseros: http://www.cronica.com.co
ELABORADO POR Luis Hurtado. Estudiante 5º Semestre Atención No Hospitalaria Urgencias Emergencias y Desastres. e-mail: LEHURTADO@USAC.EDU.CO

*Ilustración 8encuesta SDR*

Anexo 6

coursera

coursera.org

OCTOBER 31, 2013

Statement of Accomplishment

LUIS FERNANDO HURTADO AYALA

HAS SUCCESSFULLY COMPLETED THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY'S OFFERING OF

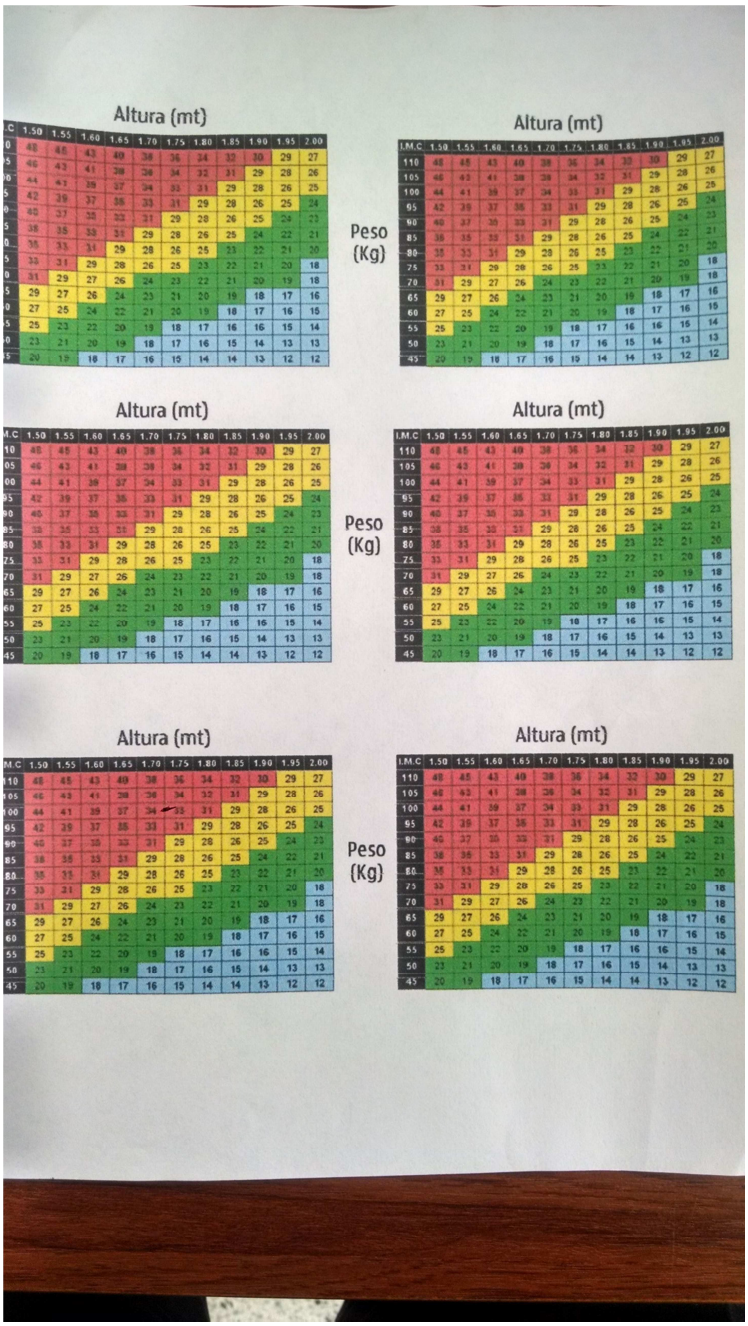
Health for All Through Primary Health Care

This course explores why primary health care is central for achieving Health for All. It provides examples of how primary health care has been instrumental in approaching this goal in selected populations and how its principles can guide future policies and actions.

HENRY PERRY, MD, PHD, MPH
DEPT. OF INTERNATIONAL HEALTH
BLOOMBERG SCHOOL OF PUBLIC HEALTH
JOHNS HOPKINS UNIVERSITY

PLEASE NOTE: THE ONLINE OFFERING OF THIS CLASS DOES NOT REFLECT THE ENTIRE CURRICULUM OFFERED TO STUDENTS ENROLLED AT THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. THIS STATEMENT DOES NOT AFFIRM THAT THIS STUDENT WAS ENROLLED AS A STUDENT AT THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY IN ANY WAY. IT DOES NOT CONFER A JOHNS HOPKINS UNIVERSITY GRADE; IT DOES NOT CONFER JOHNS HOPKINS UNIVERSITY CREDIT; IT DOES NOT CONFER A JOHNS HOPKINS UNIVERSITY DEGREE; AND IT DOES NOT VERIFY THE IDENTITY OF THE STUDENT.

*Ilustración 9salud para todos atreves de atención primaria diploma*



Altura (mt)

| I.M.C | 1.50 | 1.55 | 1.60 | 1.65 | 1.70 | 1.75 | 1.80 | 1.85 | 1.90 | 1.95 | 2.00 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 110 | 48 | 45 | 43 | 40 | 38 | 36 | 34 | 32 | 30 | 29 | 27 |
| 105 | 46 | 43 | 41 | 38 | 36 | 34 | 32 | 31 | 29 | 28 | 26 |
| 100 | 44 | 41 | 39 | 37 | 34 | 33 | 31 | 29 | 28 | 26 | 25 |
| 95 | 42 | 39 | 37 | 35 | 33 | 31 | 29 | 28 | 26 | 25 | 24 |
| 90 | 40 | 37 | 35 | 33 | 31 | 29 | 28 | 26 | 25 | 24 | 23 |
| 85 | 38 | 35 | 33 | 31 | 29 | 28 | 26 | 25 | 24 | 22 | 21 |
| 80 | 35 | 33 | 31 | 29 | 28 | 26 | 25 | 23 | 22 | 21 | 20 |
| 75 | 33 | 31 | 29 | 28 | 26 | 25 | 23 | 22 | 21 | 20 | 18 |
| 70 | 31 | 29 | 27 | 26 | 24 | 23 | 22 | 21 | 20 | 19 | 18 |
| 65 | 29 | 27 | 26 | 24 | 23 | 21 | 20 | 19 | 18 | 17 | 16 |
| 60 | 27 | 25 | 24 | 22 | 21 | 20 | 19 | 18 | 17 | 16 | 15 |
| 55 | 25 | 23 | 22 | 20 | 19 | 18 | 17 | 16 | 16 | 15 | 14 |
| 50 | 23 | 21 | 20 | 19 | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 13 |
| 45 | 20 | 19 | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 14 | 13 | 12 | 12 |

Peso (Kg)

**IPS UNIVERSITARIA ADVENTISTA**

*"Comprometidos con Jesucristo en su Ministerio Sanador"*

Medicina General, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Dermatología, Oftalmología, Optometría, Psicología, Nutrición y Dietética, Odontología, Ortodoncia, Laboratorio Clínico y Citológico, Enfermería, Promoción y Prevención, Procedimientos menores, Vacunación y Cosmetología.

Carrera 84 N° 33AA - 159 PBX: 250 64 88 - Telefax: 580 33 70
Celular: 314 889 2984
Toma de muestra de Laboratorio de 7:00 a 8:00 a.m.
Horario de Atención de Lunes a Jueves 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Horario de Atención Viernes 7:00 a.m a 5:00 p.m
Medellín - Colombia

**EXPO SALUD**

**¿ERES TAN SALUDABLE COMO PIENSAS?**

**Registro de Salud**

1. AGUA — Cintura: ___ Talla: ___ Vaso de Agua: ___
4. LUZ SOLAR — Presión Arterial: ___ / ___
3. EJERCICIO — Aptitud Física: Regular | Bueno | Excelente
2. DESCANSO — Masaje: ___
5. AIRE — Capacidad Pulmonar: Regular | Bueno | Excelente
6. NUTRICIÓN — Peso: ___ I M C: ___ % Grasa: ___ Glicemia: ___
7. TEMPERANCIA — Edad de tu Salud: B: ___ (BIOLÓGICO) S: ___ (SALUD)
8. ESPERANZA — Consejería: ___

www.ipsuniadventista.org — E-mail: info@ipsuniadventista.org

FECHA:

Nombres y Apellidos | Año | Mes | Día

Edad: Sexo: IPS: Profesión:

Dirección:

Teléfono: E-mail:

## Temperança

### TESTE DE **STRESS**

| QUESTIONÁRIO: Marque com um X as respostas com as quais você se identifica. | | |
|---|---|---|
| 1. Tem uma grande preocupação pelo futuro? | SI | NÃO |
| 2. Você tem problemas para dormir, ou despertar antes e não consegue voltar a dormir? | SI | NÃO |
| 3. Costuma consumir sedativos ou tranqüilizantes? | SI | NÃO |
| 4. Está irritado por incidentes ou contratempos menores? | SI | NÃO |
| 5. Sente que tem menos energia do que você precisa ou gostaria de ter? | SI | NÃO |
| 6. Você sente o cansaço supera? | SI | NÃO |
| 7. Você sente que perdeu a alegria de viver? | SI | NÃO |
| 8. Você tem falta ou excesso de apetite? | SI | NÃO |
| 9. Sofre de dores de cabeça e / ou dores de estômago? | SI | NÃO |
| 10. Se sente sem tempo para fazer as coisas que se propõe a fazer? | SI | NÃO |
| 11. Está preocupado com a idéia de ser bem apreciado ou ter sucesso? | SI | NÃO |
| 12. Você sente tristeza, apatia ou desinteresse grande para o dia? | SI | NÃO |
| 13. Sente prazer ou satisfação com a alegria que vem dos eventos simples da vida? | SI | NÃO |
| 14. Pode relaxar completamente e se divertir? | SI | NÃO |

| SCORE |
|---|
| 5 Atribua um ponto para cada resposta (SI) afirmativa às perguntas 1-12 |
| Atribua um ponto para cada resposta (NO) negativa às perguntas de 13-14 |

5-14

Total

Test de Autoevaluación - Sin Estrés - Julián Melgosa - Editorial Safeliz

institutomisionero

Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Adventista del Plata

Temperança

## TESTE DE **DEPRESSÃO**

| QUESTIONÁRIO: Marque com um X as respostas com as quais você se identifica. | |
|---|---|
| 1. Sinto que nada importa. Não me importo com os acidentes que acontecem ao meu redor. | X |
| 2. Tenho dificuldade em dormir. Passo meu tempo pensando sobre as preocupações que tenho. Estou tão ansioso que não consigo dormir. | X |
| 3. Eu sinto triste a maioria do dia. | |
| 4. Acho que tudo é escuro, a família, amigos, trabalho, são uma carga não uma bênção. | |
| 5. Estou constantemente irritável. Eu até acordo mal-humorado, não querendo ver ninguém e fazer qualquer coisa. | |
| 6. Sinto que perdi a capacidade de apreciar das coisas que antes apreciava. | X |
| 7. Prefiro ficar em um quarto escuro sem fazer nada para ir trabalhar em algo que não me interessa. | |
| 8. Tenho problemas com comida; ou como muito ou não tenho vontade de comer nada. | X |
| 9. Não me importo nada relacionado à sexualidade. Perdi o interesse em tudo que se relaciona com a sexualidade. | |
| 10. Sinto que os outros podem mais do que eu. Sinto-me mal sobre mim porque eu não posso sair do poço em que estou. | |
| 11. Prefiro ficar sozinho que sair com outras pessoas que não entendem o que está acontecendo comigo. | |
| 12. Em algum momento passou pela minha mente a idéia de suicídio. Era como um jogo, mas eu me pergunto, quem se importa se eu não estou? | |
| 13. Me afeta muito o que os outros pensam de mim. Se alguns daqueles que me rodeiam pensarem mal de mim, isso me afeta ao ponto de me fazer chorar. | |
| 14. Cada vez é mais difícil tomar uma decisão. É como se minha mente não estiver no ritmo e velocidade que eu pretendo. | |
| 15. Eu sinto que eu perdi a energia que costumava ter, e eu sinto uma grande fadiga ou cansaço. | X |
| 16. Tenho raiva que inquietam ás pessoas mais próximas, até mesmo para mim. | |
| 17. Eu me sinto mal em saber que o que acontece comigo torna miserável as vidas da minha família e das pessoas se relacionam comigo. | |
| 18. Não me sinto capaz de cumprir minhas obrigações sem pedir ajuda de outros, é isso me faz sentir mal, eu me sinto como uma criança que não pode fazer nada sozinho. | |

institutomisionero

Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Adventista del Plata

Nutrição

## ANAMNESE NUTRICIONAL

| Registro de consumo de Alimentos | |
|---|---|
| Consumo de cereais e legumes | /semana |
| | |
| Consumo de Frutas e Vegetais | /semana |
| | |
| Consumo de Carne e Ovo | /semana |
| | |
| Consumo de Óleos e Gorduras | /semana |
| | |
| Consumo de Doces e guloseimas | /semana |
| | |
| Consumo de leite, yogurt, queijos, etc | /semana |
| | |

| Observações |
|---|
| |

institutomisionero

Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Adventista del Plata

## História de Saúde

Nome Irma Francisca Idade 64 Sexo

Dirección

| Risco Cardíaco | Sinais Vitais | Antropometria |
|---|---|---|
| Moderado | FC 68 lpm | PESO 65 kg |
| | PA 130/80 mmHg | ALTURA 1,65 cm |
| GLICEMIA mg/dL | ICQ | IMC kg/m² |

**Doenças**

Artros - Lumbalgia.
- problemas da vista.
- cefaleas.

**Fármacos**

usaba carbamazepina (2x dia) pero lo suspendió (hace 3 meses)

**Observação**

- artrosis.
- vista.

**Visitas Domiciliares**

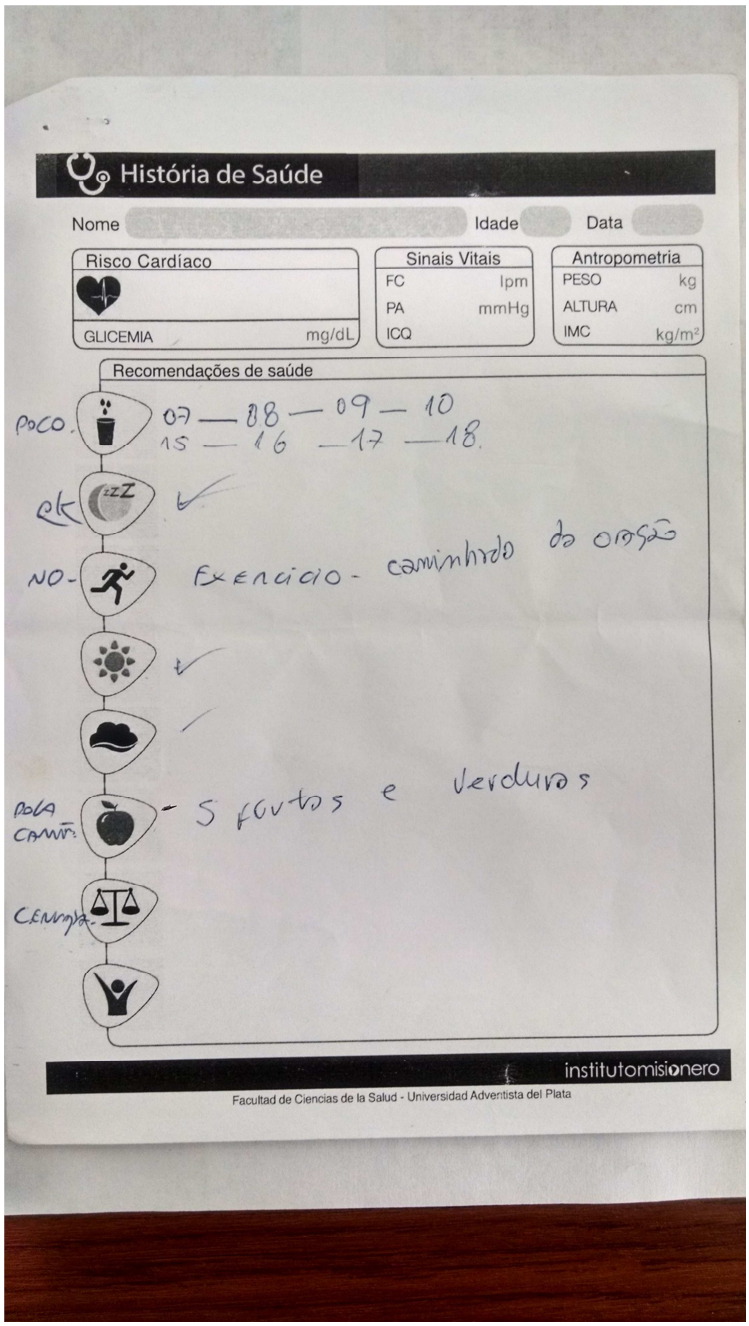
espiritual, familia, saúde, nutrição

Dia

Horario

institutomisionero

Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Adventista del Plata



História de Saúde

Nome Idade Data

| Risco Cardíaco | | Sinais Vitais | | Antropometria | |
|---|---|---|---|---|---|
| GLICEMIA | mg/dL | FC | lpm | PESO | kg |
| | | PA | mmHg | ALTURA | cm |
| | | ICQ | | IMC | kg/m² |

Recomendações de saúde

POCO. 07 — 08 — 09 — 10
15 — 16 — 17 — 18.

ok ✓

NO- EXERCICIO - caminhada da oração

✓

POLA CAMIÑ: - 5 frutas e verduras

CENNOJA.

institutomisionero

Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Adventista del Plata

# Prognóstico Cardíaco

## REGISTRO DA **PRESSÃO ARTERIAL**

Registro semanal

| | Data | Horario | Pressão Arterial | Pulso | Sintomas |
|---|---|---|---|---|---|
| | / | : | mmHg | lpm | |
| 1 | / | : | mmHg | lpm | |
| 2 | / | : | mmHg | lpm | |
| 3 | / | : | mmHg | lpm | |
| 4 | / | : | mmHg | lpm | |
| 5 | / | : | mmHg | lpm | |
| 6 | / | : | mmHg | lpm | |
| 7 | / | : | mmHg | lpm | |

Modificaçãoes do Estilo de vida

| Modificação | Recomendação | Redução da pressão arterial sistólica |
|---|---|---|
| Manter o peso ideal | Mantener un peso corporal optimo (IMC 18.5 - 24.9 kg/m²) | 5 - 20 mmHg/10 kg |
| Dieta DASH | Adotar uma dieta rica em frutas, verduras e com produtos lácteos com gordura total e saturada reduzida. | 8 - 14 mmHg |
| Redução do Sódio na dieta | Reduzir a ingestão diária de sódio a <100 mmol/día (2.4 g de sodio o 6g de NaCl) | 2 - 8 mmHg |
| Atividade física aeróbica | Atividade física aeróbica regular pelo menos 30 minutos/dia, na maioria dos dias da semana | 4 - 9 mmHg |
| Limitar o consumo de álcool | ♀ : limitar a ≤ 1 bebida/día<br>♂ : limitar a ≤ 2 bebida/día<br>*1 bebida = 15 mL de etanol | 2 - 4 mmHg |

2003 - JNC 7 - Hypertension - American Heart Association

institutomisionero

Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Adventista del Plata

**Table 8 The INTERHEART Modifiable Risk Score**

| Risk factors | Question | | Point for the answer | Points for each section |
|---|---|---|---|---|
| 1 Age | Are you a man 55 years or older OR woman 65 years or older? | | 2 | Points: R = 13 |
| | OR Are you a man younger than 55 years or woman younger than 65 years | | 0 | |
| 2 Apolipoprotein B:A1 ratio | Pick one only: | Q1: Less than 0.633 | 0 | Points: N/A |
| | | Q2: 0.633–0.792 | 2 | |
| | | Q3: 0.792–0.983 | 3 | |
| | | Q4: Greater than or =0.984 | 7 | |
| 3 Smoking. Pick the description which matches you best: | I never smoked | | 0 | Points: R = 15 |
| | OR I am a former smoker (last smoked more than 12 months ago) | | 2 | |
| | OR I am a current smoker or I smoked regularly in the last 12 months, and I smoke… | 1–5 cigarettes/day | 2 | |
| | | 6–10 cigarettes/day | 4 | |
| | | 11–15 cigarettes/day | 6 | |
| | | 16–20 cigarettes/day | 7 | |
| | | More than 20 cigarettes/day | 10 | |
| 4 Second hand smoke | Over the past 12 months, what has been your typical exposure to other people's tobacco smoke? | Less than 1 h or exposure per week or no exposure | 0 | Points: → 15 |
| | | OR one or more hours of second-hand smoke exposure per week | 2 | |
| 5 Diabetes | Do you have diabetes mellitus? | Yes | 6 | Points: R = 11 |
| | | No or unsure | 0 | |
| 6 High blood pressure | Do you have high blood pressure | Yes | 5 | Points: R < 7 |
| | | No or unsure | 0 | |
| | | | | Total: |

**Pregunta 1**

*(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)*

| A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? *(SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)* | No | Si |
|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 3 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 3 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 3 |
| d. Cocaina (coca, farlopa, crack, base, etc.) | 0 | 3 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 3 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 3 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 3 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 3 |

**Compruebe si todas las respuestas son negativas: "¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?"**

***Si contestó "No" a todos los items, pare la entrevista.***

***Si contestó "Si" a alguno de estos items, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.***

**Pregunta 2**

| ¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses, *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| d. Cocaina (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |

***Si ha respondido "Nunca" a todos los items en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.***

***Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.***

**Pregunta 3**

| En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. Cocaina (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |

**Pregunta 4**

| En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)* a problemas de salud, sociales, legales o económicos? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| d. Cocaina (coca, farlopa, crack, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Tranxilmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| j. Otros - especifique: | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |

## FINDRISK – su nivel de riesgo de contraer diabetes (en los próximos 10 años*)

**Menos de 7 puntos** — 1 por ciento*

Su nivel de riesgo es muy bajo. En su caso no es necesario un cuidado especial o de prevención. Sin embargo no estaría mal cuidar de su alimentación y realizar suficiente ejercicio.

**De 7 a 11 puntos** — 4 por ciento*

Para usted es recomendable un poco de cuidado, aunque el nivel de riesgo de contraer una diabetes no es muy alto. Si quiere ir sobre seguro, siga las siguientes reglas:

- En el caso de sobrepeso deberá intentar disminuir su peso en un 7 por ciento
- Manténgase en actividad, por lo menos, por media hora durante cinco días a la semana
- La grasa debería constituir,como máximo, sólo un 30 por ciento de su alimentación
- La parte de ácidos grasos no saturados (sobre todo en la grasa animal) no debería sobrepasar del 10 por ciento en su alimentación
- Consuma diariamente, por lo menos, 30 gramos de fibras vegetales (como las contenidas en productos integrales, verduras y frutas)

**De 12 a 14 puntos** — 17 por ciento*

Si usted se encuentra en este grupo de riesgo, no debería postergar, por ningún motivo, el tomar medidas preventivas. En este caso lo pueden ayudar consejos e instrucciones de expertos para cambiar su estilo de vida, los cuales puede aplicarlos usted mismo. Recurra a ayuda profesional si nota que de esa manera no se puede ayudar.

**De 15 a 20 puntos** — 33 por ciento*

Su nivel de riesgo es muy alto: una tercera parte de los pa cientes que corresponden a este grupo de riesgo contraen diabetes en los próximos 10 años. El subestimar esta situación puede traer graves consecuencias. Lo mejor sería recurrir a ayuda profesional. Haga una prueba de glucemia (azúcar en la sangre) en una farmacia y vaya a hacerse exámenes médicos (checkup a partir de los 35).

**Más de 20 puntos** — 50 por ciento*

Existe la necesidad de actuar inmediatamente, ya que es muy posible que usted ya sufra de diabetes. Eso pasa con el 35 por ciento de las personas que se encuentran sobre los 20 puntos. Una simple prueba de glucemia en su farmacia más cercana, por ejemplo, puede servir de ayuda como una información adicional. De todas formas, ésta no reemplaza un diagnóstico del laboratorio para descartar una diabetes ya existente. Por esta razón debería solicitar una consulta médica, inmediatamente.

*El riesgo en porcentaje = 4% significa, por ejemplo, que 4 de cien personas con esta puntaje pueden contraer, en los próximos 10 años, una Diabetes Mellitus Tipo 2.

## Usted puede disminuir el riesgo de la siguiente forma

Incluso pequeños cambios en su estilo de vida pueden ayudar su salud

### Comer y beber de forma saludable

| | |
|---|---|
| Más fruta y verdura | Todos sus alimentos deben contener, en lo posible, mucha fruta y verdura. Lo ideal es que aplaque su hambre solamente con estos alimentos. |
| Alimentos pobres en grasas | Al comprar productos lácteos elija las variantes con poca grasa. Coma carnes y embutidos magros pero con moderación. Por lo menos una vez por semana coma pescado. |
| Cocinar con poca grasa | Utilice sartenes con recubrimiento antiadherente, así se puede evitar el uso de mucho aceite al freír. En la cocina los aceites grasos deben ser sustituidos,principalmente, por el aceite de colza (al freír) y el aceite de oliva (en las ensaldas). |
| Bocadillos saludables | La comida rápida (fastfood) y la ya elaborada son bombas de calorías. Renuncie a ellas. La naturaleza le ofrece ricos productos para las comidas entre horas como: uvas, zanahorias o manzanas. |
| Bebidas saludables | Evite las bebidas que contienen azúcar. Aplaque su sed con agua mineral, zumos de frutas o té de hierbas. |

### Más ejercicio en su vida cotidiana

| | |
|---|---|
| Tómese tiempo: | Haga ejercicio diariamente por 30 o 60 minutos. Elija actividades que pueda acomodar en su vida cotidiana. |
| Use el camino al trabajo como entrenamiento | Use, por ejemplo, el tiempo de espera en la parada de autobus y tense los glúteos y luego los músculos del estómago, alternativamente. Después balancéese sobre los dedos del pie, subiendo y bajando. Talvéz le alcance el tiempo incluso para ir a pie hasta la próxima parada. |
| Prefiera la bicicleta | Para hacer gestiones en las cercanías use la bicicleta. Colóquela en un lugar a su alcance, de tal manera que la pueda usar en cualquier momento y manténgala apta para funcionar. |
| Pruebe con la dinámica de grupo | Si le gusta hacer deporte en grupo, aprovéchelo. El establecer horas fijas para el deporte y el tener compañeros simpaticos puede ayudar a mantener la motivación en momentos de desánimo. |
| Los ejercicios correctos | Escoja tipos de deporte con una intensidad leve hasta media de esfuerzo. El Nordic-Walking, por ejemplo es un deporte ideal. Si usted suda levemente y puede conversar bién durante la práctica del deporte, entonces el esfuerzo que hace es el correcto. |

### Manténgase activo permanentemente

| | |
|---|---|
| Fíjese objetivos realistas | Objetivos que no son fáciles de lograr, nos hacen tener mala conciencia y nos desmotivan |
| Introducir días de acción | De una a 3 veces por año debería crear condiciones claras, rompiéndo costumbres antiguas y ordenando su casa radicalmente. Esto vale para el refrigerador, así como para sótano y la sala. Cárguese de fuerza y energía para otros campos de la vida. |
| Engáñese a si mismo | Solamente las medidas que son fáciles de cumplir, pueden mantenerse en la vida cotidiana. Por ejemplo: las zapatillas de deporte que están en el corredor serán,probablemente, también usadas. Lo mismo sucede con el contenido del refrigerador. Los alimentos saludables colóquelos bien adelante ya que están más al alcance y son los primeros que se toman! |

más información bajo:
- www.diabetes-risiko.de
- www.diabetesstiftung.org

Deutsche Diabetes-Stiftung

Deutsche Diabetes-Stiftung · Staffelseestraße 6 · 81477 München · www.diabetesstiftung.de