

Diabetes Mellitus en Colombia

Dr. Mario Sánchez Medina, Director Científico,
Asociación Colombiana de Diabetes

Dr. Jaime Cortázar, Presidente del Comité Científico,
Asociación Colombiana de Diabetes

C O N T E N I D O :

RESEÑA HISTORICA.
ESTADISTICAS CONTEMPORANEAS.
ATENCION ACTUAL DEL DIABETICO COLOMBIANO.
Consultorios Particulares.
Clínicas Particulares.
Instituciones Médicas Oficiales y Semi-Oficiales.
Asociación Colombiana de Diabetes, A. C. D.
División Administrativa.
División Médica.
Departamento de Investigación Médica.
Departamento de Educación Médica.
Departamento de Asistencia Médica.
Consultas Especializadas.
Oftalmología.
Ginecología y Obstetricia.
Angio-Cardiología.
Endocrinología General.
Medicina Interna.
Pediatria.
Cirugía General.

Laboratorio Clínico.
Dietología y Dietoterapia.
Hospital.
Enfermería General e Inyectología.
Departamento de Publicaciones y Biblioteca.
División de Servicios Sociales.
Departamento de Investigaciones Generales.
Ingesta Alimentaria en Colombia.
Epidemiología de la Diabetes Mellitus.
Departamento de Educación Social.
Departamento de Asistencia Social.
Departamento de Biblioteca General y Publicaciones.
Damas Voluntarias.
Filiales de la Asociación Colombiana de Diabetes.
Seccional Barranquilla.
Seccional Bucaramanga.
Seccional Cali.
Seccionales Santa Marta y Neiva.
REFERENCIAS.

RESEÑA HISTORICA

Se considera que la Diabetes Mellitus ha existido entre nosotros desde tiempo pre-colombinos (1), no sólo por las probabilidades étnicas y genéticas, sino por los relatos mismos de los historiadores neogranadinos.

De los Conquistadores se sabe que muy pocos de ellos padecieron la enfermedad, pero debe citarse a don Gonzalo Jiménez de Quesada, Fundador de Bogotá, y a Nicolás de Federman. Don Gonzalo muy probablemente incluso presentó complicación específica diabética; Federman, haciendo su entrada en Colombia por la actual frontera con Venezuela, dejó a través de sus descendientes vestigios auténticos en Santander, Norte de Santander y en la región noreste de Boyacá: en estos Departamentos es donde se cuenta mayor número de diabéticos (2), con rasgos fisonómicos que indican su procedencia, al igual que algún nombre o apellido de origen sajón.

Existen relatos de soldados que sin estar en campaña, y en pleno descanso físico, "morían de sed y en sueño profundo, habiendo perdido totalmente la conciencia en forma progresiva" (3). Se trataba de hombres jóvenes, en ningún caso mayores de 50 años; las características de la noxa concuerdan con acidosis y coma diabéticos.

Así como la mezcla de los soldados alemanes dejó establecida una secuencia familiar que se podría de-

limitar con relativa exactitud, así aquella con Conquistadores y soldados españoles es considerablemente más difusa y general: incluyen caribes, catíos, pijaos, andinos, muisacas, chibchas, quimbayas, etc. Por lo anterior, si se exceptúan los grupos con rasgos fisonómicos nórdicos o germanos, la delimitación con base genética se torna constantemente más difícil.

Por otra parte, los colonos franceses que llegaron a la costa atlántica desde fines del siglo XVII en adelante, y que poblaron esta región del país, probadamente sufrían la enfermedad (4). El aumento mismo de ellos y su mezcla con los colonos negros a lo largo de los dos siglos siguientes, dieron lugar a familias en las cuales la Diabetes Mellitus se ha transmitido hasta las generaciones actuales.

Después de la Independencia, en 1810, la inmigración española se redujo lógicamente en forma muy significativa: aparece desde entonces la Diabetes Mellitus con modalidad etnológica peculiar, cuyas características son definidas y siguen las leyes recesivas mendelianas, fenómeno en todo igual a lo observado en los demás países del globo.

Al recordar lo extremadamente pobre de los medios diagnósticos, prácticamente solo la glicosuria, y la casi total insuficiencia de las medidas terapéuticas, se explica la in-

evitable incertidumbre en investigación retrospectiva, la cual debe estar falseada por casos indetectables en-

tonces (5), antes de 1850, y por la detección completamente parcial ulteriores.

ESTADISTICAS CONTEMPORANEAS

Si bien es disculpable el que los comentarios sobre la Diabetes Mellitus en Colombia en épocas anteriores sean completamente vagos, y que solamente se pueda concluir que la enfermedad se presentaba en los diversos grupos raciales y en las mezclas de ellos, no admite disculpa alguna el que actualmente tampoco se cuente con cifras confiables, ya sea en relación a incidencia, prevalencia o morbilidad/mortalidad en relación a la enfermedad.

Ninguna encuesta ha sido llevada a cabo en escala nacional. Solamente se dispone del dato de prevalencia en el municipio de Fusagasugá, con población aproximada de 10.000 habitantes cuando fue investigado, en 1965, y que mostró mayores cifras de lo informado en Oxford, Massachusetts. 2.4% en Fusagasugá (6), 1.7% en Oxford (7).

Con base en los certificados de defunción, en 1956 murieron 425 habitantes por Diabetes Mellitus en Colombia, 3.3% del total de muertos (8); en 1965 la cifra fue de 3.7% (9), aumento que no se paralela ni con el de la población general, en cifras globales de 13 a 17 millones, ni con el número de muertos 17.200 a 23.900. Desafortunadamente sucede que la fuente de

información está falseada en sus bases: a) considerable número de habitantes muere sin haber recibido atención médica alguna; no es excepcional que deje de expedirse el certificado, legalmente obligatorio, por diversas causas; b) la exactitud de lo dicho en un certificado de defunción dado, es relativa, tanto por ausencia de una enfermedad básica determinante de la muerte, como por error verdadero en la causa de muerte. Evidentemente, la expedición de certificados ha mejorado y ha aumentado, en especial a partir de la gran inquietud que este tema despertó en la Comité Nacional de Lucha contra el Cáncer (10).

Más adelante, y a propósito de los comentarios sobre la forma en que actualmente es atendido el diabético colombiano, se suministrarán los distintos datos estadísticos de las diversas Instituciones. Se considera mejor hacerlo en esta forma, ya que las cifras absolutas y/o relativas que allí aparezcan no son aplicables a población precisa de una zona o de una región del país; ciertamente constituyen valiosos datos epidemiológicos, pero deben considerarse como representativo del universo de pacientes que acuden a cada Institución, exclusivamente.

ATENCIÓN ACTUAL DEL DIABÉTICO COLOMBIANO

CONSULTORIOS PARTICULARES

A los Consultorios Médicos Particulares de los Endocrinólogos y de Internistas es a donde principalmente acuden los diabéticos en busca de servicios médicos privados, en forma directa o indirecta. Es natural que todo médico tiene oportunidad de atender pacientes diabéticos, en especial el Médico General y el Pediatra, pero se hace referencia a la atención definitiva y prolongada.

Sin ánimo de crítica especial, puede decirse que la atención más adecuada es aquella que brinda el Endocrinólogo, en especial por el extremo cuidado en la obtención de la anamnesis, tanto en lo relativo a todos los consanguíneos como en lo personal. Contrasta también que la positividad del diagnóstico se establece mediante sobrecarga de glucosa, y no meramente por niveles relativamente altos de glucosa en sangre, en ayunas, ni por glicosurias cualitativas.

En el establecimiento de las medidas terapéuticas, la dieta muy generalmente consiste en una restricción cuantitativa en el aporte diario de hidratos de carbono y la supresión total de sacarosa, pero solamente en pocos casos se ordena una fórmula dietaria precisa. El temor a la hipoglicemia hace que el Endocrinólogo sea más cauto cuando ordena

alguno de los fármacos hipoglucemiantes orales y/o cuando establece medicación con alguno de los diversos tipos de insulina.

Sin excluir ninguno de los grupos de profesionales Médicos, la enseñanza que sobre su enfermedad el diabético recibe en un Consultorio Particular, es forzosamente incompleta, sencillamente por falta de tiempo. Lo anterior no sólo ocasiona transgresiones dietarias, variaciones peligrosas en la terapia mediante hipoglucemiantes orales y formas inadecuadas o inoperantes en la auto-administración de la insulina, sino que no le permite al paciente saber en qué momento evolutivo está su enfermedad. Además, raramente el paciente es capacitado para que pueda apreciar pronta y justamente aquellos síntomas y signos correspondientes a emergencias diabéticas o a la aparición de complicaciones específicas.

En un intento para obtener datos estadísticos sobre la atención de los diabéticos en los Consultorios Médicos Particulares, uno de nosotros, MSM (11), envió un total de 500 cartas en forma de solicitud informativa múltiple a otros tantos colegas, la mitad de ellos Médicos Generales, y los restantes subdivididos de acuerdo con las diversas especialidades, exceptuando la Endocrinología. Se recibieron solamente 76 respuestas, no obstante que se había extremado todo lo relativo a que la

respuesta fuere fácil de elaborar y de enviar. El promedio de pacientes diabéticos atendidos fue de 3 por mes, todos ellos adultos, ya que solamente se investigó la atención de niños en los Pediatras, cuyas respuestas no se incluyen al respecto de edad. La respuesta de los Pediatras no permite establecer promedio mensual de niños diabéticos atendidos. Por lo anterior, las conclusiones siguientes solamente se refieren a los diabéticos adultos atendidos en los Consultorios Médicos Particulares, exceptuando los de Pediatría y de Endocrinología. El número de pacientes a que se hace referencia es aproximadamente 200.

El 18% estaba libre de complicaciones específicas de la Diabetes Mellitus; los restantes presentaron una o varias complicaciones específicas, que en orden descendente de frecuencia fueron: oculares 72%, vasculares 44%, renales solas o asociadas 32%, neurológicas 21%, y varias no incluidas en las anteriores 7%. Desde el punto de vista terapéutico, la dieta ordenada fue simplemente cualitativa en la totalidad de los casos, con valor calórico total por día que fluctuó entre 1.000 y 2.200 calorías. En 38% de los pacientes fue establecida terapia mediante hipoglucemiantes orales, tolbutamida o clorpropamida; en 39% se instituyó insulino-terapia; en ningún caso la terapia fue combinada. De lo anterior se concluye que en un 23% de los pacientes la única medida terapéutica fue la dieta.

CLINICAS PARTICULARES

La atención del diabético en Clínicas Particulares, tiene lugar en dos ocasiones principales: a) cuando existe un problema diabético mismo, sea la necesidad de compensación metabólica no lograda fuera de hospitalización, o cuando existe una situación diabética de emergencia; b) cuando el diabético compensando y sin emergencia metabólica alguna va a ser sometido a procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, como parte de atención médica de enfermedades distintas a la Diabetes. En cualesquiera circunstancias, su atención científica, médica y paramédica, dependerá de las órdenes impartidas por el Médico Particular encargado de cada paciente; dichas normas no dependen en sí de la Clínica misma.

Sin que existan estadísticas pertinentes, puede decirse que los motivos de hospitalización de un paciente diabético en una Clínica Particular son, en orden decreciente: a) diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades no relacionadas con la Diabetes Mellitus; b) tratamiento de emergencias diabéticas; c) compensación metabólica diabética.

Así como el Médico Particular acude a Laboratorios Clínicos privados como auxiliares de máxima importancia en la atención de su paciente diabético, así mismo en las Clínicas Particulares se debe disponer de este servicio, dentro de la misma Clínica y en forma tal que se pueda solicitar en cualquier mo-

mento. Cumplido lo anterior, es de máxima conveniencia que se cuente con un verdadero servicio de Dietología: desafortunadamente esto es lo menos frecuente. Solamente 5 de las 20 Clínicas Particulares de Bogotá disponen del servicio mencionado (12), técnicamente confiable; fuera de Bogotá ninguna Clínica Particular dispone del servicio.

INSTITUCIONES MEDICAS OFICIALES Y SEMI-OFICIALES

Es regla general que el paciente diabético sea atendido en este tipo de Instituciones por Endocrinólogos. En consecuencia puede aplicarse lo comentado al hablar de los Consultorios Médicos Particulares: la atención es científicamente adecuada, y los motivos de atención del paciente son los mismos mencionados al hablar de las Clínicas Particulares.

Los Laboratorios Clínicos de cada una de las Instituciones en referencia son médicamente confiables, no obstante lo cual las técnicas (13) y controles (14) que en ellos se siguen son susceptibles de adecuación. En relación a servicios de Dietología mandatorios en este tipo de Instituciones, existen, pero su labor deja mucho que desear en lo relativo a diabetes (15). En Bogotá 8 de 13 hospitales oficiales o semi-oficiales disponen de él. Fuera de Bogotá, en Cali, Medellín y Manizales existen servicios de Dietología, en 2 Instituciones para cada ciudad (16); en Bucaramanga, Santa Marta y Leti-

cia hay una Institución por ciudad que cuenta con el servicio.

Se dispone de algunas estadísticas sobre el número de pacientes diabéticos atendidos en consulta de Endocrinología en Instituciones de este grupo (17): Hospital de San Juan de Dios, 7.3% en los pacientes atendidos en 1960 en uno de los dos Consultorios de Endocrinología de dicho Hospital; Hospital de San José, 9.6% en los pacientes atendidos durante el mismo año; Instituto Colombiano de Seguros Sociales, 13.9% durante el mismo lapso; Instituto Nacional de Cancerología, 4.7%. El número total de pacientes atendidos en la consulta de Endocrinología de las cuatro Instituciones mencionadas, durante el año de 1960, fue de: 412 en el Hospital de San Juan de Dios; 83 en el Hospital de San José; 330 en el Instituto Colombiano de Seguros Sociales; 373 en el Instituto Nacional de Cancerología. Datos más recientes de este último Instituto, correspondientes a los años de 1963, 1964 y 1965, muestran un discreto pero significativo aumento: 5.7%, 6.3% y 9.3% respectivamente, en los pacientes atendidos en consulta inicial en la Sección de Endocrinología, cuyo total fue para los mismos años y en el mismo orden, 423, 427 y 428 (18).

Ninguna de las Instituciones Médicas Oficiales y Semi-Oficiales cuenta con Departamento de Educación para el diabético; tampoco se dictan Cursos para graduados, en Diabetología.

ASOCIACION COLOMBIANA DE DIABETES

La inquietud médica ante la situación de los diabéticos económicamente débiles, constituyó la razón para fundar la Asociación Colombiana de Diabetes, A. C. D. Eran necesarias tres condiciones: que los diabéticos económicamente débiles quisieran asociarse; que se pudiera contar con un grupo médico cuyo deseo de servicio fuese óptimo; y que se dispusiere de personal no médico con igual deseo de servir.

Los autores del presente trabajo han tenido diferente vinculación con la A. C. D.: el primero de ellos, MSM, lo ha estado en forma estrecha y permanente, desde la fundación de la Asociación, el 8 de junio de 1954; el segundo, JC, desde noviembre de 1958.

"La Asociación es una organización desarrollada al margen de la acción estatal, y constituye una típica manifestación de acción comunal en lucha contra la diabetes. Frente a noxas como esta, agrupable bajo denominaciones tan diversas como hereditaria, metabólica y nutricional, la medicina debe manifestarse plenamente como actividad social, para poder actuar sobre los diversos aspectos del comportamiento del enfermo y con miras a desplazar la enfermedad, en función de la modificación del medio" (19).

Las finalidades de la A. C. D. son las siguientes, de acuerdo con el artículo 2º de los Estatutos:

a) Contribuir al mejor conocimiento de la Diabetes Mellitus en el país;

b) Prestar a los diabéticos que lo necesiten eficaz ayuda para el logro del tratamiento adecuado;

c) Procurar la provisión de Consultorios atendidos por especialistas, al alcance de los diabéticos de escasos recursos económicos;

d) Conseguir, para la insulina y fármacos hipoglucemiantes distintos a ella, un precio razonable que permita su adquisición por parte de los pacientes pobres;

e) Colaborar con las autoridades de Salud Pública en todo lo concerniente a campaña contra la Diabetes Mellitus;

f) Ser vínculo de unión y mejor conocimiento recíproco entre todos los diabéticos colombianos;

g) Crear un cuerpo de científicos, dedicados a la investigación de la Diabetes Mellitus, dentro de ella misma.

La estructura general actual de la Asociación, incluye cuatro Divisiones: 1) Administrativa; 2) Médica; 3) De Servicios Sociales; 4) Damas Voluntarias.

1. DIVISION ADMINISTRATIVA

Incluye las Secciones de Secretaría General y de Contabilidad y Caja. Una misma persona desempeña las funciones de Secretario General y de Tesorero. La parte contable está a cargo de un Contador juramentado.

Además de las labores usuales de Secretaría General y Tesorería, la actual titular tiene a su cargo el que los aportes de los diabéticos asociados ingresen realmente, y que los egresos se ajusten precisamente a las finalidades para las cuales ha sido creada la A. C. D.; que el funcionamiento de la misma sea locativamente óptimo; que quede constancia explícita y concreta de lo tratado en las diversas Sesiones de la Junta Directiva.

En relación a la parte financiera, manejada por la Sección de Contabilidad y Caja, se tienen las siguientes fuentes de ingreso: a) la cuota mensual de cada paciente diabético asociado; b) el aporte anual del Gobierno Nacional, en apoyo de la Resolución N° 244 del 8 de septiembre de 1964, en la cual se declara a la A. C. D. como "Institución de utilidad común, sin ánimo de lucro", se aprueban los Estatutos y finalmente se nombra un representante del Gobierno ante la Junta Directiva de la Asociación; c) donaciones voluntarias de personas naturales o jurídicas.

Las principales fuentes de egreso están constituidas por: a) servicios de Laboratorio Clínico; b) nómina de sueldos y jornales de todo el personal, tanto científico como administrativo; c) conservación y mantenimiento del inmueble en donde funciona la Asociación; d) impuesto predial y complementarios; e) adquisición de insulina y de hipoglucemiantes orales, fármacos que serán repartidos en forma gratuita;

f) publicaciones técnicas y publicaciones de divulgación general.

2. DIVISION MEDICA

Está constituida por cuatro Departamentos: A) De Investigación; B) De Educación; C) De Asistencia Médica; y D) De Publicaciones y Biblioteca.

A) Departamento de Investigación Médica.

Desde 1959, y a solicitud del Director Científico de la Asociación, la Sociedad Colombiana de Endocrinología constituyó un Comité Científico de carácter permanente con tres de sus Miembros de Número, con el propósito de coordinar las labores investigativas, relacionadas directa o indirectamente, con la Diabetes Mellitus en Colombia. El Comité se reúne usualmente una vez por mes, con asistencia de quienes están desarrollando programas de investigación o desean exponer planes futuros pertinentes. Las Sesiones Científicas así originadas se desarrollan dentro de un ambiente estrictamente científico y académico, sin limitación especial de tiempo y en forma de "mesa redonda". Durante el presente año, por ejemplo, se han considerado temas tan diversos como variaciones en el metabolismo pancreático ante diferentes estados de hipoxia, características de la retinopatía diabética en los distintos estados de la noxa, alteraciones de la fosfolipidemia en

la Diabetes Mellitus, comportamiento inmunológico de las sulfonilúreas (20), prevalencia de la Diabetes Mellitus en poblaciones circunscritas y homogéneas, coexistencia de Diabetes Mellitus y enfermedades por alergia (21).

La actividad del Comité Científico constituye la principal fuente de publicaciones científicas; su detalle se suministra a propósito del Departamento respectivo.

Una de las consecuencias importantes del funcionamiento del Comité, es la elaboración de datos estadísticos médicos especiales y la constitución de fuentes lo más completas posibles en materia de referencias bibliográficas.

Las relaciones científicas con otras Instituciones, se mantienen en parte a través del Departamento de Investigación: con la "International Diabetes Federation", de la cual la A. C. D. es uno de los dos Miembros Titulares de la América Latina; con la "American Diabetes Association"; con la "Sociedad Española de Diabetes", y la "Asociación de Diabéticos del Uruguay"; con la "Sociedad Colombiana de Endocrinología", la "Asociación Colombiana de Medicina Interna" y la "Asociación Colombiana de Facultades de Medicina". Estas relaciones tienen como meta el unificar sistemas de investigación, el evitar duplicación de esfuerzos, y el intercambiar libremente conocimientos científicos pertinentes.

B) Departamento de Educación Médica.

En forma voluntaria y sin interrupción alguna desde 1959, los alumnos de 5º año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, correspondientes a la tutoría del Prof. Asociado Mario Sánchez-Medina, han asistido a la A. C. D., para recibir instrucción sobre los sistemas diagnósticos y terapéuticos seguidos en diabéticos. Dichos estudiantes constituyen una parte del grupo de "Estudiantes no Graduados": lo complementario está formado por aquellos que elaboran Tesis para optar al título profesional de doctorado. La nómina de Tesis es la siguiente: Garrido Yepes, R.: "Estudio sobre Diabetes y Cáncer", 1958.

Gamboa Ramírez, P. y Rodríguez, C.: "Manifestaciones orales de la Diabetes", 1959. Saravia, R.: "Creatina en los síndromes anémicos nutricionales y en la Diabetes", 1959. Callamand, J.: "Contribución al estudio de la Diabetes infantil", Laureada, 1959. Medina J. G.; Ospitia, M.; Paz, N. J.; Ramírez, M. y Salazar, R. A.: "Estudio histopatológico de la encía del diabético", 1959.

Almanzar, R.: "La prueba de la tolbutamida endovenosa en pacientes diabéticos", 1962. Ríos, L.: "Cuerpos cetónicos en la orina de los diabéticos", 1963. Contreras, A. y Díaz, E.: "Prueba de tolerancia a la glucosa en cretinos", 1963. Nieto, C. H. y González, J. V.: "Prueba

de la clorpropamida endovenosa", 1965.

En relación a Cursos para Graduados, se han desarrollado tres:

1) "Jornadas Diabetológicas del Atlántico", mayo de 1961, en Barranquilla.

2) "Primer Seminario Grancolombiano de Diabetes", mayo de 1962, en Bogotá; en colaboración con la Sociedad Colombiana de Endocrinología.

3) "Curso de Educación Continua", mayo de 1965, en Bucaramanga; en colaboración con la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

Los Cursos mencionados han estado específicamente orientados para actualizar los conocimientos médicos sobre Diabetes, sin que ello implique que ocasionalmente tengan un valor de complemento actualizado, si se permite la expresión. Esta orientación contrasta con la empleada en la docencia a nivel de pregrado: en la última prima la conveniencia de enseñar los fundamentos ya definitivamente establecidos, en especial en fisiopatología.

En forma ocasional la Dirección Científica acepta el complementar la docencia endocrinológica de otras Instituciones en lo relativo a Diabetología. Por ejemplo, actualmente dos de los Médicos en entrenamiento post-graduado del Instituto Nacional de Cancerología, adscritos a las Secciones de Endocrinología y de Radioisótopos de ese Instituto, reciben instrucción especial en Diabeto-

logía, tomando parte en la atención del paciente diabético uno de cada siete días, y asistiendo a reuniones especiales del personal científico de la A. C. D., lo mismo que a sesiones clínicas conjuntas con otras Instituciones científicas y Sociedades Médicas. Se complementa así el entrenamiento en Endocrinología que puedan recibir en el Instituto Nacional de Cancerología, en el cual no tendría cabida una Clínica de Diabetes o una Consulta especial de Diabetes.

Finalmente, se considera como docencia médica las reuniones científicas semanales de todo el personal médico de nómina de la Asociación, las cuales tienen lugar los días miércoles, con regularidad muy satisfactoria. A ellas acuden, además del personal de la A. C. D., profesionales invitados especialmente y también aquellos interesados en Diabetología en general. Los temas de las sesiones son tres, y se desarrollan en reuniones secuenciales: a) Junta de Decisiones, en las cuales se decide sobre problemas diagnósticos y/o terapéuticos especiales; b) Conferencias anatomoclínicas, de tipo convencional; y c) Conferencias sobre labores científicas que se están llevando a cabo en la Asociación.

C) *Departamento de Asistencia Médica.*

El paciente consulta por primera vez en la Asociación en busca de información o directamente de aten-

ción médica. Acude ya sea por su propia cuenta o enviado por un profesional o una Institución médica o por un diabético ya asociado. Las dos únicas condiciones indispensables para que el paciente pueda asociarse son: el que padezca la Diabetes Mellitus y el ser económicamente débil. La primera se comprueba en función de anamnesis veraz y de bioquímica sanguínea; la segunda mediante la presentación de la copia de la última declaración de Renta y Patrimonio, y en su defecto, de la certificación de la Jefatura de Impuestos Nacionales en que conste que el interesado no declara percibir renta o poseer patrimonio.

Antes de ser atendido en Consulta de Admisión se ha llenado una planilla especial por parte del Departamento de Asistencia Social, planilla que incluye los siguientes datos: identificación general, condiciones socioeconómicas y laborales, y la constitución de la familia. Se exceptúan obviamente todos los casos en que el paciente, afiliado o no, rico o pobre, llega a la Asociación en emergencia diabética: entonces la atención médica es inmediata, preferencialmente hospitalizando el paciente en la Asociación misma, relegándose a un plano secundario y ulterior la planilla mencionada.

Si los datos obtenidos son compatibles con los Estatutos y con el Reglamento de la A. C. D., el paciente recibe un Carnet especial que lo identifica como diabético, Carnet elaborado de acuerdo con las normas

internacionales, y una tarjeta para anotación de cuotas de acuerdo con la clasificación económica que le haya sido asignada (Fig. 1).

En la Consulta de Admisión, atendida por un Médico Residente, se elabora la Historia Clínica de cada paciente. El conjunto total de Historias Clínicas forma el Archivo General. Cada historia incluye: 1) Identificación general; 2) Motivo de Consulta; 3) Historia de la Enfermedad Actual; 4) Antecedentes familiares; 5) Antecedentes personales; 6) Sintomatología; 7) Signología. Antes de llegar al Diagnóstico figurará en la Historia todo lo relativo a resultados de exámenes complementarios a que hubiere lugar, y de conceptos solicitados a Especialistas cuando ello fuere necesario. Todo paciente tendrá que ser atendido en las consultas de Oftalmología y de Angio-Cardiología, y todas las mujeres en la de Ginecología.

Por otra parte, se lleva una hoja especial de resumen de Historia Clínica, específicamente orientada para poder valorar cada problema diabético. Dicha hoja incluye: 1) Identificación general; 2) Antecedentes etiológicos de la Diabetes: factores genéticos, obesidad, factores obstétricos, antecedentes endocrinos, antecedentes metabólicos, antecedentes traumáticos, antecedentes infecciosos, esclerosis arterial; 3) Iniciación de la Diabetes: tiempo aproximado en que fue puesta de manifiesto, síntomas y signos iniciales, motivo por el cual se detectó y ci-

**TARJETA DE IDENTIFICACION PARA DIABETICOS
YO NO ESTOY INTOXICADO**

Mi Nombre

Dirección

Ciudad y Departamento

Nombre de mi Médico

Dirección de mi Médico

Ciudad y Departamento

INMEDIATAMENTE
Lláme a un MEDICO o mándeme a un HOSPITAL o CLINICA

ASOCIACION COLOMBIANA DE DIABETES

AVENIDA 29 No. 14-93 — TELEFONOS: 484-380 Y 480-880

CARNET No. _____

Yo soy diabético. Mi comportamiento durante una severa reacción de azúcar, puede parecer la de una persona intoxicada. Azúcar o dulce deben ser colocados en mi boca.

SINTOMAS DEL INSULINISMO

PRIMEROS Temblores, sudoración, debilidad, somnolencia.
POSTERIORES: Convulsiones, inconsciencia o pérdida de la memoria.

Firma y sello de la entidad _____

OBSERVACIONES: _____

Lláme a un MEDICO o mándeme a una CLINICA.

ASOCIACION COLOMBIANA DE DIABETES

Miembro de la "INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION"
"CIENCIA Y SERVICIO"

TARJETA DE PAGO DEL AÑO DE 19.....

Socio.....
Carnet No. Dirección.....

ENERO	FEBRERO	MARZO
ABRIL	MAYO	JUNIO
JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE

NOTA: Ninguna tarjeta es válida sin la firma y sello de la Secretaría de la A.C.D.

fras iniciales de peso, glicemia y glicosuria; 4) Evolución: oscilación de la glicemia, del peso y de la tensión arterial; datos eventuales sobre acetona en orina, acidosis, coma diabético; 5) Síntomas y signos: ojos, piel, boca sistema nervioso, central, corazón, sistema circulatorio periférico, aparato digestivo, aparato urogenital, sistema endocrino; funciones fisiológicas: sueño, apetito, sed, micciones, evacuación intestinal; otros síntomas y signos; 6) Electrocardiograma; examen de orina; otros exámenes complementarios de Laboratorio; 7) Complicaciones específicas comprobadas: oculares, arteriales, renales, nerviosas, cutáneas; 8) Tratamiento realizado: dietoterapia; insulino-terapia; hipoglucemiantes orales, sulfonilúreas y diguanidas; 9) Resultados obtenidos con la terapia ordenada y con la educación complementaria dada; 10) Caracteres peculiares de la Diabetes: compensabilidad, tipo de evolución general y eventualmente de las complicaciones específicas, aspectos emocionales del paciente y cooperación, etc.; 11) Otros datos de importancia, incluyendo alergopatías coexistentes.

Durante los once años comprendidos entre enero de 1955 y diciembre de 1965, fueron atendidos en Consulta de Admisión 2495 diabéticos, número que corresponde exactamente a los nuevos afiliados durante el mismo lapso. La discriminación por sexo y por décadas de vida del grupo mencionado fue la siguiente:

Edad (años)	Maculino Femenino		Todos
0 a 9.9	2	8	10
10.0 a 19.9	3	30	33
20.0 a 29.9	8	35	43
30.0 a 39.9	124	475	599
40.0 a 49.9	180	367	547
50.0 a 59.9	112	482	594
60.0 a 69.9	140	258	398
70.0 a 79.9	60	160	220
80.0 y más	10	41	51
Todas las edades	639	1.856	2.495

CONSULTAS ESPECIALIZADAS

Oftalmología

Se persigue atender en la mejor forma posible las innumerables complicaciones oculares que afectan a los diabéticos, y hallar los síntomas y signos precoces de retinopatía diabética, entidad perfectamente específica y definida, con características patológicas y oftalmoscópicas propias.

La Consulta está bajo la dirección de un Médico Cirujano especialista en enfermedades y cirugía de los ojos; el personal auxiliar incluye un Optómetra graduado y tres Damas Voluntarias. Estas han sido entrenadas debidamente en la atención especializada de los enfermos de los ojos: conducción y curaciones; preparación del paciente para examen de fondo de ojo previa determinación de la agudeza visual, de la tensión ocular o presión endo-ocular; uso de midriáticos y de mióticos;

campimetría y perimetría; desinfección e instrumentación.

Usualmente se comienza el examen determinando la agudeza visual con proyector eléctrico "American Optical" para visión a distancia y con equipo "Oculus" para visión de cerca; si el paciente usa lentes, se comprobará la fórmula con lensómetro "Zeiss", y si necesita cambio se remite a la Sección de Optometría y Óptica anexa a la Consulta.

Es importante el examen de los anexos del ojo. Los párpados presentan frecuentes irritaciones o descamación de sus bordes con caída de las pestañas. En el diabético las conjuntivas muestran vasodilatación de arteriolas y de vénulas, con sinuosidades y formaciones saculares que examinadas a la lámpara de hendidura y fotografiadas en magnitud con cámara "Nikkon F" y lente "Medical-Nikkon" de flash electrónico incorporado, son de gran valor para estudios comparativos entre ellas y las arteriolas y vénulas del fondo del ojo. El iris presenta alteraciones circulatorias congestivas, rubeosis. En el cristalino se aprecian opacificaciones blanco-lechosas progresivas o de evolución rápida, principalmente en los jóvenes y casi siempre atacando ambos ojos. En la cavidad del vítreo es frecuente observar exudados y hemorragias. En el fondo del ojo el estudio es más interesante por presentar alteraciones típicas que determinan la retinopatía diabética: cambios en la zona macular, edema macular y perimacular, vasodilatación venosa,

microaneurismas, microhemorragias, microexudados y alteraciones de la púpila. A veces siguen un curso progresivo, pero la mayoría de los casos según se ha observado en la A. C. D. (22), pueden presentarse uno o dos elementos sin ningún orden, encontrándose a menudo los microaneurismas o tan solo vasodilatación venosa marcada, o uno que otro microexudado. No se debe olvidar que los trastornos de la retina constituyen la causa principal de la ceguera.

Como se sabe que la retinopatía diabética es una entidad definida, se considera que un diabético sin examen de fondo de ojo es un ciego en potencia. Sus hijos, no controlados a conciencia y en forma precoz, están abocados a las severas complicaciones diabéticas, y es por esto por lo que se tiene grande interés en ellos y se ha tratado de actuar aún antes de cualquier cuadro clínico, para precisar de una manera objetiva las manifestaciones premonitorias en el fondo del ojo, las cuales indican la iniciación de una retinopatía diabética. Su hallazgo y aún más, el sospecharla, obliga a solicitar exámenes usuales de laboratorio y a enviar el individuo al especialista para quizás así ganar varios años y evitar, retardar o atenuar sus complicaciones.

El examen de fondo de ojo practicado de manera periódica y frecuente, acompañado de retinofotografías seriadas y en color empleando la cámara "Kran" y sistema "Leyca" reflex, con flash electrónico incorporado, y el estudio del tiempo

pliegue del codo a fondo de ojo empleando fluorescencia, tienen importancia para el diagnóstico y el pronóstico. Casi por privilegio y debido a la observación directa, es el Oftalmólogo quien halla y sigue con más exactitud los cambios que se presentan y el progresivo daño retiniano. Desde mediados de 1957 han sido examinados numerosos pacientes, y en la gran mayoría se han llevado a cabo simultáneamente estudios completos y especiales de laboratorio. La retinopatía diabética, expresión local de una alteración más general pero solamente observable en la retina, permitió hacer diagnósticos que pasados los años fueron corroborados por cuadros clínicos característicos.

Ginecología y Obstetricia

Los objetivos son: 1) ofrecer consulta ginecológica a las mujeres diabéticas inscritas en la A. C. D.; 2) suministrar a todas las parejas y asociados que así lo requieran, información, instrucción y facilidades para desarrollar un programa de planeación familiar; están incluidos cursillos a distintos niveles, encuestas, conferencias, etc.; 3) hacer investigación relacionada con Diabetes coexistente o asociada con patología gineco-obstétrica; desarrollar estudios epidemiológicos pertinentes; 4) Diagnóstico precoz de cáncer, por citología exfoliativa. La Consulta funciona bajo la dirección de un Ginecólogo-Obstetra y los programas son desarrollados por dos mé-

dicos con la misma especialización, quienes operan directamente en la A. C. D. en consulta bisemanal; está asociado como técnico de planta, un médico citólogo, quien lleva a cabo los estudios para diagnóstico precoz de cáncer ginecológico. Colaboran además una Enfermera auxiliar y dos Damas Voluntarias.

Para comenzar se ha acondicionado una consulta dos veces por semana y trabajo de laboratorio en citología en una de las mañanas. En el caso en que es necesario intervenir quirúrgicamente alguna paciente, o atenderla en parto o en aborto, los actos médicos o quirúrgicos se llevan a cabo en las Clínicas de la ciudad, estando los honorarios profesionales condicionados exclusivamente a la clasificación económica asignada por la Asociación.

Desde el punto de vista de planeación familiar uno de los médicos se ha encargado, en forma exclusiva, instalando un programa de conferencias y reuniones con un grupo pequeño de diabéticas, esposas de diabéticos y maridos diabéticos o sanos, con el fin de iniciar la motivación tan necesaria en este grupo, a pesar de la importancia obvia de la planeación en la familia diabética. En dicha planeación se ofrecen desde el comienzo todos los medios necesarios, adecuándolos desde luego a cada paciente o pareja.

En cuanto a investigación se contemplan los siguientes aspectos: 1) averiguar qué sucede en aquellas parejas en las cuales la herencia diabética está en el esposo y su familia

y no en la esposa; 2) coordinar la encuesta que se está llevando a cabo en "Ciudad Kennedy" —se detalla al comentar sobre Investigaciones Generales, División de Servicios Sociales—, en lo relativo a datos ginecológicos de las familias encuestadas, su fertilidad, su pasado y su futuro obstétrico, así como los elementos de juicios para establecer el diagnóstico de "prediabetes", etc.; 3) Investigar retrospectivamente la fertilidad de las diabéticas inscritas en la A. C. D.

La dotación del Consultorio incluye, además de muebles de oficina, archivo, tarjetero y papelería, el siguiente instrumental: 4 speculos de Graves medianos, 1 grande y 1 virginal; 5 pinzas de curación vaginal, 3 histerómetros, 2 biótomos de Grusseber para cuello uterino, 2 tenáculos; 2 cubetas esmaltadas con tapa para guardar instrumentos; vasijas de vidrio con tapa para algodón, aplicadores, baja lenguas y gasas; 1 tensiómetro de mercurio, 1 fonendoscopio, 1 estetoscopio, 1 pelvómetro; 1 esterilizador de guantes; 1 unidad de termocauterío; jeringuillas hipodérmicas de 5 y 10 ml.; vitrina metálica para instrumental, gabinete metálico para curaciones. Además, mesa ginecológica y butaco correspondiente, algodoneira de piso con tapa y pedal, lámpara de piso tipo cuello de ganso y esterilizador de mesa para instrumental.

La División de Estudios de Población de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ha ofrecido ayuda económica para finan-

ciar la actividad pertinente de la Consulta de Ginecología y Obstetricia de la A. C. D.

Angio-Cardiología

Las estadísticas de las complicaciones cardiovasculares en pacientes diabéticos son extremadamente variables y dependientes del mayor promedio de vida conseguido para ellos, gracias a los métodos modernos de diagnóstico y de tratamiento. En la Asociación, el estudio cardiovascular y la correcta valoración de los pacientes desde este punto de vista, constituyen preocupación permanente, y todos los asociados son enviados a interconsulta cardiológica especializada inmediatamente después de su ingreso, exceptuando al niño diabético. La Consulta está a cargo de un Cardiólogo, especializado además en problemas vasculares diabéticos.

La dotación incluye, además de los elementos convencionales de consultorio, un fluoroscopio con capacidad de 30 miliamperios, un electrocardiógrafo, y un oscilómetro.

El paciente es sometido a un interrogatorio especial, así como a examen clínico cardiológico y examinado a la fluroscopia; el electrocardiograma se obtiene de rutina, y es archivado en la Historia Clínica junto con los datos completos de la interconsulta cardiológica.

Si en el concepto del Cardiólogo son necesarios procedimientos complementarios de angio-cardiografía,

cateterismo, cineangiocardiografía, etc., el paciente es enviado a Instituciones especializadas con las cuales mantiene conexión la A. C. D.

Endocrinología General

En esta Consulta se lleva a cabo el estudio diagnóstico de otras endocrinopatías asociadas a la Diabetes Mellitus. Está a cargo de dos Endocrinólogos: uno de ellos vinculado desde 1958 con la Asociación, prácticamente especializado en ella, y quien labora generosamente ad-honorem; el otro, con categoría usual de planta, atiende la consulta tres horas en la semana.

La dotación es la convencional, exceptuando los equipos necesarios para llevar a cabo estudios diagnósticos mediante yodo radioactivo. Dichos estudios se realizan en la Sección de Radioisótopos del Instituto Nacional de Cancerología. Con dicha Sección y con la de Endocrinología del mismo Instituto, la A. C. D. mantiene una estrecha colaboración.

Para exámenes especiales de Laboratorio en Endocrinología, los pacientes son enviados a otras Instituciones, preferencialmente a centros hospitalarios que cuentan con las facilidades necesarias.

La Consulta de Endocrinología General no sólo atiende interconsultas sobre problemas no diabéticos, sino también consulta general de diabetología, como es obvio.

Medicina Interna

El propósito de esta Consulta es realizar estudio completo e integrado de aquellos pacientes que presentan problemas de la especialidad, simultáneamente con la Diabetes, y tomar las medidas terapéuticas adecuadas. Dos especialistas están a cargo de la Consulta: uno de ellos ad-honorem, teniendo a su cargo la programación y realización de las Reuniones Científicas Semanales, los días miércoles de 8¹/₂ a 10 p. m.; el colega de especialidad atiende tres horas de consulta por semana, y tiene la categoría de médico de planta.

Pediatría

Conciente el Comité Científico de los problemas especiales que presenta la Diabetes Mellitus en la infancia, se ha creado esta consulta dedicada a atender el niño diabético. La finalidad perseguida es triple: prestar la asistencia pediátrica misma, realizar labor educacional y estudiar los problemas psicológicos que se presentaron no solamente en los niños sino en los padres en relación con el manejo de la enfermedad.

El Consultorio de Pediatría está a cargo de un Pediatra especializado en Diabetes infantil y quien presta sus servicios como médico de planta, en consulta semanal de dos horas. Trabajan con él una Enfermera Auxiliar y una Dama Voluntaria; ésta se ha encargado de or-

ganizar y dirigir el club de madres de niños diabéticos y la primera colonia para niños diabéticos.

En relación a la labor educacional, está encaminada a instruir a los padres y al paciente mismo sobre la naturaleza de la enfermedad y sobre su control. A la persona más allegada al niño se le enseña a distinguir correctamente los síntomas y signos de la acidosis diabética y de la hipoglicemia, y a tomar las medidas necesarias en tales emergencias. Se les enseña a determinar diariamente la glicosuria, la acentuación cuando ello esté indicado y a realizar algunas otras normas complementarias, en tal forma que dentro de una vigilancia adecuada pero sin llegar a sobreprotección del niño, pueda integrarse éste a su medio ambiente, en una forma normal.

Las restricciones de la enfermedad, la aplicación diaria de la insulina, el balance alimentario, el medio familiar y escolar, las eventuales complicaciones de la Diabetes, etc., ocasionan una serie de problemas psicológicos en el paciente y en sus allegados, variables en cada caso, pero que siempre influyen notablemente en los propósitos buscados. La Consulta de Pediatría, en asocio con todo el personal que colabora en la A. C. D., busca ofrecer a padres y niños una ayuda adecuada. Para ello se organizó un grupo de madres de niños diabéticos, dirigido por aquella madre cuya preparación alcanzó el máximo nivel, con el objeto de realizar un in-

tercambio de inquietudes y experiencias, y establecer así un acopio de mejores conocimientos, pudiendo consecuentemente prestar mejores servicios. Como cristalización del programa actual se considerará la estructuración de un Centro de Recreación o Colonia de Vacaciones para niños diabéticos a donde puedan asistir en fines de semana o en otros períodos de esparcimiento.

En el estudio de revisión general de 3.000 Historias Clínicas de diabéticos, 2.495 de la A. C. D. y 505 de pacientes particulares de uno de los autores, MSM, se obtuvieron los siguientes datos en relación con Diabetes en niños:

1) Frecuencia: 43 niños en 3.000 casos, 1.4%.

2) Sexo: 12 niños y 31 niñas; predominio del sexo femenino como 2.5 a 1.0, proporción ligeramente menor que en los adultos, en quienes es como 2.9 a 1.0.

3) Edades en que apareció el cuadro diabético: 7 menores de 1 año; 1 entre 1 y 2 años; 7 entre 2 y 3 años; 6 entre 3 y 4 años; 2 entre 5 y 6 años; 12 entre 5 y 10 años; y 8 entre 10 y 15 años.

4) Lapso entre la aparición del cuadro clínico y su diagnóstico correcto: menos de un mes en 16 casos, menos de dos meses en 12 casos, menos de tres meses en 4 casos, menos de cuatro meses en 2 casos, más de cuatro meses en 9 casos. Los límites de tiempo son realmente entre 1 y 2 meses para el 2º grupo, entre 2 y 3 meses para el 3º y entre 3 y 4 meses para el 4º.

La falta de diagnóstico temprano se debió siempre a demora de los padres en consultar y a defecto en la exploración médica.

5) Muertes por acidosis y coma diabético: 3 niños, 7%.

6) En los 16 niños en quienes se pudo obtener al dato de peso al nacer, éste fluctuó entre 2.5 y 3.2 kg., así: 2.5 kg. un niño, 2.65 kg. un niño, 2.7 kg. un niño, 2.75 kg. dos niños, 2.8 kg. cinco niños, 2.9 kg. dos niños, 3.0 kg. dos niños y 3.2 kg. dos niños. Las tallas fueron supestantamente iguales a las de la población general.

7) Los síntomas y signos prevalentes en niños diabéticos fueron: poliuria 82%, polidipsia 80%, vómito 74%, acidosis y coma 65%, fatiga 62%, pérdida de peso 52%, dolor abdominal 52%, polifagia 50%, irritabilidad 23%, nicturia 22% y enuresis 7%.

Cirugía General

Realmente no existe una Consulta de Cirugía General, analogable a las usuales de Hospitales Generales; se engloba en la denominación el sistema o método empleado para llevar a cabo la terapia quirúrgica.

Los casos que deben ser sometidos a procedimientos quirúrgicos mayores, son enviados a los diversos Hospitales y Clínicas de la ciudad, ya que por razones económicas la A. C. D. no ha contemplado la posibilidad de instalar este servicio dentro de la misma Institución.

En forma provisional la cirugía menor incluyendo biopsias de endometrio, y la cirugía ocular, practicable sin que sea indispensable anestesia general, se llevan a cabo en el servicio de Cirugía Experimental. Esta aún no ha funcionado; los planes generales incluyen dotación de local y jaulas especiales para perros, además del quirófano menor mismo.

Es necesario recordar que el Consultorio mismo de Oftalmología está suficientemente equipado para que en él se lleve a cabo la mayoría de la cirugía ocular. Por otra parte, el Comité Científico fue enfático al pedir que el quirófano para Cirugía Experimental fuere tan completo técnica y científicamente que en cualquier momento se pudieren llevar a cabo procedimientos quirúrgicos menores en humanos.

Laboratorio Clínico

El Laboratorio Clínico de la Asociación se organizó desde la fundación misma de la Institución. Inicialmente contaba con muy pocos instrumentos: un anticuado microscopio, una centrífuga, unos cuantos tubos de ensayo y algunos reactivos. El trabajo era posiblemente deficiente, pero se pudo atender en forma más o menos adecuada a los afiliados fundadores. Debido al aumento progresivo de afiliados, se hizo indispensable el ampliar el Laboratorio, hasta que hoy día cuenta con los instrumentos de precisión necesarios para desarrollar las modernas técnicas bioquímicas.

La finalidad es suministrarle al médico el dato preciso sobre el nivel de glucosa en la sangre de su paciente, y aquellos otros datos bioquímicos indispensables para la compensación del diabético. Los exámenes de Laboratorio no tienen costo alguno para el paciente, o si lo tienen es considerablemente bajo, al alcance de las posibilidades económicas de cada caso.

A toda persona que lo solicita se le practican las pruebas necesarias para saber si es diabética o no; de rutina se determina una glicemia en ayunas y otra post-prandial —dos horas después de una ingestión superior a 100 g. de hidratos de carbono—, y si es necesario prueba de tolerancia a la glucosa en tres horas (23), pruebas de cortisona-glucosa (24), respuesta a las sulfonilúreas y sucedáneos (25), y prueba endovenosa, lenta o rápida, de tolerancia a la glucosa (26).

En la época inmediatamente siguiente a la fundación de la Asociación, la glicemia se determinaba siguiendo la técnica de Folin-Wu (27), cuyos valores expresan substancias reductoras totales. En la actualidad se sigue la microtécnica de Somogyi-Nelson (8), prueba más específica para glucosa de cuantas hasta ahora se conocen, ya que en ella se logra la separación de la mayor parte de los componentes que podrían interferir en el desarrollo de la reacción.

Para asegurar el correcto funcionamiento de la microtécnica de Somogyi-Nelson, funciona en forma

permanente el Test de Control de Calidad (29), que consiste en la toma de X muestras de sangre, tratadas con flururo de sodio como anticoagulante, el cual inhibe la acción glucolítica de las enzimas, usualmente 5% hora. Conservadas así, y mantenidas en refrigeración, las sangres deben presentar la misma cantidad de glucosa mínima: al procesarlas, día a día o en cualquier momento, permiten determinar fallas eventuales debidas ya sea a alteración de reactivos y/o a errores técnicos. El Test de Control de Calidad se lleva a cabo en forma "doble ciega", y solamente se permite una desviación standard de 2%.

En el Laboratorio Clínico de la A. C. D. se llevaron a cabo 7784 exámenes durante el año de 1962; en 1963 la cifra ascendió a 8.400; en 1964 a 9.500 y en 1965 a 11.000, en cifras redondas.

Dietología y Dietoterapia

El criterio general de la terapia dietética en la Asociación es el siguiente: 1) reducción de peso si hay obesidad; 2) régimen calórico usual; en el no obeso puede incluir hasta 150 g/día de hidratos de carbono; 3) con insulina la cuota de hidratos de carbono puede ser máxima 200 g/día; 4) peso ideal $\times 10 =$ valor calórico basal; 5) el valor calórico basal + requerimiento calórico diario = 2.000 calorías.

La atención del diabético en lo referente a tratamiento dietético, se presta mediante una serie de dietas

pre-establecidas cuyo valor calórico total va aumentando desde 800 hasta 2.000 calorías/día. En este tipo de regímenes los hidratos de carbono se han calculado previamente, de tal suerte que el médico pueda seleccionar dietas con valores varios de hidratos de carbono, pudiendo aumentar, si lo desea, la cuota de glúcidos que su paciente va a recibir, de 20 en 20 g.

Los cuatro modelos de dietas de que se dispone en la A. C. D. han sido estudiados selectivamente y simplificados lo más posible tanto por la Dietista ad-honorem que las elaboró inicialmente como por el Comité Científico.

Las dietas en cuestión son las siguientes:

Dieta N° 1)

Desayuno: una taza de café con leche = 200 g. ($\frac{1}{2}$ taza de leche = 100 g. + infusión de café), endulzada con sacarina; un huevo tibia = 50 g; y dos onzas de queso o de cuajada = 60 g.

Almuerzo: una taza de consomé = 200 g.; tres onzas de carne de res magra, pollo o pescado = 90 g.; 150 g. de ensalada mixta de repollo, acelgas, espinacas, cebolla, tomate, lechuga, etc.; una papa pequeña o dos cucharadas de arroz = 60 g.

"Onces": una taza de infusión de té con limón = 200 g.

Comida: igual al almuerzo.

—Fórmula sintética: valor calórico total: 800 calorías; hidratos de carbono 30% = 240 calorías = 60

g.; proteínas 30% = 240 calorías = 60 g.; grasas 40% = 320 calorías = 35 g.

Dieta N° 2)

Desayuno: una taza de café con leche = 200 g. ($\frac{1}{2}$ taza de leche = 100 g. + infusión de café) endulzada con sacarina; un "palitroke" para diabético con mantequilla = 15 g.; un huevo = 50 g.; 100 g. de fruta, cualquiera excepto uvas.

"Nueves": una taza de caldo de carne = 200 g.; dos onzas de queso o de cuajada 60 g.

Almuerzo: una taza de consomé o sopa de verduras = 200 g.; cuatro onzas de carne de cualquier clase exceptuando hígado = 120 g.; 150 g. de ensalada mixta de lechuga, repollo, zanahoria, arvejas, habichuela, cebolla, y condimentada con sal, limón o con salsa mayonesa o crema de leche; 100 g. de fruta, exceptuando uvas.

"Onces": una taza de café o de té con leche = 200 g. ($\frac{1}{2}$ tazas de leche = 100 g. + infusión correspondiente); queso o cuajada = 60 g.

Comida: igual al almuerzo, agregando un huevo.

—Fórmula sintética: valor calórico total: 1.300 calorías; hidratos de carbono 30% = 400 calorías = 100 g.; proteínas 28% = 368 calorías = 92 g.; grasas 42% = 540 calorías = 60 g.

Dieta N° 3)

Desayuno: una taza de café con leche = 200 g. ($\frac{1}{2}$ taza de leche

= 100 g. + infusión de café); endulzado con sacarina; dos onzas de queso o de cuajada = 60 g.; dos huevos = 100 g.; 100 g. de fruta.

“Nueves”: una taza de caldo de carne = 200 g.; queso o cuajada = 60 g.

Almuerzo: Un plato de consomé o de sopa de verduras = 200 g.; cuatro onzas de cualquier carne exceptuando hígado = 120 g.; ensalada; una papa mediana o tres cucharadas de arroz = 100 g.; 100 g. de cualquier fruta cruda.

“Onces”: una taza de té con leche ($\frac{1}{2}$ taza de leche + infusión de té), endulzada con sacarina; un trozo de queso o de cuajada = 60 g.

Comida: igual al almuerzo.

—Fórmula sintética: valor calórico total: 1.500 calorías; hidratos de carbono 33% = 500 calorías = 120 g.; proteínas 22% = 336 calorías = 84 g.; grasas 45% = 685 calorías = 56 g.

Dieta N° 4)

Desayuno: una taza de café con leche = 200 g. ($\frac{1}{2}$ taza de leche = 100 g. + infusión de café), endulzada con sacarina; un “palitroke” para diabético con mantequilla = 15 g.; un huevo = 50 g.; dos onzas de queso o de cuajada = 60 g.; 100 g. de fruta.

“Nueves”: una taza de caldo de carne = 100 g.; un palitroke para diabético = 10 g.

Almuerzo: una taza de caldo o de sopa de verduras = 200 g.; 4 onzas de carne, exceptuando hígado = 120 g.; dos cucharadas de

arroz o una papa mediana o un trozo de yuca o un trozo de arracacha o dos cucharadas de frijol, lentejas o garbanzos = 100 g.; 150 g. de ensalada mixta de zanahoria, habichuela, repollo, arveja, tomate, lechuga, espinaca, etc., condimentada con limón y sal o con salsa mayonesa o con crema de leche; dos onzas de queso = 60 g.; 100 g. de fruta de cualquier tipo.

Onces: una taza de café o de té con leche ($\frac{1}{2}$ taza de leche = 100 g. + la infusión correspondiente) endulzada con sacarina; dos onzas de queso = 60 g.

Comida: Igual al almuerzo.

—Fórmula sintética: valor calórico total 1.628 calorías; hidratos de carbono 44% = 700 calorías = 150 g.; proteínas 26% = 424 calorías = 106 g.; grasas 31% = 504 calorías = 56 g.

Las ventajas de este sistema de recetas dietéticas, con expresión simultánea de cantidad exacta y de porciones, han sido comprobadas a lo largo del tiempo en la atención médica de los pacientes afiliados a la A. C. D. Ante todo se han tenido en cuenta las disponibilidades económicas: la mayoría son de pobres recursos; además, se considera el nivel intelectual de los pacientes tratando de que puedan hacer la selección de los alimentos en forma sencilla, sin mayor complicación para sus hogares, pudiendo adaptar la alimentación familiar y la suya propia sin ocasionar perjuicios psicológicos y sin violar la cuarta ley de la alimentación (30).

El sistema de dietas presentado es de fácil manejo para el médico, ya que sin mayor dificultad técnica y empleando muy poco tiempo puede modificar, fácil y exactamente, las cantidades que componen cada prescripción dietaria. Al aceptar las dietas mencionadas, el Comité Científico tuvo en cuenta las circunstancias de vida en Colombia: en ocasiones los pacientes llevan dietas adaptadas con base en otros tipos de alimentación de otros países, con alimentos que muchas veces hasta son desconocidos entre nosotros.

Ocasionalmente se ha intentado modificar las dietas, en el sentido de ofrecer la mayor variedad posible de alimentos y de preparaciones culinarias, pero en la práctica se ha llegado a la irremediable conclusión de que cuanto más simple sea la dieta y más sencillamente presentada, más fácilmente es cumplida por el diabético y menor es el número de problemas en el control médico. Lo anterior significa una doble economía: en costos de laboratorio, ya que los controles bioquímicos no tienen que llevarse a cabo con tanta frecuencia, y en tiempo de los profesionales, ya que es posible atender un mayor número de pacientes por unidad de tiempo. Además, la educación del paciente se hace cada vez más sencilla, disminuyendo el número de clases necesarias para que tengan una instrucción dietética adecuada, lográndose así menor frecuencia en la falta de control dietario de la Diabetes, hecho de diaria observación en la Institución, espe-

cialmente dentro del grupo de recién afiliados sin educación diabético-lógica alguna.

La dieta, confeccionada de acuerdo con las órdenes del médico y con los exámenes bioquímicos de control hechos en el paciente, está incluida en un folder personal que cada paciente está en la obligación de llevar consigo cuandoquiera que asista a la A. C. D., folder que también estará a la disposición del médico en aquellos casos en que sea necesario atender al paciente en su domicilio, lo cual todavía sucede en Colombia. Este tipo de archivo personal no solamente es dietéticamente conveniente, sino que permite al médico y a la Dama Voluntaria educadora que con él colabora en estos temas, el valorar la capacidad de educación del paciente en relación con su enfermedad, el nivel mismo en que se encuentran su control y su compensación diabéticos y finalmente las condiciones psicológicas del enfermo.

Hospital

Desde su iniciación la A. C. D. tuvo un servicio de hospitalización para diabéticos descompensados y en emergencia, el cual funcionó de 1957 a 1960. Por entonces el número de pacientes, las disponibilidades económicas de la Asociación y el personal médico y auxiliar así lo permitían. Más tarde y como era de esperarse, aumentó el número de diabéticos, sin que se dispusiera de local adecuado para ampliar la hospi-

CALCULESE EL INDICE DE GRAVEDAD (RABINOWITCH)

FACTOR	1	2	CLASIFICACION 3	4	5	CLASIFICADO (Ejemplo)
Edad del paciente (años)	0-15	16-30	31-50	51-70	71+	
Duración del coma (horas)	0-12	13-24	25-36	37-48	49+	
Grado de inconsciencia	Somnoliento	Semicons- ciente	Respuesta incons- ciente al dolor*	Completamente in- consciente		
Vómitos semejantes a la borra de café	--	--	Presentes	--	--	
Infección	--	--	Presente	--	--	
Presión arterial sistólica	89-80	79-70	69-60	59-50	49-	
Poder de combinación del CO ₂ mEq.	16-16 9-7	15-12 6,9-5,5	11-8 5,4-3,6	7-4 3,5-1,8	3- 1,7-	
Nitrógeno no proteico mg% (nitrógeno de la urea sanguínea)	41-60 (15-30)	61-80 (31-50)	81-100 (51-70)	101-130 (71-90)	130+ (90+)	
Estados concomitantes	Muy benignos	Benignos	Moderadamente graves	Graves	Muy graves	

INDICE TOTAL

Estado clínico

Indice de gravedad

Muy benigno
Benigno
Moderadamente grave
Grave
Muy grave

- 5
6-10
11-15
16-20
21

*Producido al tocar las conjuntivas.

+Incluye sólo los estados agudos capaces de causar la muerte independientemente del coma

Indíquese brevemente el factor complicante (v.gr., neumonía)

do a la A. C. D. para ensanchar su servicio de hospitalización, para poder atender siquiera parcialmente los casos urgentes de pacientes en emergencia: desgraciadamente a ello se debe que algunas veces haya ocurrido que materialmente no se pueda prestar el servicio, y el desenlace haya sido fatal. (Fig. 2 y Fig. 3). El sistema de control del diabético en emergencia por acidosis o por coma diabético se lleva a cabo en forma convencional, empleando el índice de gravedad de Rabinowitch (31) y las pautas de control establecidas por el Hospital General de Indianápolis (32). Al ser hospitalizado, el diabético en emergencia queda de inmediato bajo la respon-

sabilidad de uno de los Médicos Residentes, cuyos turnos han sido establecidos previamente. Uno de los Diabetólogos de planta dirige el tratamiento hasta que el paciente salga de la Institución. Obviamente dentro de la A. C. D. ningún médico está autorizado para cobrar honorarios profesionales personales, y menos aún en emergencias. En estos casos el servicio de Laboratorio Clínico es continuo, mediante turnos de 12 horas. Además, el Cardiólogo y eventualmente los otros profesionales de planta están disponibles cuando se presenta una emergencia diabética; finalmente, una de las Enfermeras ha sido especialmente entrenada para cooperar con máxima eficacia en

estos casos, y de hecho reside permanentemente en la Institución.

Enfermería General e Inyectología

El servicio de Enfermería funciona, desde la fundación de la Institución, bajo la dirección de una Enfermera Residente, quien está encargada de vigilar la atención del paciente hospitalizado, así como del que acude a las diversas consultas, prestando naturalmente su colaboración directa a los profesionales médicos de la A. C. D.

Con la Enfermera Jefe colaboran las Damas Voluntarias que hayan sido asignadas para la enseñanza de inyectología, y para la aplicación misma de insulina a pacientes pobres de solemnidad, en forma gratuita. La Inyectología funciona en local independiente; allí mismo se toman las muestras de sangre a los pacientes. En la enseñanza del paciente diabético, la Enfermera y las Damas Voluntarias disponen de cuadros especiales en que está esquematizado el grupo de territorios cutáneos en donde debe inyectarse la insulina, los diversos tipos de jeringuillas, los diversos tipos de esterilización, etc. Complementariamente se enseña la manera de determinar glucosa y acetona en la orina.

El hecho de que en un solo local funcionen Inyectología y toma de muestras de sangre para estudios bioquímicos, permite indirectamente un mejor control de los pacientes diabéticos, pues fácilmente se pue-

den corregir técnicas defectuosas en la aplicación de insulina y obtener mejor puntualidad en la asistencia a control por parte de algunos pacientes.

D) Departamento de Publicaciones y Biblioteca

El órgano publicitario oficial de la Asociación es la revista "El Diabético", cuya distribución es gratuita. Las publicaciones recibidas en intercambio, nacional e internacional, constituyen una parte de la biblioteca. El carácter no exclusivamente científico médico, de este grupo de publicaciones, hace que sea más adecuado enumerarlas más adelante, al comentar sobre el Departamento equivalente en la División de Servicios Sociales.

La A. C. D. se halla suscrita a "The Journal of the American Medical Association", "Diabetes" —de la "American Diabetes Association"—, la "Revista de la Sociedad Colombiana de Endocrinología", el "Día Médico" y "Diabetes" —de la Sociedad Española de Diabetes—.

Por otra parte, en el Departamento de Publicaciones se hallan los originales de trabajos científicos médicos elaborados en la Asociación, con sus Archivos especiales de tarjetas de referencias varias. Se halla también la colección de dichos trabajos tal como han sido publicados. La lista de ellos debería incluir las 9 Tesis de Grado mencionadas al hablar del Departamento de Educa-

ción Médica, y por tal motivo se numeran a partir de "10":

10. Sánchez-Medina, M.: "Intolerance des graisses chez les diabétiques a Bogotá". En "First International Congress of Diabetics"; Amsterdam, July 7-12, 1952; pág. 175. Voeding, Amsterdam, 1953.

11. Sánchez-Medina, M.: "Síntesis fisiopatológica y terapéutica de la Diabetis Mellitus". Rev. Facultad Med. 23:602, 1955.

12. Sánchez-Medina, M.: "La acidosis diabética". Rev. Higiene y Salubridad, 35:17, 1956.

13. Sánchez-Medina, M.: "La sulfanil-carbamida en el líquido cefalorraquídeo". Rev. Soc. Colomb. Endocrinol. 1:253, 1958.

14. Sánchez-Medina, M. y Cortázar, J.: "Colesterol en diabéticos a 2.650 m., Bogotá". Rev. Soc. Colomb. Endocrinol. 2:19, 1959.

15. Sánchez-Medina, M.: "Experiencias con clorpropamida en Diabetes Mellitus". El Diabético 3:121, 1959.

16. Sánchez-Medina, M. y Cortázar, J.: "Experiencia clínica con ciclohexamida". Rev. Soc. Colomb. Endocrinol. 3:9, 1961.

17. Gómez Afanador, J. y Sánchez-Medina, M.: "Síndrome prediabético". Rev. Clínica "David Restrepo", 2:74, 1961.

18. Sánchez-Medina, M. y Cortázar, J.: "Experiencias con tolbuta-

mida endovenosa en diabéticos". El Diabético 3:457, 1963.

19. Mendoza Hoyos, H.; Sánchez-Medina, M. y Botero Jaramillo, L.: "La nialamida como posible agente protector en el curso de la retinopatía diabética". En "II Simposio Panamericano sobre Farmacología y Ed. Escuela Méd. Univ. Guadalajara, Guadalajara, México, 1963.

20. Sánchez-Medina, M.; Cortázar, J. y Fernández, G.: "Estudio de la coexistencia de alergia y diabetes". Alergia 11:52, 1963.

21. Sánchez-Medina, M.: Citado por Fernández Pérez, A.: "The past and future of medical plants in Colombia". p. 37. Colloques Internationaux du Centre National de la Recherche Scientifique, París, 1964.

22. Sánchez-Medina, M. and Cortázar, J.: "Digestive alterations in Diabetes Mellitus". Diabetes, 14:465, 1965.

23. Witte, J. J.: "Around the world in forty days". The Diabetes Association of Colombia". News Bull. 10:12, 1965.

24. Sánchez-Medina, M. and Cortázar, J.: "Coexistence of allergy and diabetes" J. Asthma Res. 3:233 (March), 1966.

25. Cortázar, J. and Sánchez-Medina, M.: "Clinical Experience with benzolsulfonamidodiazine". Diabetes 15:531 (July), 1966.

26. Sánchez-Medina, M. and Cortázar, J.: "The effect of quinethazone on blood glucose level in diabetics". Diabetes 15:546 (July), 1966.

3. DIVISION DE SERVICIOS SOCIALES

En forma similar a la División precedente —Médica—, la de Servicios Sociales está constituida por cuatro Departamentos: A) De Investigaciones Generales; B) De Educación Social; C) De Asistencia Social; y D) De Publicaciones y Biblioteca.

A) Departamento de Investigaciones Generales.

Hemos considerado que la forma más concreta para informar sobre este Departamento, puede estar constituida por el detalle de dos investigaciones dadas: una de ellas relacionada con ingesta alimentaria en varias zonas del país, ya concluida; la otra sobre epidemiología de la Diabetes Mellitus en una zona de Bogotá, en vía de ser concluida.

Ingesta alimentaria en Colombia

Durante los años de 1964 y 1965,

y en un intento para establecer la calidad y cantidad de alimentación de los diabéticos en Colombia, el Director Científico de la Asociación inició una encuesta a través de los pacientes que acuden a la A. C. D. y a su Consultorio Particular. Para ello, se repartieron sendos formularios entre los diabéticos de zonas varias de Colombia; las preguntas estuvieron hechas en tal forma que las respuestas fuesen fáciles y exactas, y permitiesen juzgar la calidad y cantidad de los alimentos consumidos. Después de cuidadoso estudio pudo llegar a precisarse el grupo de valores promedios de la ingesta en las regiones indirectamente encuestadas.

El número total de formularios contestados fue de 1.000, distribuidos así: sabana de Bogotá 350, Boyacá 180, Santander 120, alto Magdalena 53, costa Atlántica 135, Valle del Cauca 49, Cordillera Central 99, y Pacífico sur 14.

Los valores promedios obtenidos fueron los siguientes (33):

	VCT	H. Carbono		Proteínas			Grasas			
	Cal/d		g	Cal	g	Cal	g	Cal		
Sabana de Bogotá	2359	58%	342	1368	13%	79	316	29%	75	675
Boyacá:	1583	68%	257	1026	11%	40	160	21%	44	340
Santander:	2282	59%	335	1340	15%	87	348	26%	66	594
Alto Magdalena:	2100	59%	307	1228	14%	74	296	27%	64	576
Costa Atlántica:	1879	66%	297	1188	14%	61	244	20%	50	447
Valle del Cauca:	1502	54%	202	809	17%	62	250	29%	49	443
Cordillera Central:	2621	58%	380	1520	13%	84	336	29%	85	765
Pacífico Sur:	1531	67%	251	1005	10%	37	146	23%	42	380

(VCT = Valor Calórico Total; Cal/d = calorías por día).

LA
ASOCIACION COLOMBIANA
DE DIABETES

Trabaja a las ordenes de la familia de la
Ciudad Kennedy en Bogotá, D. C.



¿ESTA USTED PROPENSO A
LA DIABETES?



AYUDENOS A SERVIRLE

COOPERE CON EL MEDICO DE LA
ASOCIACION COLOMBIANA DE DIABETES
CUANDO LO VISITE EN SU CASA

QUE ES LA DIABETES?

Es una enfermedad que se manifiesta por:

- Mucha sed
- Orina abundante
- Mucha hambre
- Bajar de peso

- Otras manifestaciones como picazón en la piel, etc.

MUCHOS VECES LOS ENFERMOS NO SABEN QUE LA SUREN

QUE IMPORTANCIA TIENE EL SABER QUE SE
PADECE DIABETES?

- El enfermo que se cuida puede evitar complicaciones y vivir muchas
años en compañía de su familia.

QUIENES ESTAN PROPENSOS A LA DIABETES?

- Los padres
- Los que tienen antecedentes de diabetes en su familia
- Los que...

QUE IMPORTANCIA TIENE EL SABER QUE SE
ES PROPENSO?

- El paciente que se cuida puede evitar la enfermedad.

NO OLVIDE QUE LA DIABETES ES UNA
ENFERMEDAD EVITABLE...

QUE VA A REALIZAR LA ASOCIACION
COLOMBIANA DE DIABETES POR USTED?

- Visitar a usted en casa para informarle y asesorarlo.
- Si se propensa a estar enfermo le ayudamos a evitarlo por el control y tratamiento.

QUE DEBE USTED HACER PARA COOPERAR
CON LA ASOCIACION COLOMBIANA DE
DIABETES?

- Facilitar el tiempo que se le pide para el estudio.
- Contar los proyectos que usted se plantea en el presupuesto de su familia y de su trabajo.
- Trabajar con nosotros de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. en la sede de la Asociación en Bogotá, D. C.

COOPERE CON EL MEDICO DE LA
ASOCIACION COLOMBIANA DE DIABETES
CUANDO LO VISITE EN SU CASA
AYUDENOS A SERVIRLE

El Comité Científico de la Asociación ha considerado de singular valor el completar lo más posible esta investigación general, pues una vez que la cantidad de datos permita un análisis estadístico preciso las conclusiones a que pueda llegarse tendrán obvia importancia en el estudio médico y dietético del diabético que deba ser atendido en Colombia.

Epidemiología de la Diabetes Mellitus

Para llevar a cabo un estudio preliminar pero básico, se escogió la "Ciudad Kennedy" en Bogotá, concentración de familias cuyo nivel socioeconómico corresponde al término medio de la población del país. Se encuentran allí familias previamente ubicadas en diferentes zonas del Distrito Especial, y en su mayoría son originarias de otras varias poblaciones de la República. Por otra parte, "Ciudad Kennedy" ofrece máximas facilidades administrativas, locativas y materiales en general. Se excluyeron del estudio las per-

sonas menores de 10 años y las familias que habitan en las pocas residencias que podrían denominarse de lujo dentro de la unidad.

La motivación de la encuesta se hizo mediante un folleto simple y adecuadamente confeccionado (Fig. 4), previamente estudiado en detalle por el Comité Científico de la A. C. D., folleto del cual se repartieron 10.000 ejemplares entre las personas residentes en "Ciudad Kennedy". Luego, y con la colaboración de 20 Damas Voluntarias seleccionadas dentro del personal residente de la zona en referencia —distintas al grupo del Voluntariado de la Asociación misma— 20 médicos realizaron 10 reuniones con las directivas de los diversos núcleos de acción comunal del lugar, intercambiando ideas y precisando los alcances del programa; para hacer más completo lo anterior, más general, se empleó el sistema local de transmisión radial.

Los bloques-edificios se dividieron en 20 zonas, cada una de ellas a cargo de un médico y de una Dama Voluntaria. En la etapa inicial de la

encuesta se obtuvieron los datos relacionados con edad, sexo, existencia de obesidad y/o de diabetes, problemas obstétricos y materno-fetales, además de todo lo importante de antecedentes y datos familiares hasta el 2º grado de consanguinidad.

Las etapas siguientes serán: investigación de glicosuria, en muestras obtenidas 1½ a 3 horas después de la comida del medio día; envío al Laboratorio de aquellas orinas en las que la reacción inicial haya sido positiva o dudosa, para su examen completo; elaboración de historia clínica completa de los casos comprobadamente positivos para glicosuria así como de aquellos en quienes los datos de anamnesis sugieran definitivamente la existencia de la noxa.

El diagnóstico positivo de Diabetes Mellitus se llevará a cabo por determinación de glicemias, Somogyi-Nelson, y de acuerdo con las normas universalmente aceptadas: 1 punto = Diabetes Mellitus; obtención del puntaje: glicemia en ayunas superior a 110 mg./100 ml. = 1 punto; durante la prueba de tolerancia, glicemia de 170 o más mg./100 ml. a la hora = ½ punto, glicemia de 120 o más mg./100 ml. a las 2 horas = ½ punto y glicemia de 100 mg. o más/110 ml. a las 3 horas = 1 punto. Obviamente se tendrá presente considerar la coexistencia de infecciones, fiebre, disendocríneas, gastrectomía y hepatopatías; también las variantes que pueden ser introducidas por ex-

ceso de ejercicio físico, por inactividad y por senectud.

Un punto intermedio en la investigación estará constituido por la determinación de glicemia en el Laboratorio móvil de la A. C. D., equipado con un aparato "Clinitron" donado por la casa Upjohn a través de la Organización Mundial de la Salud.

El estudio matemático y estadístico de datos, será hecho utilizando los modernos equipos del Instituto de Crédito Territorial, entidad que en forma decidida ha colaborado con la A. C. D. en este programa.

B) *Departamento de Educación Social*

Básicamente se persigue una educación social continuada, a través de permanente estímulo para que el diabético se halle en estado de compensación metabólica. Toda enseñanza que facilite dicha compensación mejorará la capacidad laboral del paciente y sus condiciones económicas, permitiendo a la vez educación general no exclusivamente sobre temas de diabetología general, inyección y primeros auxilios. Por ejemplo, en forma sistemática una de las Damas Voluntarias enseña las primeras letras a los diabéticos alfabetas. Es lo usual que la enseñanza tenga lugar en reuniones que simultáneamente constituyen períodos de esparcimiento para el enfermo y ocasión para completar la recolección de fondos, hecho este último que facilitará la adquisición de insulina y de otros fármacos.

En relación con las Damas Voluntarias que enseñan generalidades de diabetología, inyectología y primeros auxilios, la Asociación las ha capacitado previamente, en forma adecuada, y les ha expedido el certificado correspondiente.

C) Departamento de Asistencia Social

El criterio de la Asistencia Social en la A. C. D. está orientado exclusivamente a enseñar al diabético el cuidado de su enfermedad, incluyendo el uso adecuado de los fármacos y la oportuna solicitud de consulta ante las complicaciones específicas o paraespecíficas de la Diabetes Mellitus, complementando toda la acción puramente médica. Las normas que en ésta rigen, regirán también en la parte puramente social. En ocasiones la acción médica y la acción social son totalmente inseparables, como por ejemplo cuando se califica lo adecuado del estado general de un diabético, o lo que es equivalente, lo adecuado del control de su enfermedad. En este caso, la máxima calificación es "5", y merecerá una nota, "1", la positividad de cada uno de los siguientes hechos: a) mantener el peso ideal; b) estar normoglicémico y aglicosúrico; c) gozar de bienestar y tener capacidad normal para el trabajo; d) cooperar en forma adecuada; e) no tener complicaciones específicas diabéticas, o si ya estaban presentes el que no hayan progresado.

D) Departamento de Publicaciones y Biblioteca Generales

Las publicaciones generales de la Asociación son: 1) el "Boletín Informativo" que se ha editado sin interrupción desde 1954, completando el año XII, N° 45; distribución gratuita; 2) La revista "El Diabético", anteriormente mencionada y con carácter mixto científico y general, publicación que completa el volumen II; distribución también gratuita; 3) La "Guía del Diabético" (34), opúsculo de 50 páginas, edición de 20.000 ejemplares.

Además de los originales de las publicaciones mencionadas, en su parte pertinente, la Biblioteca general incluye los ejemplares obtenidos por canje, de: "Diabetes", de la Asociación de Diabéticos del Uruguay; "News Bulletin", de la International Diabetes Federation; "Forecast", de la American Diabetes Association; "Conquest", de la Australian Diabetes Association; "Diabetes", de la Sociedad Española de Diabetes; "Il Giornale Dei Diabetici", de la Associazione Italiana per la difesa de gli interessi dei diabetici; "Der Diabetiker", de la Deutschen Diabetiker-Bundes.

Puede incluirse aquí el hecho de que la Asociación ha tenido bajo su responsabilidad y desde 1957 un programa radial de 10 a 15 minutos, semanalmente transmitido por la Radiodifusora Nacional de Colombia. En él, los Médicos y el Comité Especial de Radio y Televisión de las Damas Voluntarias hacen llegar

a toda la nación libretos previamente preparados (35), dando a conocer problemas relacionados con diagnóstico precoz, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus, informando sobre las labores de la A. C. D. y contestando preguntas enviadas por oyentes dentro y fuera de Colombia (36) formuladas al Comité Científico o a la División de Servicios Sociales. Se considera que los programas han redundado en franco beneficio de radio-oyentes colombianos y extranjeros.

4. DAMAS VOLUNTARIAS

El Voluntariado se inició en la Asociación desde el año en que fue fundada, 1954. Se considera innecesario recalcar una vez más el magnífico espíritu de servicio de quienes laboran en este tipo de actividades, a todas luces ejemplar.

A partir de 1963 se empezó el adiestramiento técnico del personal de Damas Voluntarias, de acuerdo con las conclusiones del Primer Seminario Bolivariano, reunido en Bogotá en 1963.

El Grupo de Voluntarias de la A. C. D. tiene tres categorías de Miembros: 1) Honorarios, designados por sus méritos especiales; 2) Benefactores, quienes han merecido su título por ayuda económica en el sostenimiento de las actividades del voluntariado; 3) Activos, quienes después de hacer solicitud y ser aceptados, deberán pasar por el período de entrenamiento especial arriba

mencionado, cuyo programa aprobado por la Junta Directiva de la Asociación y estructurado por la Directora del Servicio de Voluntariado, es el siguiente: a) principios de psicología y de sociología; b) relaciones humanas; c) filosofía del voluntariado hospitalario; d) primeros auxilios; e) dietética y nutrición aplicada a la Diabetes Mellitus; f) técnica general de oficina; g) nociones de anatomía y fisiología humanas; y h) moral.

El Servicio de Voluntarias se rige por estatutos y reglamentos acordados en la Asamblea Nacional de Voluntarias Hospitalarias y aprobados por las delegadas de la Asociación Colombiana de Diabetes. Los reglamentos delimitan, en forma clara, las distintas funciones pertinentes.

Un miembro del Servicio de Voluntarias no es un empleado de la Asociación, pero sí se halla jerárquicamente vinculado a la Institución. En consecuencia, administrativamente depende de la Directora del Cuerpo de Voluntarias; pero ésta depende a su vez de la Dirección de la A. C. D. y labora cumpliendo estrictamente los reglamentos de la Asociación.

Por razones de presentación general, protección e identificación las Damas Voluntarias usan uniforme cuando están en servicio: color blanco con rayas habanas, jardinera blanca y zapatos blancos. Su trabajo es controlado diariamente mediante libro en que deben anotar tiempo laborado, labor realizada y servicio

en el cuál han estado; la Directora rinde informes mensuales y anual a las Directivas de la Asociación y del Cuerpo de Voluntarias.

Las Damas Voluntarias reciben las siguientes distinciones: 1) Escudo de Voluntaria, cuando se completa en forma satisfactoria su adiestramiento; 2) Escudo de la A. C. D., cuando completa 250 horas de servicio; 3) Escudo de 500 horas de servicio, establecido por la Asociación Colombiana de Voluntarias Hospitalarias; 4) Escudo de 1.000 horas de servicio, establecido por la misma Entidad. En caso de retiro, la renuncia deberá ser escrita; la respuesta incluirá lo correspondiente del curriculum vitae de quien se retira.

Las labores que desempeñan las Damas Voluntarias, son las siguientes:

a) Recepción. Durante los días de Consulta, lunes a viernes, inclusive.

b) Auxiliares de Servicios Médicos. En Diabetología, Oftalmología, Ginecología y Obstetricia, Angiocardiología, Diagnóstico Precoz de Cáncer Ginecológico, y Pediatría.

c) Auxiliares de Laboratorio. Atención de los pacientes, obtención de muestras para exámenes bioquímicos.

d) Secretaría. Como auxiliares en los días de consulta; manejo de Historias Clínicas, de folders individuales de cada paciente, de tarjetas de archivos especiales, etc.

e) Drogas. Venta diaria; consecución de muestras gratuitas dadas

a los médicos para su repartición obvia e igualmente gratuita a pacientes, afiliados.

f) Primeros auxilios. Permanente; se enseñan los métodos generales de higiene del diabético, la práctica de curaciones menores, la inyección de insulina, la realización de exámenes reglamentarios en el control del diabético, etc.

Además, está a cargo del Servicio de Voluntarias el servicio de Cafetería, y de Recreación y Rehabilitación. Este último incluye dos proyecciones cinematográficas por semana, además de equipo y medios completos audiovisuales para que la Voluntaria Jefe del Servicio, especialmente preparada, desempeñe sus labores.

Dentro del Cuerpo de Voluntarias se han constituido los siguientes Comités:

a) Especial de Radio y Televisión. En radiodifusión, coordinación del programa, elaboración del libreto y grabación de los temas científicos desarrollados por los médicos y de los temas educativos generales desarrollados por las Voluntarias, para su transmisión por la Radiodifusora Nacional de Colombia, los días viernes a las 7:45 a. m. Periódicamente, estructuración de reuniones de tipo "mesa redonda", para ser transmitidas por la Televisora Nacional.

b) De Censo. Labora durante los días de consulta, cuando los pacientes se hallan en las salas de espera: se obtienen datos estadísticos sobre los afiliados y sus familiares con el

fin de prevenir la Diabetes o descubrir los casos ignorados, estableciendo tratamiento oportuno en ambos casos. El control de la actividad de este Comité se hace en un mapa de la ciudad, en el cual se ubica cada familia censada, con discriminación de miembros diabéticos, "pre-diabéticos" y sanos.

c) De Relaciones Públicas. Encargado de planear, organizar y realizar todo lo relacionado con eventos para recolectar fondos, y celebraciones varias como la Navidad del Niño Diabético, etc.

d) Del Club de Madres. Encargado de instruir, educar y recrear a las madres de niños diabéticos, para convertirlas en maestras y educadoras de sus hijos, específicamente en lo referente a diabetología.

e) Técnico. Organiza grupos de Damas Voluntarias para las Seccionales de la A. C. D. en el país, y supervisa su funcionamiento.

5. FILIALES DE LA ASOCIACION COLOMBIANA DE DIABETES

A) *Seccional Barranquilla*

Según el Artículo 1º de los Estatutos de la A. C. D. se autorizó la creación de Filiales de la misma en las distintas Capitales de los Departamentos de Colombia, las cuales deben regirse por los Estatutos aprobados por el Gobierno Nacional y podrán disfrutar de la Personería Jurídica de que goza la Institución.

En función de tal autorización, el 27 de mayo de 1961, después de

haber tenido lugar las "Jornadas Diabetológicas del Atlántico" en la ciudad de Barranquilla, patrocinadas por la A. C. D. y por la Sociedad Colombiana de Endocrinología, se constituyó estatutariamente la Seccional de Barranquilla, y se nombraron Junta Directiva y Director Científico. El grupo inicial de diabéticos afiliados fue de 30. Dos días más tarde, el 29 de mayo, las Directivas de la A. C. D. y de su Comité Científico hicieron entrega de credenciales para autorización de funcionamiento a las Directivas de la nueva entidad médico-científica.

En abril de 1964, la A. C. D. financió el viaje de tres Damas Voluntarias a Barranquilla, con el fin de organizar el servicio de Voluntariado en esa Capital, previa programación que incluía propósitos generales, filosofía del voluntariado, temas estatutarios y reglamentarios, etc. Después de recibir las inscripciones sometidas a consideración, se procedió a su estudio y con el grupo aceptado se constituyó el Servicio de Voluntarias y se estructuró organograma, sistema administrativo y planes generales de labores.

En Barranquilla, "desde su fundación la A. C. D. ha emprendido una labor de enseñanza y divulgación que se inició con las Jornadas Diabetológicas destinadas a despertar la inquietud dentro del Cuerpo Médico, continuó con charlas periódicas dictadas a los diabéticos, proyecciones de películas alusivas al mejor tratamiento y manejo de la enfermedad y distribución de revis-

tas y folletos ilustrativos" (37).
 "Con el producto de las cuotas mensuales y de inscripción, así como de algunas donaciones de diabéticos pudientes, se ha abierto una cuenta en uno de los Bancos de la ciudad, manejada por la firma conjunta del Director y del Tesorero, con cuyos fondos se han venido adquiriendo las partidas de drogas que el consumo y necesidades permanentes del diabético han requerido. Dichas drogas se venden al Miembro de la A. C. D. con el mismo descuento del 30 ó 40% que los Laboratorios de drogas dan a la Entidad como tal" (38).

"En el campo estrictamente científico, que será objeto de comunicaciones más amplias y especializadas, el progreso ha sido menor, ya que el solo hecho de contar con más de 300 Historias Clínicas de pacientes diabéticos, a quienes es preciso controlar mediante la toma de toda suerte de datos clínicos y de laboratorio, instruirles o aconsejarles en colaboración con sus médicos tratantes una medicación antidiabética y un régimen alimenticio adecuado, representa un campo investigativo de incalculable proyección" (39).

"Fueron objetivos inmediatos para el año de 1962 a más de incrementar y consolidar los progresos alcanzados, la consecución de una sede permanente para la A. C. D., adecuada a sus necesidades de consulta médica diabetológica, consulta de especialista, sala de proyección y conferencias, la organización de cursos de inyectología, dietoterapia y

de visitadoras sociales; y por último, hacer un fuerte incremento de la labor de divulgación a fin de llevar los beneficios de la A. C. D. a todos los rincones de la ciudad y del Departamento" (40).

En efecto, la Honorable Asamblea Departamental y la Gobernación adjudicaron a la A. C. D. un lote de terreno con área de 5.500 m², en la magnífica unidad asistencial de Barranquilla —Ciudad de la Salud—, junto al Hospital General, la Escuela de Enfermería, el Hospital Nueropsiquiátrico y el Instituto de Cancerología. Allí se piensa levantar una primera planta funcional con Sala de Conferencias, Consultorios, Farmacia, Cooperativa de Alimentos, Cafetería, etc.; posteriormente se emprenderá la parte relativa a hospitalización.

Los informes del Médico Director no entran a detallar los servicios que se prestan en la actualidad a los diabéticos, en cifras, porque será motivo de una comunicación especial; puede decirse que el nivel de cultura del diabético y del público barranquillero respecto a la Diabetes Mellitus, es fundamentalmente distinto y mejor al que se halló en 1961, año en que fue fundada la Seccional Barranquillera de la A. C. D.

B) Seccional Bucaramanga

A raíz del Curso de Educación Continuada, auspiciado por la Asociación de Facultades de Medicina, en mayo de 1965, en Bucaraman-

ga se dedicó una de las sesiones más importantes del certamen al estudio de la Diabetes Mellitus, interesando a uno de los médicos internistas de la localidad, ya entrenado en la sede científica y hospitalaria de la A. C. D. en Bogotá. Con la asistencia de él y del Director Científico de la Asociación en comisión del Comité Científico, y de una delegada de las Damas Voluntarias, se reunieron inicialmente 20 diabéticos en el salón para Conferencias del Hospital de San Juan de Dios.

En esta sesión inicial, a la cual asistieron también Voluntarias Hospitalarias de Bucaramanga, se expusieron detalladamente los aspectos científicos, sociales y generales que tendría la nueva Seccional, se trazaron programas iniciales, y se fijó un límite de observación con término en el mes de octubre de 1965.

En la fecha fijada concurren nuevamente a la Capital de Santander el Director Científico de la A. C. D. y uno de los Miembros de su Comité Científico, hallando una organización de gran calidad, sencilla y operante, merecedora de que las credenciales para funcionamiento fueren entregadas, lo cual se hizo en sobria reunión de Directivas, incluyendo el orden del día el nombramiento de Director Científico de la Seccional Bucaramanga, en propiedad.

La Seccional cuenta ya con más de un centenar de asociados, tiene

una sede locativa adecuada en arrendamiento, y puede ofrecer servicios médicos y de laboratorio a los diabéticos, así como insulina y otros fármacos a precios reducidos. Los planes científicos incluyen encuestas alimentaria no solamente con base en anamnesis remota sino en la secuencia dietaria del control del diabético; se adelanta también una revisión y estudio de frecuencia en relación a síntomas, signos y complicaciones que se presentan en los diabéticos actualmente en observación (41).

C) Seccional Cali

Desde 1956 funciona, bajo la dirección de un Cardiólogo Internista especializado, la Seccional Cali de la A. C. D.; aún no le han sido entregadas las credenciales correspondientes que le otorgan la plena autonomía, por dificultades que se refieren especialmente a la colaboración médica asistencial y a la formación definitiva de un Cuerpo de Voluntarias. Sin embargo, en el Hospital de San Juan de Dios de Cali se reúnen pacientes diabéticos en número mayor de 200, y en pequeños grupos reciben instrucciones sobre el tratamiento y el control de su enfermedad.

No se dispone de Consultorio ni de locales separados; tampoco se ha estructurado un servicio de Farmacia. Uno de los programas para 1965 es incrementar el desarrollo de esta Seccional.

D) Seccionales Santa Marta y Neiva.

Con motivo de las dos últimas Reuniones especiales de fin de año de la Sociedad Colombiana de Endocrinología, en las Capitales de los departamentos de Magdalena y Huila, se fundaron las respectivas filiales de la A. C. D., contando con el apoyo de prestantes médicos. Sus

programas comienzan a desarrollarse y es necesario esperar un lapso prudencial para poder justipreciar cómo se puede colaborar en mejor forma para el crecimiento de estas Seccionales. En ambas fueron estructurados ya Cuerpos de Voluntarias de la A. C. D., bajo los auspicios de las Voluntarias Hospitalarias de las dos Capitales.

REFERENCIAS

1. JOSLIN, E. P., ROOT H. F., WHITE, P. y MARBLE, A. Tratamiento de la Diabetes Sacarina. p. 29. Lea & Febiger, New York, 1959.
2. HENAO, J. M. y ARRUBLA, G. Historia de Colombia. p. 353. Editorial Voluntad, Bogotá, 1961.
3. HENAO, J. M. y ARRUBLA, G. Op cit. p. 380.
4. BOUCHARDAT, A. De la glycosurie du diabete sucre. p. 180. G. Doin Paris 1883.
5. FEHLING, J. Cit. por MANZANARES, J. M. Rev. Soc. Española Diabetol 24: 1, 1957.
6. MEJIA VANEGAS, A. y AGUALIMPIA, C. Estudio de Recursos Humanos. Prueba experimental de Fusagasugá. Informe inédito al Ministerio de Salud Pública. Bogotá 1965.
7. WILKERSON, H. L. C. and CRALL, L. P. Prevalence of Diabetes. J. A. M. A. 135: 209, 1947.
8. JOSLIN, E. P. et al: Op. cit. 1, p. 30.
9. Departamento Nacional de Estadística: "Anuario del Departamento Nacional de Estadística". Imprenta Nacional. Bogotá, 1965.
10. Comentario Editorial. Bol. Com. Nal. Lucha contra el Cáncer, 4: 11, 1964.
11. SANCHEZ-MEDINA, M. Encuesta sobre atención de diabéticos, (inédito).
12. Reglamentos de la Clínica de Marly, Palermo y Nueva, Bogotá, 1965.
13. NELSON, N. Phormometric adaptatiom of the Somogyi method for the determination of glucose. J. Biol. Chem. 153: 375, 1944.
14. MOYER, J. H. and WOMACK, C. R. Glucose tolerance. I. A comparission of 4 types of diagnostic tests in 103 control subjects and 26 patients with diabetes. Am. J. M. Sci. 219: 161, 1950.
15. SANCHEZ-MEDINA, M. Seminario de Dietética. Rev. Hosp. San Juan de Dios, 2: 134, 1954.
16. NEIRA, A. Comunicación personal.
17. CORTAZAR, J. Servicios de Endocrinología. Rev. Soc. Colomb. Endocrinol. 2: 164. 1961.
18. CORTAZAR, J. Informe de Labores; Sección de Endocrinología, Instituto Nacional de Cancerología; 1963, 1964, 1965, (inédito).
19. MENDOZA, H. Como Prólogo en La Asociación Colombiana de Diabetes. Presentado, mecanografiado, para optar al Premio Alejandro Angel, 1959.
20. SANCHEZ-MEDINA, M. y CORTAZAR, J. Sensibilidad intradérmica a sulfonilúreas en diabéticos. Alergia 11: 92, 1964.
21. SANCHEZ-MEDINA, M. and CORTAZAR, J. Coexistence of Allergy and Diabetes. J. Asthma Res. 3: 233 (March), 1966.
22. BAHAMON AMAT, R. Estudios de la retinopatía en la diabetes y en la pre-diabetes. Presentado en la reunión especial de fin de año, Soc. Colomb. Endocrinol. Diciembre 13, 1965, (inédito).
23. CONN, J. W. Interpretation of the glucose tolerance test: the necessity of a standard preparatory diet. Am. J. M. Sci. 199: 555, 1946.
24. FAJANS, S. S. Cortisone-glucose-tolerance test. J. A. M. A. 186: 199, 1963.
25. UNGER, R. H. and MADISON, L. A new diagnostic procedure for mild diabetes mellitus: evaluation of an intravenous tolbutamide response test. Diabetes, 7: 455, 1958.
26. LOSNER E. L., WINKLER, A. W., TAYLOR, F. H. L. and PETERS, J. P. The intravenous glucose test. J. Clin. Invest. 20: 507, 1941.
27. FOLIN, J. Laboratory Manual of Biological Chemistry. p. 211. Appleton Century Inc., New York, 1934.

28. NELSON, N. Op. cit. 13.
29. MOYER, J. H. et al. Op. cit. 14.
30. ESCUDERO, P. Las leyes de la alimentación. Publicaciones del Instituto Nacional de Nutrición. Buenos Aires, 1942.
31. RABINOWITCH, I. M., FOWLER, N. and BENSLEY, J. Cit. por JOSLIN, E. P. et al. Ann. Int. Med. 12: 1403, 1939.
32. Planillas del Hospital General de Indianápolis, 1958.
33. SANCHEZ-MEDINA, M. Encuesta sobre 1.000 diabéticos, ingesta alimentaria. Presentado en la reunión especial de fin de año, Soc. Colomb. Endocrinol., diciembre 1-3, 1965, (inérito).
34. PINTO, L. E. Guía del Diabético. Comercial Gráfica, Bogotá, 1958.
35. Programas de la Radiodifusora Nacional de Colombia, 1958, 1959, 1960, 1964, 1965 y 1966.
36. CASTILLO NAVARRETE, A. Comunicación personal.
37. VALDERRAMA RICO, C. Informe anual de la Asociación Colombiana de Diabetes en Barranquilla. Bol. A. C. D. 8: 6, 1962.
38. VALDERRAMA RICO, C. Op. cit. 37.
39. VALDERRAMA RICO C. Informe anual de la Asociación Colombiana de Diabetes en Barranquilla. Bol. A. C. D. 12: 1 (Sept.-Oct.), 1966.
40. VALDERRAMA RICO, C. Op. cit. 39.
41. MANRIQUE, G. Comunicación personal.