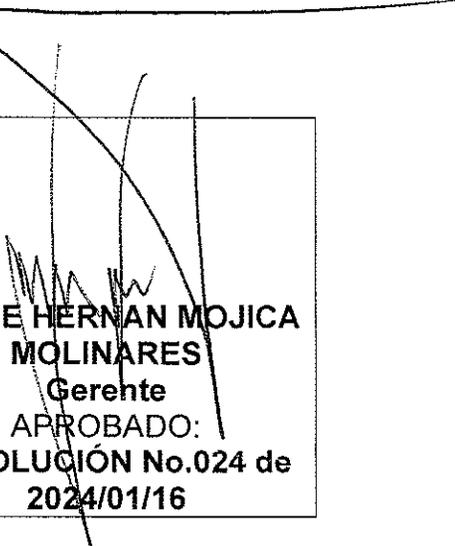
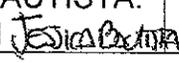


	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP- 16	Página 1 de 49	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS

 ELABORO: Lucy Paloma Gómez Enfermera	 REVISÓ: LUZ MARIA CARREÑO LEÓN Subgerente Asistencial	 JORGE HERNAN MOJICA MOLINARES Gerente APROBADO: RESOLUCIÓN No.024 de 2024/01/16
FECHA: 2024/01/03	FECHA: 2024/01/08	
Vo.Bo: JESSICA BAUTISTA. Oficina de Calidad 	FECHA: 2024/01/12	

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP- 16	Página 2 de 49	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

CONTENIDO

1.	OBJETIVO.....	3
2.	ALCANCE Y RESPONSABLES.....	3
3.	GENERALIDADES.....	3
3.1	BUSQUEDA Y CAPTACIÓN.....	3
3.2	ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA HTA.....	4
3.2.1	DIAGNOSTICO.....	4
3.3	TRATAMIENTO.....	5
4.	ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	9
4.1	DIAGNOSTICO.....	9
4.4	METAS DEL CONTROL GLUCÉMICO.....	15
4.3.1	DETECCIÓN DE COMPLICACIONES.....	15
4.5	ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC). 16	
4.5.1	DEFINICIÓN DE LA ERC.....	16
4.5.2	ESTADIFICACION DE LA ERC.....	16
4.5.3	EVALUACION DE LA ERC.....	18
4.5.4	PROGRESIÓN DE LA ERC.....	20
4.5.5	PREVENCIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA ERC.....	21
4.5.6	COMPLICACIONES DE LA ERC.....	23
4.5.7	REMISION A ESPECIALISTAS.....	25
5	REPORTE DE INFORMACION.....	25
5.1	COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS.....	25
5.2	REPORTE DE LA CUENTA DE ALTO COSTO.....	26
5.3	INDICADORES PARA LA RUTA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA PACIENTES CRÓNICOS.....	26
6	FLUJOGRAMA.....	29
7	ANEXOS.....	30
8	TERMINOS Y DEFINICIONES.....	47
9	REGISTROS DE CALIDAD.....	47
10	NORMATIVIDAD.....	48
11	BIBLIOGRAFÍA:.....	49
12.	CONTROLES.....	49

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 3 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

1. OBJETIVO.

Desarrollar una guía con la mayor validez, claridad y aplicabilidad posible para la atención integral de los usuarios que asisten al programa de crónicos de la E.S.E Departamental Solución Salud en sus 17 sedes.

1.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Gestionar la articulación del programa de crónicos con los diferentes servicios de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD".
- Fortalecer las habilidades del personal de salud frente a las actividades que se realizan en la consulta del programa de crónicos.
- Identificar los factores de riesgo para realizar la prevención y detección precoz de ERC.

2. ALCANCE Y RESPONSABLES.

El alcance de este programa es para todos los pacientes de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD" que hacen parte de la atención específica a crónicos haciendo referencia a pacientes con HTA, Diabetes o Enfermedad Renal Crónica o las tres comorbilidades juntas.

Los responsables de la adopción del programa es el personal de salud de los diferentes centros de atención de los 17 municipios del departamento del meta adscritos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD".

3. GENERALIDADES.

3.1 BUSQUEDA Y CAPTACIÓN.

La búsqueda y captación de los pacientes crónicos al programa se realiza a través de las rutas integrales de atención con las actividades de promoción y mantenimiento de la salud, a partir de los 18 años donde se evalúa el riesgo cardiovascular de todos los usuarios de la E.S.E Departamental "Solución Salud". De igual manera se debe hacer la identificación de los factores de riesgo y la tamización respectiva para la HTA con la escala de FRAMINGHAM, la diabetes mellitus Tipo 2 con el instrumento FINDRISC y la enfermedad renal crónica.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 4 de 49	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Al identificar los pacientes con mayores riesgos o que ya presenten estas patologías se deben realizar los exámenes pertinentes y garantizar la atención integral por el programa de crónicos.

La búsqueda y captación de pacientes al programa de crónicos se realiza a través de la atención primaria en salud, haciendo referencia a un enfoque de salud equitativo e integral con el objetivo de orientar al sistema a garantizar el mayor nivel posible de bienestar. La atención primaria en salud representa el primer nivel de contacto de la comunidad, las familias y el individuo al sistema de salud colombiano llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, convirtiéndose en el comienzo de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Para esto se establecen los equipos de salud, un conjunto de profesionales que se encargan en los territorios de atender a las familias y comunidades de las zonas rurales realizando una caracterización de los mismos, con el fin de que el centro de salud capte y busque activamente a los usuarios que requieran una atención integral y si es necesario derivarlo a la ruta de atención específica o en este caso al programa de crónicos de la E.S.E Departamental "Solución Salud".

3.2 ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA HTA.

3.2.1 DIAGNOSTICO.

Consulta inicial.

En personas con sospecha de hipertensión arterial, cuya medición de consultorio indique **PAS 135-150 mmHg o PAD 85-95 mmHg** se debe solicitar MAPA (monitorización de la presión arterial) y automonitoreo en casa.

Si por el método MAPA se obtienen cifras tensionales entre **150/90 mm Hg** se **confirma que el paciente tiene HTA**. Esta consulta la debe realizar el médico general.

Lesión de órgano blanco.

Se debe descartar las lesiones de órgano blanco en cada paciente que es diagnosticado por primera vez con HTA a cargo del **médico general** siguiendo las actividades según cada patología como se muestra a continuación:

- **Diagnóstico de retinopatía hipertensiva**

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 5 de 49	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

- ✓ En **cuidado primario y rutinario** de pacientes con HTA estadio I/no complicada se recomienda no hacer fundoscopia para valoración de daño microvascular.
- ✓ En los pacientes a mayor riesgo de daño microvascular (HTA estadio II/ refractaria o enfermedad renal crónica estadio II o mayor), se debe **remite a valoración por oftalmólogo cada 2 años.**

- **Diagnóstico de hipertrofia ventricular izquierda (HVI).**

En pacientes con mayor riesgo de HVI (historia de HTA de por los menos 5 años, así como con HTA estadio II, HTA refractaria o con enfermedad renal crónica estadio II o superior), se debe **remite a valoración por especialista**

- **Diagnóstico de nefropatía hipertensiva.**

- ✓ En los **primeros tres meses** después del diagnóstico de HTA, debe descartarse lesión glomerular en muestra de orina casual, evaluando la **relación proteinuria/creatinuria positiva, o mediante proteinuria en tiras reactivas.**
- ✓ En pacientes con datos positivos (relación proteinuria/creatinuria positiva o proteinuria en tiras reactivas), se debe confirmar el hallazgo con **medición de albuminuria en 24 horas.**
- ✓ De confirmarse el hallazgo, se requiere **hacer seguimiento anual con proteinuria en orina de 24 horas.**

- **Diagnóstico de lesión macrovascular por ultrasonido vascular.**

En pacientes con HTA sin síntomas de obstrucción arterial, se recomienda no realizar estudios de ultrasonido vascular en el cuidado rutinario. Si se reconocen síntomas se debe **remite a el especialista.**

Estimar riesgo cardiovascular.

Se debe realizar con él con la escala de Framingham para estratificar el riesgo cardiovascular este se debe realizar en la consulta inicial por parte del médico general. El personal de salud encontrara esta opción en el sistema digital de la E.S.E Departamental "Solución Salud" donde se registra la historia clínica, específicamente en la pestaña de objetivos en el espacio de los signos vitales el sistema les permite calcular el riesgo cardiovascular del paciente.

3.3 TRATAMIENTO.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 6 de 49	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Pacientes sin diagnóstico de HTA con riesgo intermedio o alto de eventos cardiovasculares.

En personas sin diagnóstico de HTA, pero riesgo intermedio o alto de eventos cardiovasculares, no se recomienda iniciar medicación antihipertensiva durante su valoración con el médico general que se debe realizar cada tres o seis meses máximo.

Tratamiento no farmacológico para todos los pacientes con HTA.

- **Cambios dietarios:** Se recomienda implementar regímenes dietarios dirigidos a la disminución de peso en todos los pacientes con HTA con índice de masa corporal mayor a 25 kg/m².
- **Reducción de la ingesta de sodio:** Se recomienda implementar regímenes dietarios dirigidos a la disminución de la ingesta de sodio en todos los pacientes con HTA.
- **Actividad física:** Se recomienda estimular la actividad física regular en todos los pacientes con HTA.
- **Ingesta de alcohol:** En pacientes con HTA e ingesta excesiva de alcohol (superior a un trago en mujeres o dos en hombres por semana), se recomienda disminuir su consumo.
- **Consumo de potasio:** En personas con HTA se debe recomendar una dieta DASH o un consumo diario equivalente de potasio de hasta 4,7 gr día como parte del tratamiento antihipertensivo, siempre que no se incurra en riesgo de hiperpotasemia.

Para más información remitirse a ver el documento de **EDUCACION PARA PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR** (anexo 1).

Esta actividad se debe realizar por parte del **médico general y del profesional de enfermería*** cada uno en sus consultas que se deben realizar cada **tres meses de manera intercalada una consulta con la otra.**

El auxiliar de enfermería puede dar educación al paciente crónico.
Instauración de tratamientos farmacológicos.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 7 de 49	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

El tratamiento para la HTA debe ser instaurado por el **médico general** desde la confirmación del diagnóstico, sin embargo, se debe reevaluar en cada consulta (cada 3 o 6 meses máximo) según las cifras tensionales.

- **Tratamiento farmacológico monoterapia.**

Pacientes con tensiones de PAS 140-160 mmHg y PAD 90-100 mmHg sin características de riesgo se debe **iniciar tratamiento con monoterapia** de ser posible con diuréticos tiazídicos (Hidroclorotiazida mínimo a 25 - 50 mg/día, Clortalidona mínimo a 12,5 - 25 mg/día).

- **Tratamiento farmacológico con combinación de antihipertensivos.**

Pacientes con tensiones de PAS 160 mmHg y PAD 100 mmHg con características de riesgo se debe **iniciar tratamiento con combinación** de antihipertensivos (preferir 2do medicamento al aumento de dosis de 1er medicamento y no combinar IECA + ARA II).

Tratamientos específicos.

El médico general debe tener en cuenta las otras patologías del paciente para la instauración del tratamiento de la HTA y reevaluar en cada consulta (cada 3 o 6 meses máximo):

- **Enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular.**

La utilización de antihipertensivos en monoterapia en pacientes con media de TA menor a **160/90 mmHg** y terapia combinada (efecto mayor de **calcio-antagonistas**) en pacientes con media de TA mayor, se asocia a una disminución del riesgo de enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular.

- **Falla cardiaca.**

Todas las clases de antihipertensivos utilizados en monoterapia y en combinación reducen en forma similar el riesgo de desarrollo de falla cardiaca.

- **Deterioro de la función renal.**

- ✓ En el momento del diagnóstico, en pacientes con cifras de tensión arterial sistólica mayor o igual a 160mmHg o tensión arterial diastólica mayor o igual a 100mmHg, considerar el inicio del tratamiento con

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 8 de 49	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

combinación de familias de antihipertensivos (excepto la combinación de IECA y ARA II)

- ✓ Debe preferirse, en pacientes que no han logrado las metas de presión arterial con monoterapia a dosis estándar, el tratamiento con combinación de familias de antihipertensivos (excepto la combinación de IECA y ARA II), sobre el aumento de la dosis de un solo agente.

- **Riesgo cardiovascular.**

La recomendación acerca del tratamiento de elección para pacientes con alto riesgo cardiovascular es igual al tratamiento recomendado en población general sin otras comorbilidades.

Vacunación.

- Ofrecer vacunación anual para la influenza a todos los adultos con hipertensión arterial con complicaciones como falla cardíaca y valvulopatías. La dosis será de 0,5ml para adultos mayores y menores de 60 años.
- La población con HTA debe recibir una dosis adicional al menos 6 meses luego de su última dosis de COVID-19.

3.4 SEGUIMIENTO.

Cita de control por medicina general.

Cita en la institución de salud para realizar seguimiento a las cifras tensionales las cuales deben estar entre 140/90 siendo esta la meta para todos los pacientes con HTA se debe realizar cada 3 o 6 meses máximo por el médico general el cual debe verificar el estado del paciente y recordar que a todo paciente se debe evaluar su función renal para evitar la ERC.

Utilizar el documento ESQUEMA INTERVENCIONES CRONICOS (anexo 2), para facilitar las actividades durante la cita de control.

No olvidar tomar la tensión arterial.

Cita de control por el profesional de enfermería.

Se debe realizar a todos los pacientes con el fin de mirar la adherencia a el tratamiento (dosis únicas diarias, combinaciones fijas, educación y motivación) y ejecutar un plan de cuidados enfocado en los cambios de estilo de vida para realizar un seguimiento y contribuir al análisis del paciente juntamente con el médico.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP- 16	Página 9 de 49	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

El profesional de enfermería no debe olvidar que debe revisar el algoritmo de la atención de la HTA, diabetes y ERC y que tiene la autoridad y obligación de solicitar laboratorios (creatinina, perfil lipídico, parcial de orina, hemoglobina glucosilada, entre otros) e inter consultar con medicina general para el pertinente diagnóstico del paciente.

Se debe realizar cada tres meses de manera que no se cruce con la cita de control por medicina general.

No olvidar tomar la tensión arterial.

Parámetros para la atención de pacientes con HTA y diabetes.

En personas con diagnóstico de HTA que sean mayores de >60 años y que tengan diagnóstico de diabetes también, se recomienda el uso de terapia antihipertensiva con metas de PAS < 140 mmHg usando método auscultatorio o <130/80 mmHg usando métodos automatizados como estrategia de seguimiento.

La cita de control debe realizarse por el medico con una periodicidad de cada 3 o 6 meses máximo, sin embargo, recordar que lo ideal es que estos pacientes se remitan para la atención con especialista.

Selección de método para el seguimiento de las cifras tensionales.

Se sugiere usar AMC para promover la adherencia al tratamiento antihipertensivo y el cumplimiento de metas durante el seguimiento de los pacientes con HTA.

Durante el seguimiento de pacientes con HTA, debe preferirse usar monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) a la automonitoreo en casa (AMC), siempre que haya exceso de variabilidad en las mediciones de la TA o incumplimiento de metas del tratamiento.

4. ATENCION INTEGRAL PARA LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.

4.1 DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 se puede hacer con cualquiera de los siguientes criterios:

- Glucemia plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 10 de 49	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

- Glucemia plasmática con un valor de ≥ 200 mg/dl a las 2 h de ingerir una carga de 75g de glucosa confirma el diagnóstico. Esta es una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) y de ella se toman dos muestras: una basal y otra a las 2 horas de la carga. (Se sugiere utilizar la PTOG como estrategia para el diagnóstico de la DMT2 en pacientes con glucemia plasmática en ayunas entre 100 y 125 mg/dl).
- HbA1c en cualquier momento $\geq 6,5$ %.
- En presencia de síntomas como poliuria, polidipsia y pérdida de peso, basta con una glucemia plasmática al azar ≥ 200 mg/dl para establecer el diagnóstico.

El diagnóstico debe darse por parte del médico general en la consulta inicial o en una consulta de control de un paciente con HTA.

Diagnóstico positivo.

En todos los casos en los que se diagnostique DMT2 se debe realizar una consulta de control por medicina general cada 3 o 6 meses máximo, en la cual se debe medir la HbA1c, para la toma de decisiones sobre el tratamiento por seguir, y para poder evaluar posteriormente el efecto del tratamiento. **HAY QUE RECORDAR QUE A TODO PACIENTE SE DEBE EVALUAR SU FUNCION RENAL para evitar la ERC.**

De igual manera se debe tener una consulta de control por profesional de enfermería para vigilar la adherencia del tratamiento del paciente y para ejecutar un plan de cuidado respecto a los estilos de vida saludable con una periodicidad de 3 a 6 meses de tal manera que no coincida con la consulta de control por el médico general.

El profesional de enfermería no debe olvidar que debe revisar el algoritmo de la atención de la HTA, diabetes y ERC y que tiene la autoridad y obligación de solicitar laboratorios (creatinina, perfil lipídico, parcial de orina, hemoglobina glucosilada, entre otros) e inter consultar con medicina general para el pertinente diagnóstico del paciente.

No olvidar tanto el médico general como enfermería deberán valorar la integridad de los pies de los pacientes diabéticos.

Diagnóstico negativo.

En todos los casos en los que se descarte el diagnóstico de DMT2 debe hacerse educación sobre estilos de vida saludable por parte del médico general o enfermería.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 11 de 49	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

(auxiliares y profesional) con ayuda del documento de EDUCACIÓN PARA PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR (anexo1).

Programa de prevención de DMT2.

En caso de que la sospecha clínica de DMT2 la HbA1c se encuentre por debajo del 6,5 %, se deberá hacer la PTOG para confirmar el diagnóstico o establecer la presencia de categorías con riesgo aumentado de diabetes (mencionados en el primer paso), así incluirlos en programas de prevención de DMT.

4.2 TRATAMIENTO INICIAL.

Tratamiento no farmacológico.

- **Alimentación:** Se recomienda el uso de la dieta mediterránea, pero conservando el predominio del consumo de vegetales, hortalizas, legumbres, cereales integrales, frutas enteras, frutos secos y aceite de oliva o nueces. Se debe incluir también el consumo moderado de pescado, de aves, de productos lácteos bajos en grasa y de vino con las comidas. El consumo de carnes rojas, huevos y granos refinados debe ser esporádico.
- **Consumo de Alcohol:** El consumo habitual de alcohol no se debe estimular.
- **Actividad física.**

Ejercicios Anaeróbicos: incluye actividades como montar en bicicleta, caminar, nadar, bailar y hacer movimientos rítmicos repetidos (≥ 10) de un mismo grupo muscular. La frecuencia debe ser ≥ 150 minutos por semana.

Ejercicios de Resistencia: incluye una rutina con pesas que debe ser gradual en la cantidad de peso y en la frecuencia.

En pacientes con limitaciones físicas que les impidan la movilidad, se sugiere que sean valorados por un fisioterapeuta o un médico del deporte (remitir). Para más información ver el documento EDUCACIÓN PARA PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR (anexo 1).

Esta actividad se debe realizar por parte del médico general y del profesional de enfermería* cada uno en sus consultas que se deben realizar cada tres meses de manera intercalada una consulta con la otra.

El auxiliar de enfermería puede dar educación al paciente crónico.

 GOVERNACIÓN DEL META	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 12 de 49	 GOVERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Instauración del tratamiento.

El tratamiento para la diabetes mellitus Tipo 2 debe ser instaurado por el médico general desde la confirmación del diagnóstico, sin embargo, se debe reevaluar en cada consulta (cada 3 o 6 meses máximo) según el reporte de la HbA1c:

- **Tratamiento Farmacológico Monoterapia.**

En los pacientes con DMT2 recién diagnosticada, iniciar el tratamiento farmacológico con metformina de forma simultánea con los cambios en el estilo de vida, Teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

- ✓ La metformina debe dosificarse de forma gradual, partiendo de 500 mg al día hasta llegar a 1000 mg 2 veces al día, para evitar la intolerancia gastrointestinal (náuseas, dolor abdominal, diarrea).
- ✓ Se debe reducir la dosis de metformina a un máximo de 1000 mg al día cuando la tasa de filtración glomerular esté por debajo de 50 ml/min, y se debe suspender cuando esté por debajo de 30 ml/min.
- ✓ Está contraindicada también cuando hay un riesgo alto de acidosis láctica, como en los estados de hipoxemia severa, de falla hepática y de alcoholismo.
- ✓ Cuando la metformina está contraindicada o no se tolera, se puede reemplazar, como tratamiento inicial, por cualquiera de los otros antidiabéticos orales que estén aprobados para monoterapia.

- **Tratamiento Farmacológico combinado.**

- ✓ En los pacientes con DMT2 recién diagnosticada y niveles de HbA1C > 8 %, inicie manejo con metformina combinada con otro antidiabético oral: Como primera opción combinarla con un inhibidor DPP4 (gliptina) y como segunda opción inhibidor SGLT-2.
- ✓ Si la HbA1c es > 9% puede combinarla con una sulfonilurea con bajo riesgo de hipoglicemia (glimpirida o glicazida) en caso de no disponer de un inhibidor DPP4 o un inhibidor SGLT2.
- ✓ No utilizar la combinación de metformina con glibenclamida, por el alto riesgo de Hipoglucemia y no usar la combinación de metformina con tiazolidinediona, por el riesgo aumentado de desarrollar edemas, falla cardíaca o fractura.
- ✓ Los inhibidores DPP4 debe ajustarse cuando la tasa de filtración glomerular descienda por debajo de 50 ml/min, exceptuando la linagliptina.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 13 de 49	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Cuidados frente al tratamiento.

- No se recomienda usar sulfonilureas cuando la tasa de filtración glomerular descienda por debajo de 30 ml/min, exceptuando la glipizida.
- La dosis de los inhibidores DPP4 debe ajustarse cuando la tasa de filtración glomerular descienda por debajo de 50 ml/min, exceptuando la linagliptina.
- Se recomienda vigilar y tratar oportunamente las infecciones genitourinarias cuando se usan los inhibidores SGLT2. Su eficacia tiende a disminuir a medida que la función renal se deteriora significativamente.

Vacunación.

- Se vacunará cada año a todo usuario a quien el médico confirme diagnóstico y que cuente con otra comorbilidad asociada (insulinorequiriente, cardiopatía, nefropatía, neuropatía) la dosis será de 05ml para mayores o menores de 60 años.
- La población con diabetes mellitus debe recibir una dosis adicional al menos 6 meses luego de su última dosis de COVID-19.

Metas del tratamiento inicial.

HbA1c \leq 7% **en 3 a 6 meses**, perder peso hasta aproximarse al normal (IMC $<$ 25 kg/m²) y actividad física regular **si no pasar a la siguiente sección**. Utilizar el documento ESQUEMA INTERVENCIONES CRONICOS (anexo 2) para facilitar las actividades durante la cita de control.

4.3 TRATAMIENTO INICIAL FALLIDO.

Tratamiento no farmacológico.

Siempre que se detecte una falla en el logro de las metas terapéuticas con los fármacos, se deben revisar e intensificar los cambios en el estilo de vida, hasta donde sea posible. Para más información ver el documento EDUCACIÓN PARA PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR (anexo 1).

Esta actividad se debe realizar por parte del médico general y del profesional de enfermería, cada uno en sus consultas que se deben realizar cada tres meses de manera intercalada una consulta con la otra.

El auxiliar de enfermería puede dar educación al paciente crónico.

 GOBIERNO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 14 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Reevaluación del tratamiento inicial.

El médico general debe reevaluar el tratamiento del paciente e instaurar medidas para alcanzar la meta terapéutica de la Diabetes mellitus T2, esta reevaluación se debe realizar con ayuda de un resultado de HbA1c que se toma cada 3 a 6 meses.

- **Paciente que viene en tratamiento inicial con monoterapia.**

Agregue otro antidiabético oral:

- ✓ Como primera opción un inhibidor DPP4 (gliptina).
- ✓ Como alternativa un inhibidor SGLT-2.
- ✓ Puede agregar una sulfonilurea con bajo riesgo de hipoglicemia (glimepirida o glicazida) en caso de no disponer de inhibidor DPP4 o inhibidor SGLT2.

Si no se logra las metas de llevar la HbA1c a la meta (<7%) en un lapso de 3 a 6 meses se debe pasar al tratamiento inicial con terapia combinada ubicado en el paso 2.2 de esta misma sección.

- **Viene en tratamiento inicial con terapia combinada.**

Agregue un tercer antidiabético:

- ✓ La primera opción es insulina basal, especialmente si el peso está cercano al normal (IMC < 30 kg/m²).
- ✓ Si permanece obeso (IMC ≥ 30 kg/m²) se puede utilizar como alternativa un agonista del receptor de GLP1, en cuyo caso se debe suspender el inhibidor DPP4.
- ✓ Si permanece obeso (IMC ≥ 30 kg/m²) se podría considerar la combinación de metformina, inhibidor de SGLT2 y agonista del receptor de GLP1 por su efecto favorable en reducción de peso.
- ✓ También se puede considerar la combinación de insulina basal con un agonista del receptor de GLP1.

Meta del tratamiento.

Lograr llevar la HbA1c a la meta (<7%) en un lapso de 3 a 6 meses y mantenerla y mantener el mismo manejo y los cambios del estilo de vida, se debe revisar en cada consulta (medicina general y enfermería cada tres o 6 meses máximo intercaladas una con la otra) estas metas y reforzar con educación.

 E.S.E. "Solución Salud"	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 15 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

4.4 METAS DEL CONTROL GLUCÉMICO.

Control glucémico.

El control glucémico se debe revisar en cada consulta de control tanto por el médico general como por enfermería para valorar la efectividad del tratamiento. A continuación, se presentan valores específicos según algunas características de los pacientes:

- **Pacientes mayores de 65 años.**
 - ✓ No intensificar manejo para alcanzar valores de HbA1c cercanos a lo normal ($< 6,5\%$ HbA1c).
 - ✓ En los pacientes libres de otras comorbilidades se recomienda dar manejo dirigido a alcanzar HbA1c de ($\leq 7\%$).
 - ✓ En los pacientes que presenten fragilidad o demencia, o con riesgo aumentado de hipoglucemia, se sugiere un manejo menos intensivo con valores de HbA1c entre el 7 %y el 8.
- **Pacientes con cuidados paliativos.**
Limitar el objetivo del tratamiento a evitar la hiperglucemia sintomática.
- **Antecedente de enfermedad cardiovascular.**
No se recomienda la intensificación del tratamiento para alcanzar un valor de HbA1c cercano al normal (HbA1c $< 6,5\%$).

4.3.1 DETECCIÓN DE COMPLICACIONES

Detección de complicaciones

En cada consulta de control por el médico general y enfermería deben identificar los factores que indique alguna de las siguientes complicaciones:

- **Insuficiencia coronaria**
En los pacientes con DMT2 sin síntomas de insuficiencia coronaria, se sugiere no hacer tamización para enfermedad arterial coronaria.
- **Tamización para albuminuria**
 - ✓ La prueba de tamización para microalbuminuria* se debe hacer anualmente desde el momento del diagnóstico. Cuando hay múltiples factores que pueden aumentar de la excreción de albúmina, se debe confirmar en al menos dos de tres mediciones, en muestras tomadas con intervalos de cuatro a seis semanas.

 <small>GOVERNACIÓN DEL META</small>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 16 de 49	 <small>GOVERNACIÓN DEL META</small>
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

- ✓ La nefropatía diabética se diagnostica cuando, además de la presencia de microalbuminuria*, la tasa de filtración glomerular (TFG) está por debajo de 60 ml/min.
- ✓ En el paciente con DMT2, el control estricto de la hipertensión arterial previene y reduce la progresión de la nefropatía diabética. Se comienza el manejo con IECA o ARA2, pero se pueden agregar otros antihipertensivos, si es necesario, para lograr una meta de la PAS 130 - 139 mmHg, y PAD ≤ 80 mmHg.
- ✓ Cuando la albuminuria es > 300 mg/g de creatinina (> 300 mg en 24 horas), se clasifica como macroalbuminuria. Su persistencia indica un mayor riesgo de mortalidad y de progresión a estadios avanzados de falla renal.

* ≥ 30 mg de albuminuria/g de creatinuria en una muestra aislada de la primera orina de la mañana o ≥ 30 mg de albúmina en la orina recolectada durante 24 horas.

4.5 ATENCION INTEGRAL PARA LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA (ERC).

4.5.1 DEFINICIÓN DE LA ERC.

El médico general debe definir en la consulta inicial o en la consulta de control de crónicos que la enfermedad renal crónica se define como anomalías, de la estructura o función del riñón, presentes por más de 3 meses, con implicaciones para la salud.

Criterios para la enfermedad renal crónica (cualquiera de ellos presente por más de 3 meses).

Marcadores de daño renal (uno o más)-

- Albuminuria (AER ≥ 30mg/24 horas; ACR ≥30 mg/g [≥ 3 mg/mmol])
- Anormalidades del sedimento urinario.
- Anormalidades de electrolitos y otras anormalidades debido a trastornos tubulares
- Anormalidades detectadas mediante histología
- Anormalidades. estructurales detectadas a través de imágenes .
- Historia de trasplante de riñón
-

TFG disminuida TFG < 60 ml/min/1,73 m2

4.5.2 ESTADIFICACION DE LA ERC.

Estadificación de la ERC.

 E.S.E. "Solución Salud"	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 17 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

El **médico general** debe estadificar la ERC en la consulta inicial o en la consulta de crónicas en la cual le diagnosticaron la enfermedad, para esto se debe asignar la causa, la categoría de la estimación de la tasa de filtración glomerular y la categoría de la albuminuria.

- **Asignar la causa**

Asigne la causa de la enfermedad renal crónica con base en la presencia o ausencia de enfermedad sistémica y la localización en el riñón de los hallazgos patológico-anatómicos observados o presuntos.

- **Asignar la categoría de TFG**

Asigne las categorías de tasa de filtración glomerular como aparece a continuación:

Categorías TGF en ERC

Categoría TFG	TFG (ml(min/1,73 m2))	Términos
G1	≥ 90	Normal o alta
G2	60-89	Disminución leve
G3a	45-59	Disminución leve a moderada
G3b	30-44	Disminución moderada a severa
G4	15-29	Disminución severa
G5	< 15	Falla renal

El personal de salud encontrara esta opción en el sistema digital de la E.S.E Departamental "Solución Salud" donde se registra la historia clínica, específicamente en la pestaña de objetivos en el espacio de indicadores de pronóstico donde el mismo sistema les calcula la TFG de manera automática.

- **Asignar categoría de Albuminuria**

Asigne las categorías de albuminuria* como aparece a continuación:

*Tenga en cuenta que cuando la medición de albuminuria no está disponible, pueden sustituirse los resultados de la tira reactiva de orina.

ACR (equivalente aproximado)

Categorías de albuminuria en ERC

Categoría	AER (mg/24horas)	(mg/mmol)	(mg/g)	Términos
A1	< 30	< 3	< 30	Normal a incremento moderado
A2	30-300	3-30	30-300	Incremento moderado*
A3	> 300	> 30	> 300	Incremento severo**

* En relación con el nivel de jóvenes adultos.

**Incluyendo síndrome nefrítico (excreción de albúmina usual mayor de 2200 mg/24 horas [ACR > 2220 mg/g; > 220 mg/mmol]).

 E.S.E. "Solución Salud"	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 18 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Clasificación de categoría de riesgo.

En el caso de poblaciones con enfermedad renal crónica, se debe agrupar en categorías de riesgo las categorías de la tasa de filtración glomerular y de albuminuria con riesgo relativo similar en términos de desenlaces de la enfermedad renal crónica con ayuda del siguiente formato:

Pronóstico de la enfermedad renal crónica, por Categorías de TFG y de Albuminuria: KDIGO 2012				Categorías de albuminuria persistente		
				Descripción y rango		
				A1	A2	A3
				Normal a incremento leve	Incremento moderado	Incremento severo
				< 30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	<300 mg/g >30 mg/mmol
Categorías TFG (ml/min/ 1,73 m ²) Descripción y rango	G1	Normal o alto	≥90			
	G2	Disminución leve	60-89			
	G3a	Disminución de leve a moderada	45-59			
	G3b	Disminución de moderada a severa	30-44			
	G4	Disminución severa	15-29			
	G5	Falla renal	<15			

Verde: riesgo bajo (si no hay otros marcadores de enfermedad renal, no hay enfermedad renal crónica); Amarillo: riesgo mayor moderado; Naranja: riesgo alto; Rojo: riesgo muy alto. TFG: tasa de filtración glomerular.

4.5.3 EVALUACION DE LA ERC.

Consulta de control por medicina general.

Se debe realizar por el **médico general** cada **3 o 6 meses máximo** con el fin de evaluar lo que se presenta a continuación:

- **Evaluación de la cronicidad y de la causa.**

En personas con una tasa de filtración glomerular inferior a 60 ml/min/1,73 m² revise las mediciones anteriores para determinar la duración de la enfermedad renal:

 <small>Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E. "Solución Salud"</small>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 19 de 49	 <small>GOBERNACIÓN DEL META</small>
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

- ✓ Si la duración es mayor a 3 meses, se confirma la enfermedad renal crónica.
- ✓ Si la duración no es mayor a 3 meses o no es clara, la enfermedad renal crónica, no está confirmada.

Además de esto evaluar el contexto clínico, incluyendo la historia personal y familiar, factores sociales y ambientales, medicamentos, examen físico, mediciones de laboratorio, imágenes y diagnóstico patológico para determinar las causas de la enfermedad renal.

- **Evaluación de la TFG**

Se recomienda el uso de la creatinina sérica y una ecuación de cálculo de la tasa de filtración glomerular para la evaluación inicial.

- **Evaluación de la albuminuria**

Se sugiere utilizar las siguientes medidas para la evaluación inicial de la proteinuria (en orden descendente de preferencia; en todos los casos se prefiere una muestra de orina tomada a primera hora de la mañana)

- ✓ Relación albúmina creatinina en orina.
- ✓ Razón proteína creatinina en orina.
- ✓ Análisis de orina mediante tiras reactivas para proteínas totales con lectura automatizada
- ✓ Análisis de orina mediante tiras reactivas para proteínas totales con lectura manual.

En todo caso confirmar la relación albúmina creatinina mayor o igual a 30 mg/g (≥ 3 mg/mmol).

- **Evaluación de proteína tubular**

Si se tiene sospecha significativa de proteinuria no albúmina, utilizar las pruebas para proteínas específicas de la orina.

Consulta de control por profesional de enfermería

Se debe realizar con el fin de evaluar la adherencia al tratamiento y para plantear un plan de cuidados enfocado en los estilos de vida saludable, esta consulta se hace cada tres meses teniendo en cuenta que no se cruce con la consulta de medicina general.

El profesional de enfermería no debe olvidar que debe revisar el algoritmo de la atención de la HTA, diabetes y ERC y que tiene la autoridad y obligación de solicitar laboratorios (creatinina, perfil lipídico, parcial de orina, hemoglobina glucosilada,

 E.S.E. "Solución Salud"	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP- 16	Página 20 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

entre otros) e inter consultar con medicina general para el pertinente diagnóstico del paciente.

4.5.4 PROGRESIÓN DE LA ERC.

Progresión de la ERC.

Se debe definir si existe o no una progresión de la ERC con el fin de remitir a especialistas, esta evaluación la debe realizar el médico general en cada consulta de control. Para esto se debe realizar las siguientes actividades:

- **Frecuencia de evaluación de la enfermedad renal crónica.**

Se debe evaluar la tasa de filtración glomerular y la albuminuria **por lo menos anualmente** en personas con enfermedad renal crónica y evaluarla con más frecuencia en individuos con un riesgo más alto de progresión, o cuando la medición impacte las decisiones terapéuticas.

- **Definición de la progresión de la ERC.**

Definir la progresión de la enfermedad renal crónica con base en uno o más de los siguientes elementos:

- ✓ Disminución en la categoría de la tasa de filtración glomerular (≥ 90 [G1], 60-89 [G2], 45-49 [G3a], 30-44 [G3b], 15-29 [G4], < 15 [G5] ml/min/1,73 m²). Un descenso incuestionable en la tasa estimada de filtración glomerular se define como un descenso en la categoría acompañado por una caída del 25 % o mayor en la tasa estimada de filtración glomerular a partir de la línea basal.
- ✓ La progresión rápida se define como como una disminución sostenida en la tasa estimada de filtración glomerular de más de 5 ml/min/1,73 m² /año.
- ✓ La confianza en la determinación de la progresión aumenta con un número mayor de mediciones de creatinina sérica y la duración del seguimiento.

- **Predictores de progresión.**

Identificar los factores asociados a la progresión de la enfermedad renal crónica para informar el pronóstico:

 <small>GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "Solución Salud"</small>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP- 16	Página 21 de 49	 <small>GOBERNACIÓN DEL META</small>
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

- ✓ Nivel de las tasas de filtración glomerular.
- ✓ Nivel de albuminuria
- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Raza/etnia
- ✓ Tensión arterial elevada
- ✓ Hiperglucemia
- ✓ Dislipidemia
- ✓ Tabaquismo
- ✓ Obesidad
- ✓ Historia de enfermedad cardiovascular
- ✓ Exposición continuada a agentes nefrotóxicos

Manejo inicial de pacientes con progresión de la ERC.

En personas con progresión de enfermedad renal crónica revise el manejo actual, examine causas reversibles de progresión, y remitir a especialista.

4.5.5 PREVENCIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA ERC.

Prevención de la progresión de la ERC.

Se debe realizar en cada consulta de control por parte del **médico general y de enfermería** (auxiliar y profesional) con una periodicidad de cada **tres meses**, y estar enfocada en los siguiente:

- **Tensión arterial e interrupción del sistema renina-angiotensina-aldosterona**
 - ✓ Ajuste el tratamiento de la tensión arterial en ancianos con enfermedad renal crónica considerando cuidadosamente los eventos adversos relacionados con el tratamiento para la tensión arterial, incluyendo trastornos electrolíticos, deterioro agudo de la función renal, hipotensión ortostática, y efectos secundarios de los medicamentos.
 - ✓ Tratar con medicamentos antihipertensivos a los adultos diabéticos y no diabéticos, con enfermedad renal crónica y con una excreción de albúmina urinaria inferior a 30 mg/24 horas cuya tensión arterial en consultorio sea superior a 140/90 mmHg, con el fin de mantener una tensión arterial menor o igual a 140/90 mm Hg.
 - ✓ A los pacientes con albúmina urinaria superior o igual a 30 mg/24 horas, con tensión arterial en consultorio sea superior a 130/80 mm Hg con el fin de mantener una tensión arterial que sea inferior o igual al valor antes dado.

 <small>GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"</small>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP- 16	Página 22 de 49	 <small>GOBERNACIÓN DEL META</small>
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

- ✓ Se sugiere utilizar un bloqueador de los receptores de la angiotensina o un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina como tratamiento para la atención arterial.

- **Enfermedad renal crónica y riesgo de lesión renal aguda**

Considerar en riesgo mayor de lesión renal aguda a todas las personas con enfermedad renal crónica.

- **Ingesta de proteínas.**

- ✓ Disminuir la ingesta de proteínas a 0,8 g/kg/día en adultos con diabetes o sin diabetes y con una tasa de filtración glomerular inferior a 30 ml/min/ 1,73 m², mediante educación apropiada.
- ✓ Evitar una alta ingesta de proteínas (> 1,3 g/kg/día) en adultos con enfermedad renal crónica en riesgo de progresión.

- **Control Glicémico.**

- ✓ Se recomienda un objetivo de hemoglobina glucosilada aproximado al 7,0 % para prevenir o retardar la nefropatía diabética.
- ✓ Ampliar el objetivo de hemoglobina glucosilada por encima de 7,0 % en personas con comorbilidades o expectativa de vida limitada y en riesgo de hipoglucemia

- **Ingesta de sal.**

Disminuir la ingesta de sal a menos de 5 g de sodio por en adultos.

- **Estilos de vida.**

Estimular a las personas con ERC para realizar actividad física compatible con la salud y la tolerancia cardiovascular (con una meta de por lo menos 30 minutos cinco veces a la semana), alcanzar un peso saludable (IMS entre 20- 25), y dejar de fumar.

Para más información ver el documento **EDUCACIÓN PARA PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR** (anexo 1).

- **Asesoría dietética adicional.**

 E.S.E. "Solución Salud"	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP- 16	Página 23 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Se recomienda que los usuarios reciban asesoría e información respecto a la dieta por experto. Para esto **remitir a nutricionista.**

4.5.6 COMPLICACIONES DE LA ERC.

Identificar complicaciones de la ERC.

Se debe realizar en la **consulta de medicina general** cada tres meses teniendo en cuenta la regularidad de algunos exámenes según la complicación que se vaya a evaluar.

- **Definición e identificación de anemia en ERC.**

Diagnostique anemia en adultos con ERC cuando la concentración de hemoglobina sea inferior a 13,0 g/dl (< 130 g/l) en hombres inferior a 12,0 g/dl en mujeres. Tomar **anualmente** en personas con una tasa de filtración glomerular entre **30 y 59 ml/min/1,73 m²** y **dos veces al año** en personas con una tasa de filtración glomerular inferior a **30 ml/min/1,73 m²**.

- **Evaluación de calcio, fosfato, hormona paratiroidea y fosfatasa alcalina**
Medir los niveles séricos de calcio, fosfato, hormona paratiroidea y actividad de fosfatasa alcalina **por lo menos una vez** en adultos con una tasa de filtración glomerular inferior a 45 ml/min/1,73 m².

- **Evaluación de la densidad mineral ósea.**

No se sugiere realizar pruebas de densidad mineral ósea en aquellos con tasa de filtración glomerular estimada inferior a 45 ml/min/1,73 m², ya que la información puede ser confusa. **En caso de requerirlo remitir a especialista.**

- **Manejo de niveles de fosfato sérico y hormona paratiroidea.**

- ✓ En personas con una tasa de filtración glomerular inferior a 45 ml/min/1,73 m², se sugiere mantener las concentraciones de fosfato sérico en el rango normal
- ✓ No se conoce el nivel óptimo de hormona paratiroidea en personas con una tasa de filtración glomerular inferior a 45 ml/min/1,73 m². Se sugiere que se evalué la hiperfosfatemia, hipocalcemia y deficiencia de vitamina D.

 GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 24 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

- **Suplementación de vitamina D y bifosfonatos.**

- ✓ No se sugiere prescribir de manera rutinaria suplementos de vitamina D en ausencia de deficiencia sospechada o documentada.
- ✓ No se sugiere prescribir tratamiento con bifosfonatos en personas con una tasa de filtración glomerular inferior a 30 ml/min/1,73 m² sin una fundamentación clínica sólida.

Recordar remitir a especialista.

- **Acidosis.**

Administrar tratamiento con suplementos orales de bicarbonato a personas con enfermedad renal crónica y concentraciones de bicarbonato sérico inferiores a 22 mmol/l, con el fin de mantener el bicarbonato sérico dentro del rango normal.

- **Enfermedad cardiovascular.**

Evaluar el riesgo de enfermedad cardiovascular a todas las personas con enfermedad renal crónica y tratar de la misma manera si tuviera o no alguna enfermedad cardiovascular.

- **Manejo de la medicación y seguridad del paciente.**

- ✓ Tener en cuenta la tasa de filtración glomerular cuando se dosifiquen los medicamentos.
- ✓ Los adultos con enfermedad renal crónica tengan consulta médica antes de utilizar medicinas que no requieren prescripción o suplementos proteicos nutricionales.
- ✓ No utilizar remedios herbales en personas con enfermedad renal crónica.
- ✓ Se recomienda continuar la metformina en personas con una tasa de filtración glomerular igual o superior a 45ml/min/1,73 m²; su uso debe revisarse en aquellos con una tasa de filtración glomerular de 30 a 44 ml/min/1,73 m²; y debe discontinuarse en personas con una tasa de filtración glomerular inferior a 30ml/min/1,73 m².
- ✓ Monitorizar con regularidad la tasa de filtración glomerular, electrolitos y niveles de medicamentos en todas las personas que toman agentes potencialmente nefrotóxicos, tales como el litio e inhibidores de la calcineurina.

 del Departamento del Meta E.S.E. "Solución Salud"	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 25 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

- **Infecciones.**

- ✓ Ofrecer vacunación anual para la influenza a todos los adultos con enfermedad renal crónica (hemodiálisis y diálisis peritoneal), a menos que esté contraindicado. Para adultos mayores y menores de 60 años una dosis de 0,5ml.
- ✓ La población con ERC debe recibir una dosis adicional al menos 6 meses luego de su última dosis de COVID-19.

4.5.7 REMISION A ESPECIALISTAS.

Remisión a servicios de especialistas.

Se recomienda la **REMISIÓN** a servicios especializados de atención renal para personas con enfermedad renal crónica en las siguientes circunstancias:

- Lesión renal aguda o caída abrupta sostenida en la tasa de filtración glomerular.
- Tasa de filtración glomerular inferior a 30ml/min/1,73 m² (categorías TFG: G4 a G5)
- Hallazgo consistente de albuminuria significativa (razón albúmina creatinina ≥ 300 mg/g [≥ 30 mg/mmol], o tasa de excreción de albúmina ≥ 300 mg/24 horas, equivalente aproximadamente a una razón proteína-creatinina ≥ 500 mg/g [≥ 50 mg/mmol], o una tasa de excreción de proteínas ≥ 500 mg/24 horas).
- Progresión de la enfermedad renal crónica.
- Cilindros eritrocitarios, conteo de hematíes superior a 20 por campo de alto poder, sostenido y no explicado por una causa evidente.
- Enfermedad renal crónica e hipertensión que no responde al tratamiento con cuatro o más agentes antihipertensivos.
- Anomalías persistentes de potasio sérico.
- Nefrolitiasis recurrente o extensa.
- Enfermedad renal hereditaria.
- Estudio de imágenes.

5. REPORTE DE INFORMACION.

5.1 COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS.

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD" bajo la resolución 384 del 2020 actualiza los comités de

 El Departamento del Meta E.S.E. "Solución Salud"	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP- 16	Página 26 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

historias clínicas en los centros y puestos de atención en salud donde se implementa para la evaluación de las historias clínicas. Específicamente para el programa de crónicos se evalúa a través del **FR-GQA-43 V3 LISTA CHEQUEO CUMPLIMIENTO NORMA TECNICA HTA RESOLUCION 4003** (anexo 3), donde se evaluará el número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa estricta del 100% de la guía de la atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la E.S.E sobre el total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la E.S.E en la vigencia objeto de evaluación.

Se deberá realizar en los 10 primeros días de cada mes y enviar copia del acta al nivel central al correo comites@esemeta.gov.co cinco días después del comité.

5.2 REPORTE DE LA CUENTA DE ALTO COSTO.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (E.S.E Departamental "Solución Salud"), a más tardar 5 días calendario deberán suministrar la información necesaria a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que tienen contratación con la misma, con el fin de cumplir con las obligaciones previstas frente a la cuenta de alto costo.

Para el reporte de esta información se utiliza un formato que cuenta con 80 variables entre las que se encuentran datos básicos del paciente, información del lugar de atención, las cifras tensionales, el IMC, reporte de laboratorios (creatinina, colesterol, triglicéridos, hemoglobina glicosilada, etc), la tasa de filtración glomerular entre otros.

Se debe recordar a los municipios que cada uno cuenta con una base de datos independiente donde deben recopilar la información del programa de crónicos mes a mes y que de igual manera se realiza el corte anual del 1 de julio al 30 de junio del año siguiente.

5.3 INDICADORES PARA LA RUTA ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA PACIENTES CRONICOS.

Para la evaluación de la eficacia y cobertura del programa de crónicos se deben tener en cuenta los siguientes indicadores que se deben reportar a la sede central de la E.S.E Departamental mensualmente y anualmente (ver anexo 5 para ver formato en Excel).

Nombre: Porcentaje de personas con riesgo cardiovascular que fueron captadas para el programa de crónicos.

 GOBIERNO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 27 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Definición operacional: Identificación y clasificación del riesgo cardiovascular y riesgo metabólico en población mayor de 18 años.

Indicador: Total de personas mayores de 18 años que fueron captadas para el programa de crónicos en la institución / Total de personas valoradas con riesgo cardiovascular (ver anexo 6).

Nombre: Porcentaje de pacientes con riesgo de diabetes que fueron captados por el programa de crónicos.

Definición operacional: Identificación y clasificación del riesgo cardiovascular y riesgo metabólico en población mayor de 18 años.

Indicador: Total de personas mayores de 18 años captadas para el programa de crónicos en la institución / Total de personas con riesgo de diabetes (Ver anexo 7).

Nombre: Porcentaje de pacientes con alteraciones nutricionales.

Definición operacional: Identificación y clasificación del riesgo cardiovascular y riesgo metabólico en población mayor de 18 años.

Indicador: Total de personas con alteración nutricional según IMC / Total de personas pertenecientes al programa de crónicos de la institución (ver anexo 8).

Nombre: Porcentaje de pacientes hipertensos con 6 meses de tratamiento y presentan una respuesta adecuada.

Definición operacional: Confirmar el diagnóstico de hipertensión arterial esencial, definir el tratamiento farmacológico y descartar la presencia de daño en órgano blanco.

Indicador: Número de pacientes con HTA con más de 6 meses en el programa cuyas cifras de tensión arterial se encuentran menor o igual 140/90 mmHg / Total de pacientes con HTA con más de 6 meses en el programa de crónicos (ver anexo 9).

Nombre: Porcentaje de pacientes diabéticos con 6 meses de tratamiento y presentan una respuesta adecuada.

Definición operacional: Confirmar el diagnóstico de diabetes tipo 2, definir el tratamiento farmacológico y descartar la presencia de daño en órgano blanco.

Indicador: Número de pacientes con diagnóstico de diabetes con más de 6 meses en el programa, con resultados recientes de HbA1C menores de 7% / Número de pacientes con diagnóstico de diabetes con más de 6 meses en el programa (ver anexo 10).

Nombre: Porcentaje de pacientes crónicos que son fumadores.

Definición operacional: Confirmar el diagnóstico de diabetes tipo 2, definir el tratamiento farmacológico y descartar la presencia de daño en órgano blanco.

 GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 28 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Indicador: Número de pacientes crónicos quienes reportan ser fumadores de cigarrillo, cigarrillos o pipa / Número de pacientes pertenecientes al programa de crónicos (ver anexo 11).

Nombre: Porcentaje de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 1 o tipo 2 cuyos valores de TA son mayores a 140/90 mm Hg.

Definición operacional: Confirmar el diagnóstico de diabetes tipo 2, definir el tratamiento farmacológico y descartar la presencia de daño en órgano blanco.

Indicador: Número de pacientes con diagnóstico de diabetes con cifras de tensión arterial mayores de 140/90 mm Hg; sin importar si el paciente usa o no terapia antihipertensiva / Número de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 1 o 2 (ver anexo 12).

Nombre: Porcentaje de pacientes con diagnóstico de diabetes quienes en sus historias clínicas presentan registros durante el último año sobre una evaluación de la retina, la función renal o un examen podológico.

Definición operacional: Confirmar el diagnóstico de diabetes tipo 2, definir el tratamiento farmacológico y descartar la presencia de daño en órgano blanco.

Indicador: Número de pacientes con diagnóstico de diabetes quienes en sus historias clínicas presentan registros durante el último año sobre una evaluación de la retina, la función renal o un examen podológico / Número de pacientes con diagnóstico de diabetes 1 o 2 (ver anexo 13).

Nombre: Tasas de amputación de miembros inferiores.

Definición operacional: Confirmar el diagnóstico de diabetes tipo 2, definir el tratamiento farmacológico y descartar la presencia de daño en órgano blanco

Indicador: Número de pacientes con diagnóstico de diabetes sometidos a amputación de miembros inferiores. / Número de pacientes con diagnóstico de diabetes (ver anexo 14).

Nombre: Porcentaje de pacientes crónicos con niveles de colesterol óptimos.

Definición operacional: Pacientes crónicos con tratamiento farmacológico con el fin de descartar la presencia de complicaciones.

Indicador: Pacientes crónicos con niveles colesterol óptimos / Número de pacientes que pertenecen al programa de crónicos (ver anexo 15).

Nombre: Tasa de mortalidad por enfermedad crónica.

Definición operacional: Pacientes que pertenecen al programa de crónicos que fallecen en el año.

Indicador: Número total de defunciones estimadas en pacientes crónicos en un año / Total de pacientes pertenecientes al programa de crónicos x 1000 (ver anexo 16).

 GOVERNACIÓN DEL META	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 29 de 49	 GOVERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Nombre: Proporción de pacientes con ERC sin disminución de la TFG en un año
Definición operacional: Pacientes que pertenecen al programa de crónicos con ERC que presenten una disminución en la función renal.
Indicador: Total de pacientes con ERC sin disminución de la TFG de 5ml/min/1,73 en un año (pérdida de la función renal) / Total de pacientes del programa de crónicos con ERC (ver anexo 17).

Nombre: Proporción de pacientes con enfermedades precursoras estudiados para ERC
Definición operacional: Pacientes que pertenecen al programa de crónicos que presenten riesgo de padecer Enfermedad Renal.
Indicador: Proporción de pacientes con enfermedades precursoras estudiados para ERC / Total de pacientes pertenecientes al programa de crónicos (ver anexo 18)

Nombre: Proporción de pacientes con DM que se hospitalizan y pertenecen al programa de crónicos (mensual).
Definición operacional: Pacientes pertenecientes al programa de crónicos que sean hospitalizados mensualmente.
Indicador: Total de pacientes con DM que se hospitalizan / Total de pacientes pertenecientes al programa de crónicos (ver anexo 19).

Nombre: Proporción de pacientes con HTA que se hospitalizan y pertenecen al programa de crónicos (mensual).
Definición operacional: Pacientes pertenecientes al programa de crónicos que sean hospitalizados mensualmente.
Indicador: Total de pacientes con HTA que se hospitalizan / Total de pacientes pertenecientes al programa de crónicos (ver anexo 20).

Nombre: Proporción de pacientes con ERC que se hospitalizan y pertenecen al programa de crónicos (mensual).
Definición operacional: Pacientes pertenecientes al programa de crónicos que sean hospitalizados mensualmente.
Indicador: Total de pacientes con ERC que se hospitalizan / Total de pacientes pertenecientes al programa de crónicos (ver anexo 21).

6. FLUJOGRAMA.

No aplica.

 <small>del Departamento del Meta</small> E.S.E. "Solución Salud"	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP- 16	Página 30 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

7. ANEXOS

Anexo 1. Educación para pacientes con riesgo cardiovascular. Disponible:
<https://new.esemeta.gov.co/manuales-asistenciales-sgc/> **PR-GQA-26**
EDUCACION PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR V1.pdf

Anexo 2. Esquema de intervenciones. Disponible:
<https://new.esemeta.gov.co/formatos-asistencial-sgc/> FR-PYP-69 **ESQUEMA DE
INTERVENCIONES ATENCION AMBULATORIA DE CRONICOS**

Anexo 3. FR-GQA-43 V3 LISTA CHEQUEO CUMPLIMIENTO NORMA TECNICA
HTA RES 4003 Disponible en: <https://new.esemeta.gov.co/formatos-asistencial-sgc/>

 GOBIERNO DEL META E.S.E. "Solución Salud"	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 31 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Anexo 4. Porcentaje de personas con riesgo cardiovascular que fueron captadas para el programa de crónicos.

PACIENTE CRÓNICO EN CONSULTA EXTERNA	
NOMBRE	Porcentaje de personas mayores de 18 años que fueron captadas para el programa de crónicos en la institución
CÓDIGO	
DOMINIO	Gerencia del Riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Identificación y clasificación del riesgo cardiovascular y riesgo metabólico en población mayor de 18 años
NUMERADOR	Total, de personas mayores de 18 años que fueron captadas para el programa de crónicos en la institución
DENOMINADOR	Total, de personas valoradas con riesgo cardiovascular
UNIDAD DE MEDICIÓN	PORCENTAJE
FACTOR	X 100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador / denominador
VARIABLES	Cuantitativas
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN	Consulta externa
FUENTE PRIMARIA	Historia clínica
PERIODICIDAD DE GENERACIÓN DE LA INFORMACION	MENSUAL
PERIODICIDAD DE REMISIÓN DE LA INFORMACION	MENSUAL
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN Y REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR	Enfermera jefa de consulta externa
VIGILANCIA Y CONTROL	Director del Hospital Local
ANÁLISIS	
CONSIDERACIONES PARA EL ANÁLISIS	Usuario cuente con un perfil de riesgo cardiovascular y metabólico a nivel individual y colectivo, además, que cuente con afinamiento de cifras tensionales y exámenes respectivos.
UMBRAL DE DESEMPEÑO NO ACEPTABLE	Según seguimiento debe disminuir
ESTANDAR META	
REFERENCIA	
USUARIOS	Hospital Local
SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN A LA QUE APLICA	

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 32 de 49	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Anexo 5. Porcentaje de pacientes con riesgo de diabetes que fueron captados por el programa de crónicos.

PACIENTE CRÓNICO EN CONSULTA EXTERNA	
NOMBRE	Porcentaje de pacientes con riesgo de diabetes que fueron captados por el programa de crónicos
CÓDIGO	
DOMINIO	Gerencia del Riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Identificación y clasificación del riesgo cardiovascular y riesgo metabólico en población mayor de 18 años
NUMERADOR	Total, de personas mayores de 18 años captadas para el programa de crónicos en la institución
DENOMINADOR	Total, de personas con riesgo de diabetes
UNIDAD DE MEDICIÓN	PORCENTAJE
FACTOR	X 100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador / denominador
VARIABLES	Cuantitativas
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN	Consulta externa
FUENTE PRIMARIA	Historia clínica
PERIODICIDAD DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
PERIODICIDAD DE REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN Y REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR	Enfermera jefe de Consulta externa
VIGILANCIA Y CONTROL	Director del Hospital Local
ANÁLISIS	
CONSIDERACIONES PARA EL ANÁLISIS	Usuario cuenta con un perfil de riesgo cardiovascular y metabólico a nivel individual y colectivo, además, que cuente con los exámenes requeridos.
UMBRAL DE DESEMPEÑO NO ACEPTABLE	Según seguimiento debe disminuir
ESTANDAR META	
REFERENCIA	
USUARIOS	Hospital Local
SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN A LA QUE APLICA	

 Gobierno del Departamento del Meta E.S.E. "Solución Salud"	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 33 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Anexo 6. Porcentaje de pacientes con alteraciones nutricionales.

PACIENTE CRÓNICO EN CONSULTA EXTERNA	
NOMBRE	Porcentaje de pacientes con alteraciones nutricionales
CÓDIGO	
DOMINIO	Gerencia del Riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Identificación y clasificación del riesgo cardiovascular y riesgo metabólico en población mayor de 18 años
NUMERADOR	Total, de personas con alteración nutricional según IMC
DENOMINADOR	Total, de personas pertenecientes al programa de crónicos de la institución
UNIDAD DE MEDICIÓN	PORCENTAJE
FACTOR	X 100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador / denominador
VARIABLES	Cuantitativas
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN	Consulta externa
FUENTE PRIMARIA	Historia clínica
PERIODICIDAD DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
PERIODICIDAD DE REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN Y REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR	Enfermera jefe de Consulta Externa
VIGILANCIA Y CONTROL	Director del Hospital Local
ANÁLISIS	
CONSIDERACIONES PARA EL ANÁLISIS	Según clasificación de IMC :Bajo peso; Sobrepeso; Obesidad clase I; Obesidad clase II; Obesidad clase III. Clasificación según perímetro abdominal.
UMBRAL DE DESEMPEÑO NO ACEPTABLE	Según seguimiento debe disminuir
ESTANDAR META	
REFERENCIA	
USUARIOS	Hospital Local
SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN A LA QUE APLICA	

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP- 16	Página 34 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado	

Anexo 7. Porcentaje de pacientes hipertensos con 6 meses de tratamiento y presentan una respuesta adecuada.

PACIENTE CRÓNICO EN CONSULTA EXTERNA	
NOMBRE	Porcentaje de pacientes hipertensos con 6 meses de tratamiento y presentan una respuesta adecuada
CÓDIGO	
DOMINIO	Gerencia del Riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Confirmar el diagnóstico de hipertensión arterial esencial, definir el tratamiento farmacológico y descartar la presencia de daño en órgano blanco.
NUMERADOR	Número de pacientes con HTA con más de 6 meses en el programa cuyas cifras de tensión arterial se encuentran menor o igual 140/90 mmHg
DENOMINADOR	Total, de pacientes con HTA con más de 6 meses en el programa de crónicos
UNIDAD DE MEDICIÓN	PORCENTAJE
FACTOR	X 100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador / denominador
VARIABLES	Cuantitativas
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN	Consulta externa
FUENTE PRIMARIA	Historia clínica
PERIODICIDAD DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
PERIODICIDAD DE REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN Y REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR	Enfermera jefa de Consulta externa
VIGILANCIA Y CONTROL	Director del Hospital Local
ANÁLISIS	
CONSIDERACIONES PARA EL ANÁLISIS	Respuesta adecuada: Pacientes evaluados en un periodo de 6 meses y cuyos valores tensionales se encuentran por debajo de 140/90mmHg para menores de 60 años y por debajo de 150/90 para mayores de 60)
UMBRAL DE DESEMPEÑO NO ACEPTABLE	Según seguimiento debe disminuir
ESTANDAR META	
REFERENCIA	
USUARIOS	Hospital Local
SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN A LA QUE APLICA	

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 35 de 49	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Anexo 8. Porcentaje de pacientes diabéticos con 6 meses de tratamiento y presentan una respuesta adecuada.

PACIENTE CRÓNICO EN CONSULTA EXTERNA	
NOMBRE	Porcentaje de pacientes con edad más de 18 años con diagnóstico de diabetes cuyo más reciente resultado de HbA1C es menor de 7%
CÓDIGO	
DOMINIO	Gerencia del Riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Confirmar el diagnóstico de diabetes tipo 2, definir el tratamiento farmacológico y descartar la presencia de daño en órgano blanco
NUMERADOR	Número de pacientes con diagnóstico de diabetes con más de 6 meses en el programa, con resultados recientes de HbA1C menores de 7%
DENOMINADOR	Número de pacientes con diagnóstico de diabetes con más de 6 meses en el programa
UNIDAD DE MEDICIÓN	PORCENTAJE
FACTOR	X 100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador / denominador
VARIABLES	Cuantitativas
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN	Consulta externa
FUENTE PRIMARIA	Historia clínica
PERIODICIDAD DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
PERIODICIDAD DE REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN Y REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR	Enfermera jefe de Consulta externa
VIGILANCIA Y CONTROL	Director del Hospital Local
ANÁLISIS	
CONSIDERACIONES PARA EL ANÁLISIS	
UMBRAL DE DESEMPEÑO NO ACEPTABLE	Según seguimiento debe disminuir
ESTANDAR META	
REFERENCIA	
USUARIOS	Hospital Local
SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN A LA QUE APLICA	

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP- 16	Página 36 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado	

Anexo 9. Porcentaje de pacientes crónicos que son fumadores.

PACIENTE CRÓNICO EN CONSULTA EXTERNA	
NOMBRE	Porcentaje de pacientes crónicos que son fumadores
CÓDIGO	
DOMINIO	Gerencia del Riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Confirmar el diagnóstico de diabetes tipo 2, definir el tratamiento farmacológico y descartar la presencia de daño en órgano blanco
NUMERADOR	Número de pacientes crónicos quienes reportan ser fumadores de cigarrillo, cigarros o pipa
DENOMINADOR	Número de pacientes pertenecientes al programa de crónicos
UNIDAD DE MEDICIÓN	PORCENTAJE
FACTOR	X 100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador / denominador
VARIABLES	Cuantitativas
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN	Consulta externa
FUENTE PRIMARIA	Historia clínica
PERIODICIDAD DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
PERIODICIDAD DE REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN Y REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR	Enfermera jefe de Consulta externa
VIGILANCIA Y CONTROL	Director del Hospital Local
ANÁLISIS	
CONSIDERACIONES PARA EL ANÁLISIS	Porcentaje de pacientes con diagnóstico de diabetes quienes son fumadores.
UMBRAL DE DESEMPEÑO NO ACEPTABLE	Según seguimiento debe disminuir
ESTANDAR META	
REFERENCIA	
USUARIOS	Hospital Local
SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN A LA QUE APLICA	

 del Departamento del Meta E.S.E. "Solución Salud"	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP- 16	Página 37 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Anexo 10. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 1 o tipo 2 cuyos valores de TA son mayores a 140/90 mm Hg.

PACIENTE CRÓNICO EN CONSULTA EXTERNA	
NOMBRE	Porcentaje de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 1 o tipo 2 cuyos valores de TA son mayores a 140/90 mmHg
CÓDIGO	
DOMINIO	Gerencia del Riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Confirmar el diagnóstico de diabetes tipo 2, definir el tratamiento farmacológico y descartar la presencia de daño en órgano blanco
NUMERADOR	Número de pacientes con diagnóstico de diabetes con cifras de tensión arterial mayores de 140/90 mmHg
DENOMINADOR	Número de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 1 o 2
UNIDAD DE MEDICIÓN	PORCENTAJE
FACTOR	X 100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador / denominador
VARIABLES	Cuantitativas
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN	Consulta externa
FUENTE PRIMARIA	Historia clínica
PERIODICIDAD DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
PERIODICIDAD DE REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN Y REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR	Enfermera jefe de Consulta externa
VIGILANCIA Y CONTROL	Director del Hospital Local
ANÁLISIS	
CONSIDERACIONES PARA EL ANÁLISIS	Sin importar que el paciente use o no terapia antihipertensiva
UMBRAL DE DESEMPEÑO NO ACEPTABLE	Según seguimiento debe disminuir
ESTANDAR META	
REFERENCIA	
USUARIOS	Hospital Local
SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN A LA QUE APLICA	

 INSTITUCIÓN PÚBLICA ESPECIALIZADA (del Departamento del Meta) E.S.E. "Solución Salud"	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP- 16	Página 38 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Anexo 11. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de diabetes quienes en sus historias clínicas presentan registros durante el último año sobre una evaluación de la retina, la función renal o un examen podológico.

PACIENTE CRÓNICO EN CONSULTA EXTERNA	
NOMBRE	Porcentaje de pacientes con diagnóstico de diabetes quienes en sus historias clínicas presentan registros durante el último año sobre una evaluación de la retina, la función renal o un examen podológico.
CÓDIGO	
DOMINIO	Gerencia del Riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Confirmar el diagnóstico de diabetes tipo 2, definir el tratamiento farmacológico y descartar la presencia de daño en órgano blanco
NUMERADOR	Número de pacientes con diagnóstico de diabetes quienes en sus historias clínicas presentan registros durante el último año sobre una evaluación de la retina, la función renal o un examen podológico
DENOMINADOR	Número de pacientes con diagnóstico de diabetes 1 o 2.
UNIDAD DE MEDICIÓN	PORCENTAJE
FACTOR	X 100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador / denominador
VARIABLES	Cuantitativas
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN	Consulta externa
FUENTE PRIMARIA	Historia clínica
PERIODICIDAD DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
PERIODICIDAD DE REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN Y REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR	Enfermera jefe de Consulta externa
VIGILANCIA Y CONTROL	Director del Hospital Local
ANÁLISIS	
CONSIDERACIONES PARA EL ANÁLISIS	
UMBRAL DE DESEMPEÑO NO ACEPTABLE	Según seguimiento debe disminuir
ESTANDAR META	
REFERENCIA	
USUARIOS	Hospital Local
SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN A LA QUE APLICA	

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP- 16	Página 39 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado	

Anexo 12. Tasas de amputación de miembros inferiores.

PACIENTE CRÓNICO EN CONSULTA EXTERNA	
NOMBRE	Tasas de amputación de miembros inferiores.
CÓDIGO	
DOMINIO	Gerencia del Riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Confirmar el diagnóstico de diabetes tipo 2, definir el tratamiento farmacológico y descartar la presencia de daño en órgano blanco
NUMERADOR	Número de pacientes con diagnóstico de diabetes sometidos a amputación de miembros inferiores.
DENOMINADOR	Número de pacientes con diagnóstico de diabetes.
UNIDAD DE MEDICIÓN	PORCENTAJE
FACTOR	X 100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador / denominador
VARIABLES	Cuantitativas
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN	Consulta externa
FUENTE PRIMARIA	Historia clínica
PERIODICIDAD DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
PERIODICIDAD DE REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN Y REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR	Enfermera jefe de Consulta externa
VIGILANCIA Y CONTROL	Director del Hospital Local
ANÁLISIS	
CONSIDERACIONES PARA EL ANÁLISIS	
UMBRAL DE DESEMPEÑO NO ACEPTABLE	Según seguimiento debe disminuir
ESTANDAR META	
REFERENCIA	
USUARIOS	Hospital Local
SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN A LA QUE APLICA	

 GOBIERNO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 40 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Anexo 13. Porcentaje de pacientes crónicos con niveles de colesterol óptimos.

PACIENTE CRÓNICO EN CONSULTA EXTERNA	
NOMBRE	Porcentaje de pacientes crónicos con niveles de colesterol óptimos
CÓDIGO	
DOMINIO	Gerencia del Riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Pacientes crónicos con tratamiento farmacológico con el fin de descartar la presencia de complicaciones
NUMERADOR	Pacientes crónicos con niveles colesterol óptimos
DENOMINADOR	Número de pacientes que pertenecen al programa de crónicos
UNIDAD DE MEDICIÓN	PORCENTAJE
FACTOR	X 100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador / denominador
VARIABLES	Cuantitativas
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN	Consulta externa
FUENTE PRIMARIA	Historia clínica
PERIODICIDAD DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
PERIODICIDAD DE REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN Y REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR	Enfermera de Consulta externa
VIGILANCIA Y CONTROL	Director del Hospital Local
ANÁLISIS	
CONSIDERACIONES PARA EL ANÁLISIS	Niveles de colesterol: Total: <200mg/dL; LDL: <100mg/dL; HDL: Hombres: >35 mg/dL, Mujeres: >40 mg/dL
UMBRAL DE DESEMPEÑO NO ACEPTABLE	Según seguimiento debe disminuir
ESTANDAR META	
REFERENCIA	
USUARIOS	Hospital Local
SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN A LA QUE APLICA	

 <small>A INSTITUCIÓN DEL GOBIERNO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "Solución Salud"</small>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 41 de 49	 <small>GOBERNACIÓN DEL META</small>
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Anexo 14. Tasa de mortalidad por enfermedad crónica.

PACIENTE CRÓNICO EN CONSULTA EXTERNA	
NOMBRE	Tasa de mortalidad por enfermedad crónica
CÓDIGO	
DOMINIO	Gerencia del Riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Pacientes que pertenecen al programa de crónicos que fallecen en el año
NUMERADOR	Número total de defunciones estimadas en pacientes crónicos en un año
DENOMINADOR	Total, de pacientes pertenecientes al programa de crónicos x 1000
UNIDAD DE MEDICIÓN	PORCENTAJE
FACTOR	X 100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador / denominador
VARIABLES	Cuantitativas
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN	Consulta externa
FUENTE PRIMARIA	Historia clínica
PERIODICIDAD DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
PERIODICIDAD DE REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN Y REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR	Enfermera jefe de Consulta Externa
VIGILANCIA Y CONTROL	Director del Hospital Local
ANÁLISIS	
CONSIDERACIONES PARA EL ANÁLISIS	Las causas básicas de muerte agrupadas en esta categoría son los previstos en el código ICD-9 250 o la CIE-10 E10-E14.
UMBRAL DE DESEMPEÑO NO ACEPTABLE	Según seguimiento debe disminuir
ESTANDAR META	
REFERENCIA	
USUARIOS	Hospital Local
SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN A LA QUE APLICA	

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 42 de 49	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Anexo 15. Proporción de pacientes con ERC sin disminución de la TFG en un año.

PACIENTE CRÓNICO EN CONSULTA EXTERNA	
NOMBRE	Proporción de pacientes con ERC sin disminución de la TFG en un año
CÓDIGO	
DOMINIO	Gerencia del Riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Pacientes que pertenecen al programa de crónicos con ERC que presenten una disminución en la función renal
NUMERADOR	Total, de pacientes con ERC sin disminución de la TFG de 5ml/min/1,73 en un año (pérdida de la función renal)
DENOMINADOR	Total, de pacientes del programa de crónicos con ERC
UNIDAD DE MEDICIÓN	PORCENTAJE
FACTOR	X 100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador / denominador
VARIABLES	Cuantitativas
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN	Consulta externa
FUENTE PRIMARIA	Historia clínica
PERIODICIDAD DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
PERIODICIDAD DE REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN Y REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR	Enfermera jefe de Consulta Externa
VIGILANCIA Y CONTROL	Director del Hospital Local
ANÁLISIS	
CONSIDERACIONES PARA EL ANÁLISIS	
UMBRAL DE DESEMPEÑO NO ACEPTABLE	Según seguimiento debe disminuir
ESTANDAR META	
REFERENCIA	
USUARIOS	Hospital Local
SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN A LA QUE APLICA	

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 43 de 49	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Anexo 16. Proporción de pacientes con enfermedades precursoras estudiados para ERC.

PACIENTE CRÓNICO EN CONSULTA EXTERNA	
NOMBRE	Proporción de pacientes con enfermedades precursoras estudiados para ERC
CÓDIGO	
DOMINIO	Gerencia del Riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Pacientes que pertenecen al programa de crónicos que presenten riesgo de padecer Enfermedad Renal
NUMERADOR	Proporción de pacientes con enfermedades precursoras estudiados para ERC
DENOMINADOR	Total, de pacientes pertenecientes al programa de crónicos
UNIDAD DE MEDICIÓN	PORCENTAJE
FACTOR	X 100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador / denominador
VARIABLES	Cuantitativas
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN	Consulta externa
FUENTE PRIMARIA	Historia clínica
PERIODICIDAD DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
PERIODICIDAD DE REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN Y REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR	Enfermera Jefe de Consulta Externa
VIGILANCIA Y CONTROL	Director del Hospital Local
ANÁLISIS	
CONSIDERACIONES PARA EL ANÁLISIS	Evaluada de acuerdo a los parámetros de Cuenta de Alto Costo (Laboratorios básicos)
UMBRAL DE DESEMPEÑO NO ACEPTABLE	Según seguimiento debe disminuir
ESTANDAR META	
REFERENCIA	
USUARIOS	Hospital Local
SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN A LA QUE APLICA	

 <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "Solución Salud"</small>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 44 de 49	 <small>GOBERNACIÓN DEL META</small>
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Anexo 17. Proporción de pacientes con DM que se hospitalizan y pertenecen al programa de crónicos (mensual).

PACIENTE CRÓNICO EN CONSULTA EXTERNA	
NOMBRE	Proporción de pacientes con DM que se hospitalizan y pertenecen al programa de crónicos (mensual)
CÓDIGO	
DOMINIO	Gerencia del Riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Pacientes pertenecientes al programa de crónicos que sean hospitalizados mensualmente
NUMERADOR	Total, de pacientes con DM que se hospitalizan
DENOMINADOR	Total, de pacientes pertenecientes al programa de crónicos
UNIDAD DE MEDICIÓN	PORCENTAJE
FACTOR	X 100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador / denominador
VARIABLES	Cuantitativas
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN	Consulta externa
FUENTE PRIMARIA	Historia clínica
PERIODICIDAD DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
PERIODICIDAD DE REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN Y REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR	Enfermera jefe de Consulta Externa
VIGILANCIA Y CONTROL	Director del Hospital Local
ANÁLISIS	
CONSIDERACIONES PARA EL ANÁLISIS	
UMBRAL DE DESEMPEÑO NO ACEPTABLE	Según seguimiento debe disminuir
ESTANDAR META	
REFERENCIA	
USUARIOS	Hospital Local
SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN A LA QUE APLICA	

 E.S.E. "Solución Salud"	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 45 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Anexo 18. Proporción de pacientes con HTA que se hospitalizan y pertenecen al programa de crónicos (mensual).

PACIENTE CRÓNICO EN CONSULTA EXTERNA	
NOMBRE	Proporción de pacientes con HTA que se hospitalizan y pertenecen al programa de crónicos (mensual)
CÓDIGO	
DOMINIO	Gerencia del Riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Pacientes pertenecientes al programa de crónicos que sean hospitalizados mensualmente
NUMERADOR	Total, de pacientes con HTA que se hospitalizan
DENOMINADOR	Total, de pacientes pertenecientes al programa de crónicos
UNIDAD DE MEDICIÓN	PORCENTAJE
FACTOR	X 100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador / denominador
VARIABLES	Cuantitativas
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN	Consulta externa
FUENTE PRIMARIA	Historia clínica
PERIODICIDAD DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
PERIODICIDAD DE REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN Y REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR	Enfermera jefe de Consulta Externa
VIGILANCIA Y CONTROL	Director del Hospital Local
ANÁLISIS	
CONSIDERACIONES PARA EL ANÁLISIS	
UMBRAL DE DESEMPEÑO NO ACEPTABLE	Según seguimiento debe disminuir
ESTANDAR META	
REFERENCIA	
USUARIOS	Hospital Local
SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN A LA QUE APLICA	

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 46 de 49	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

Anexo 19. Proporción de pacientes con ERC que se hospitalizan y pertenecen al programa de crónicos (mensual).

PACIENTE CRÓNICO EN CONSULTA EXTERNA	
NOMBRE	Proporción de pacientes con ERC que se hospitalizan y pertenecen al programa de crónicos (mensual)
CÓDIGO	
DOMINIO	Gerencia del Riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Pacientes pertenecientes al programa de crónicos que sean hospitalizados mensualmente
NUMERADOR	Total, de pacientes con ERC que se hospitalizan
DENOMINADOR	Total, de pacientes pertenecientes al programa de crónicos
UNIDAD DE MEDICIÓN	PORCENTAJE
FACTOR	X 100
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador / denominador
VARIABLES	Cuantitativas
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN	Consulta externa
FUENTE PRIMARIA	Historia clínica
PERIODICIDAD DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
PERIODICIDAD DE REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN	MENSUAL
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN Y REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR	Enfermera jefa de Consulta Externa
VIGILANCIA Y CONTROL	Director del Hospital Local
ANÁLISIS	
CONSIDERACIONES PARA EL ANÁLISIS	
UMBRAL DE DESEMPEÑO NO ACEPTABLE	Según seguimiento debe disminuir
ESTANDAR META	
REFERENCIA	
USUARIOS	Hospital Local
SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN A LA QUE APLICA	

 Gobierno del Meta E.S.E. "Solución Salud"	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP- 16	Página 47 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

8. TERMINOS Y DEFINICIONES.

- Hipertensión Arterial (HTA).

Se conoce como HTA cuando la presión de sangre en los vasos sanguíneos es superior o igual a 140/90 mmhg, el primer valor corresponde a la tensión sistólica, es decir, al momento donde el corazón se contrae y el segundo valor a la tensión diastólica haciendo referencia a la fuerza ejercida sobre los vasos sanguíneos donde el corazón se relaja. Para diagnosticar a una persona como hipertensa se debe hacer la toma de la presión arterial varias veces según las recomendaciones médicas .

- Diabetes Mellitus.

La diabetes mellitus se considera una enfermedad donde se presenta una hiperglucemia crónica como consecuencia de una deficiencia en la producción de insulina que genera complicaciones multiorgánicas, como la insuficiencia renal crónica, la pérdida de la visión y más frecuente el pie diabético.

- Enfermedad Renal Crónica.

La enfermedad renal crónica (ERC) se define como la alteración estructural o funcional de los riñones por más de tres meses. Este daño o alteración en la función renal se evidencia en marcadores presentes en la orina, sangre, imágenes y el filtrado glomerular por debajo de 90 ml/min/1,73 m² de superficie corporal (m²sc). Las causas de la aparición de esta enfermedad en muchas ocasiones se atribuyen a la presencia de HTA y diabetes mellitus .

9. REGISTROS DE CALIDAD.

EJEMPLO

Nombre formato	Código	Proceso	Responsable del Almacenamiento	Tiempo de Retención	Disposición Final
Programa para atención	FR-PYP-16	Atención	Director	5 años	Archivo

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP- 16	Página 48 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado	

integral crónicos	a					
----------------------	---	--	--	--	--	--

10. NORMATIVIDAD.

- Resolución 4003 de 2008, adopta el Anexo Técnico para el manejo integral de los pacientes afiliados al Régimen Subsidiado en el esquema de subsidio pleno, de 45 años o más con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus Tipo 2.
- Ley 1438 del 2011 emitida por el Congreso de la República de Colombia por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y en el artículo 15 aparecen los equipos de salud.
- Resolución 2463 del 2014 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social por la cual se modifica la resolución 4700 de 2008 "Se definen la periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud y las demás Entidades Obligadas a Compensar para la operación de la Cuenta de Alto Costo".
- Resolución 544 del 2019 emitida por la E.S.E Departamental "Solución Salud" en la cual se adoptan guías de práctica clínica y resoluciones del Ministerio de salud y protección social para la empresa social del estado "E.S.E Solución Salud del Meta".
- Resolución 384 del 2020 emitida por la E.S.E Departamental "Solución Salud" en la cual se actualiza el comité de historias clínicas en cada uno de los centros y puestos de atención en salud con. el objeto de responsabilizar la coordinación y seguimiento de las normas establecidas para los registros clínicos.
- Resolución 2788 del 2022 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social por la cual se establecen los lineamientos para la organización y operación de los Equipos Básicos de Salud.
- Resolución 02295 del 2023 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social por la cual se modifican los artículos 3, 8, 11, 14, 16, y 18 de la Resolución 518 de 2015 en relación con la gestión de la salud pública, las responsabilidades de las entidades territoriales y de los ejecutores del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las condiciones para la ejecución.

 GOBIERNO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTAL DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 1	Código PR-PYP-16	Página 49 de 49	 GOBERNACIÓN DEL META
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CRÓNICOS	Fecha Vigencia 2024/01/16	Documento Controlado		

- Resolución 0986 del 2023 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social por la cual se establecen los lineamientos para la aplicación de las vacunas contra la COVID-19,

11. BIBLIOGRAFÍA:

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para el manejo de la hipertensión arterial primaria (HTA) Sistema General de Seguridad Social en Salud - Colombia Guía No 18 – Segunda edición. [Internet] 2017 [citado el 15 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-profesionales-hipertension-arterial-primaria.pdf>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años.[Internet] 2015 [citado el 15 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-profesionales-diabetes-mellitus-tipo2-poblacion-mayor-18-anos.pdf>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica (ERC).[Internet] 2016 [citado el 15 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-completa-enfermedad-renal-adopcion.pdf>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra influenza estacional. [Internet] 2023 [citado el 15 de junio de 2023].

12. CONTROLES.

No aplica

CONTROL DE CAMBIO

VERSIÓN No	DESCRIPCIÓN U ORIGEN DEL CAMBIO	APROBÓ	FECHA
1	Se elabora la primera versión atención integral a pacientes crónicos.	Gerencia	2024/01/16