

**COLEGIO MAYOR UNIVERSIDAD EL ROSARIO  
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE MEDICINA**

**MONITOREO Y GESTION DE LA SALUD A PACIENTES CON  
ENFERMEDAD CRONICA  
PERTENECIENTES ESE SAN ANTONIO DE ANOLAIMA**

**REINEL GONZALEZ GIL  
NIDIA TERESA RINCON FRANCO**

**Bogotá, Colombia 2018**

## TABLA DE CONTENIDO

ABSTRACT .....	6
CAPÍTULO I .....	10
1. DESCRIPCIÓN DEL MUNICIPIO ANOLAIMA .....	10
<b>1.1. Ubicación Geográfica</b> .....	10
<b>1.2. Perfil demográfico</b> .....	11
1.2.1. Población total .....	11
<b>1.3 Población por grupo de edad</b> .....	14
<b>1.3.1 Otros indicadores demográficos</b> .....	16
<b>1.4 Principales causas de morbilidad de la población de Anolaima</b> .....	16
<b>1.4.1. Morbilidad por grandes causas en el ciclo de persona mayor de 60 años</b> .....	17
<b>1.5 Descripción de la Empresa Social del Estado San Antonio de Antaina</b> .....	18
<b>Historia</b> .....	18
<b>1.5.1. Usuarios Potenciales en el Área de Influencia</b> .....	19
CAPITULO II .....	21
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b> .....	21
CAPÍTULO III .....	23
<b>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	23
CAPÍTULO IV .....	26
<b>4. OBJETIVOS</b> .....	26
<b>4.1 Objetivo General</b> .....	26
<b>4.2 Objetivos Específicos</b> .....	26
CAPÍTULO V .....	27
<b>5. METODOLOGÍA</b> .....	27
<b>5.1. Fase1. Soporte de la información.</b> .....	27
<b>5.2. Fase 2 Auditoria de Historias Clínicas</b> .....	27
<b>5.3. Fase 3 Diseño de la Herramienta</b> .....	28
<b>Marco Normativo</b> .....	28
<b>Rutas Integrales de atención en Salud</b> .....	28
<b>Grupos de riesgo</b> .....	29

<b>Entornos:</b> .....	29
<b>Intervención:</b> .....	29
<b>Hitos y Desenlaces esperados o resultados en salud:</b> .....	29
<b>Acciones de gestión de la salud pública</b> .....	29
<b>5.3.1. Alcance y Limitaciones de la herramienta</b> .....	31
<b>5.3.1.1 Alcance</b> .....	31
<b>5.3.1.2. Limitaciones</b> .....	31
<b>CAPÍTULO VI</b> .....	32
<b>6 . RESULTADOS</b> .....	32
<b>Hallazgos de la fase 2</b> .....	32
<b>6.2 Conclusiones Y Recomendaciones</b> .....	45
<b>Recomendaciones</b> .....	46
<b>Bibliografía</b> .....	47

## TABLAS / FIGURA

<b>Tabla 1 Población por área de residencia y grado de urbanización, Anolaima 2016.....</b>	<b>11</b>
<b>Tabla 2 Proporción de la población por ciclo vital, Anolaima 2005, 2016 y 2020..</b>	<b>14</b>
<b>Tabla 3 Distribución de la población según Régimen de Seguridad Social .....</b>	<b>19</b>
<b>Tabla 4 cálculo de la muestra .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>Tabla 5 matriz meses auditados .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>Tabla 6 Matriz pacientes con hipertensión arterial.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>Tabla 7 Resultado del indicador .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>Tabla 8 Cálculo de la muestra.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>Tabla 9 Matriz pacientes diabéticos .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>Tabla 10 matriz pacientes diabéticos .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>Tabla 11 Resultado del Indicador .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>Tabla 12 Estratificación del riesgo .....</b>	<b>43</b>
<b>Tabla 13 Factores de riesgo.....</b>	<b>44</b>

<b>Figura 1</b> Mapa de Anolaima .....	<b>10</b>
<b>Figura 2</b> Pirámide poblacional del municipio de Anolaima, 2005,2016, 2020 .....	<b>13</b>
<b>Figura 3</b> Población por sexo y grupo de edad, Anolaima, 2016 .....	<b>15</b>
<b>Figura 4</b> Principales causas de Morbilidad para el ciclo de Adultez Anolaima 2009 – 2015 .....	<b>17</b>
<b>Figura 5</b> Principales causas de morbilidad, Anolaima 2009 – 2015.....	<b>18</b>

#### **Anexos**

<b>Anexo1</b> PRESTACION SE SERVICIOS Y HORARIOS DE ATENCION EN CENTROS Y PUESTOS DE SALUD .....	<b>49</b>
<b>Anexo 2</b> INSTRUCTIVO SEGUIMIENTO PACIENTES CRONICOS.....	<b>52</b>
<b>Anexo 3</b> ITEMS EVALUADOS PACIENTES HIPERTENSOS .....	<b>55</b>
<b>Anexo 4</b> ITEMS EVALUADOS PACIENTES DIABETICOS .....	<b>57</b>
<b>Anexo 5</b> HERRAMIENTA MONITOREO PACIENTES CRÓNICOS .....	<b>58</b>

## **ABSTRACT**

. Taking into account the results in recent years in the Social Enterprise of the State San Antonio de Analia regarding the causes of increase in pathologies Hypertension Arterial and Diabetes Mellitus in the adult population was created the need to design the Chronic Disease Management Model on which allows to identify, analyze and treat the risks in this population to avoid complications.

Hospital San Antonio de Anolaima is located in the Department of Cundinamarca, province of Tequendama, west of the capital district to the West: Municipalities of Quipile and Bituima and has a population of 13310 approximately.

This tool aims to ensure the provision of health services in the first level of care and complementary to the community, optimizing the physical, technological, scientific and human talent resources that the institution has, emphasizing the development of health promotion programs , prevention of diseases, treatment and rehabilitation, articulating all activities in the services offered.

## RESUMEN

Teniendo en cuenta los resultados de los últimos años en la Empresa Social del Estado San Antonio de Anolaima sobre las causas del aumento de las patologías Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en la población adulta se creó la necesidad de diseñar el Modelo de Gestión de Enfermedades Crónicas que permita identificar, analizar y tratar los riesgos en esta población para evitar complicaciones.

El Hospital San Antonio de Anolaima está ubicado en el departamento de Cundinamarca, provincia de Tequendama, al este del distrito capital y al oeste: los municipios de Quipile y Bituima, tiene una población de 13310 aproximadamente.

Esta Herramienta tiene como objetivo garantizar la prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención y complementarios a la comunidad, optimizando los recursos físicos, tecnológicos, científicos y de talento humano que posee la institución, enfatizando el desarrollo de programas de promoción de salud, prevención de enfermedades , tratamiento y rehabilitación, articulando todas las actividades en los servicios ofrecidos.

## INTRODUCCION

La diabetes mellitus y la hipertensión arterial son patologías que requieren detección oportuna, teniendo en cuenta las complicaciones que cada una de estas puede desencadenar en las personas. Por lo tanto es importante que los profesionales de la salud implementen alternativas que contribuyan a la identificación temprana de los usuarios expuestos a factores de riesgo asociados a la aparición de alguna de estas enfermedades. De allí parte la idea de diseñar e implementar una herramienta que facilite y apoye en el seguimiento de los pacientes ya diagnosticados.

Anolaima, es un municipio que cuenta con 13.310 habitantes, en su mayoría pertenecientes a la tercera edad en un porcentaje de 53% para el 2016. Se evidencia un incremento progresivo de la población en el ciclo de adultez y adulto mayor, pasando de una representatividad del 50,1 % en el año 2005 a un 53,2 % en el 2016 para el ciclo de adultez y del 17,0 % a 19,9 % en el de adulto mayor para los mismos periodos (1).

La Empresa Social del Estado (E.S.E) San Antonio, es la principal prestadora de servicios de salud en el municipio, y al ser auditada, mediante la revisión de historias clínicas, se identificó durante la atención primaria, el personal de salud no le da importancia de ordenar los exámenes pertinentes, ya que representaría un valor importante en el abordaje de las mencionadas patologías. Con base en lo anterior, se considera necesario un monitoreo permanente de la situación de los pacientes y garantizar el acceso a los servicios contemplados en las normas nacionales. De esta forma, el presente proyecto considero pertinente el diseño de una herramienta de seguimiento que aporte la información necesaria para actuar preventivamente y evitar el desgaste progresivo de la salud de la población Hipertensa y Diabética en el municipio.

Lo anterior aporta al objetivo principal de la atención primaria en salud con base en la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) , como estrategia que incorpora la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, en este caso hacemos referencia

al realizar seguimiento y prevenir las complicaciones de la enfermedad crónica a futuro.(2)

La herramienta que se dejará a disposición del equipo interdisciplinario de la E.S.E busca hacer parte de las de alternativas preventivas y de seguimiento, comprende la información recopilada durante la consulta, que se dispone en un aplicativo que despliega todas las variables necesarias de tener como referencia en la gestión del tratamiento de los pacientes.

## CAPÍTULO I

### 1. DESCRIPCIÓN DEL MUNICIPIO ANOLAIMA

#### 1.1. Ubicación Geográfica

El municipio de Anolaima está ubicado en el Departamento de Cundinamarca, provincia del Tequendama, al occidente del distrito capital a una distancia de 71 kms. Temperatura promedio esta entre 19° y 22°. Población es de 13.310 habitantes. Área Total: 3.967.42 Ha,

El municipio de Anolaima limita con:

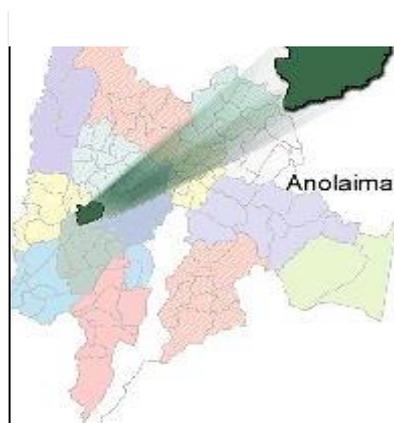
Al norte: municipios de Guayabal de Siquima y Albán

Al oriente: municipios de Facatativá y Zipacón

Al Sur: municipio de Cachipay

Al occidente: municipios de Quipile y Bituima. (3)

Figura 1 Mapa de Anolaima



Fuente: Ubicación Anolaima en el Departamento de Cundinamarca

## 1.2. Perfil demográfico

### 1.2.1. Población total

Durante los últimos años, el municipio de Anolaima ha tenido un aumento de la población, del 8,26 %, al pasar de 12.210 habitantes en 2005 a 13.310 en el año 2016, (DANE). (1)

La población de Anolaima frente al departamento de Cundinamarca (2.712.368 habitantes) en 2016 representa el 0,45 %, y frente a la población de la provincia de Tequendama (140.860 habitantes). Anolaima ocupa la sexta posición con el 8,6 % de la población de la provincia y se encuentra antecedido por La Mesa, El Colegio, Viotá, San Antonio del Tequendama y Anapoima. De igual forma, dichas proyecciones indican que el municipio de Anolaima, en el año 2016 tiene una población total de 13.310 personas, de las cuales el 30,1 % (3.967 personas) reside en la cabecera municipal y el 69,9 % restante (9.343 personas) en el área rural, sin embargo, si comparamos este comportamiento con el del año 2005, se observa una disminución en el porcentaje de personas residentes en el área rural y un aumento en el porcentaje de personas que residían en el 2016 en el área urbana en comparación con el año en curso, lo cual es muy frecuente, ya que, la actividad agrícola y pecuaria que hace unos años era fuerte en el área rural, ha perdido importancia por diferentes factores y las personas se desplazan a la cabecera municipal en búsqueda de otras fuentes de empleo o por facilidades para estudiar.

**Tabla 1 Población por área de residencia y grado de urbanización, Anolaima 2016.**

Población cabecera municipal		Población resto		Población total	Grado de urbanización
Población	Porcentaje	Población	Porcentaje		
3671	30,1 %	8539	69,9 %	13.310	30,1%

Fuente: Proyecciones poblacionales DANE 2005-2020(4)

En consecuencia, se observa en el municipio de Anolaima un grado de urbanización del 30% en el año 2016, cifra que aumentó en 0,3 puntos porcentuales con respecto al año 2005.

Por otra parte, respecto a sexo, los hombres corresponden al 52,1 % de la población mientras que las mujeres representan el 47,9 % restante.

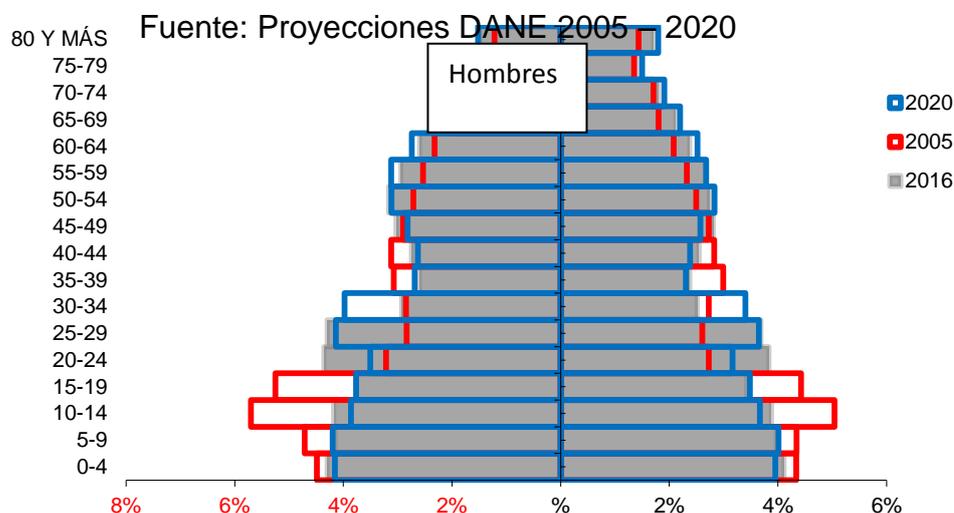
En cuanto a la densidad poblacional por kilómetro cuadrado. El municipio de Anolaima tiene una densidad de población total de 105 personas por Km<sup>2</sup>, en el área rural dicha densidad es de 0,74 personas por Ha o 74 personas por Km<sup>2</sup> y en el área urbana es de 39 personas por Ha (3900 personas por Km<sup>2</sup>), lo cual se encuentra en coherencia con lo planteado anteriormente, pues el municipio tiene un área rural muy extensa en comparación con el área urbana lo que hace que la población en el área urbana sea muy concentrada.(1)

La pirámide poblacional del municipio de Anolaima es de tipo estacionaria moderna, lo cual es característico de poblaciones que tienden a ser fijas o persistentes y empiezan a envejecer, esto indica disminución en la tasa de natalidad, mortalidad y aumento del número de personas adultas mayores.

Los cambios más radicales se presentan tanto en hombres como en mujeres en el grupo de edad de 10 a 14 años, con una disminución del 32,8 % para el sexo masculino durante el 2016 con respecto al 2005. La población de hombres de 15 a 19 años también ha disminuido con respecto al 2005 en un 34 %. Los grupos de población que muestran el mayor incremento en el municipio de Anolaima son los jóvenes entre 20 a 24 años y de 25 a 29 años con un incremento del 24 % para el grupo de 20 a 24 años y del 39 % para el grupo de 25 a 29 años. Según los datos de proyecciones de población para el año 2020 en el municipio de Anolaima se aumentarán la representatividad de personas entre 30 y 34 años, se estrechará más la base disminuyendo la población de primera infancia y adolescencia. Se observarán cambios en el grupo de 20 a 24

años con respecto al 2016, mostrando una tendencia a la disminución y seguirá creciendo la población de adulto mayor. La pirámide poblacional constituye claramente una herramienta para proyectar acciones según los grupos de edad y con mayor representatividad en el municipio para el año 2016 y lo esperado en los siguientes 4 años, se evidencia el crecimiento de adultos jóvenes en edad productiva que requieren oportunidades laborales, fuentes de empleo, programas de promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas que se empiezan a presentar cada vez a más temprana edad. Para el 2020 se consolida el crecimiento de la población en los ciclos de adultez y adulto mayor, lo cual genera otras dinámicas hacia la situación social y económica de la población en los eventos mórbidos que acompañan estas edades que generan en muchos casos discapacidad o la necesidad de tratamientos costosos. El municipio debe ser consciente de esta realidad y prepararse para su abordaje.(1)

Figura 2 Pirámide poblacional del municipio de Anolaima, 2005, 2016, 2020



### 1.3 Población por grupo de edad

A continuación se presenta el cambio proporcional de cada ciclo vital, teniendo en cuenta los periodos censales 2005, 2016 y 2020.(4)

Se evidencia un incremento progresivo de la población en el ciclo de adultez y adulto mayor; pasando de una representatividad del 50,1 % en el año 2005 a un 53,2 % en el 2016, para el ciclo de adultez y del 17,0 % a 19,9 % en el de adulto mayor para los mismos periodos.

Es de resaltar que las enfermedades crónicas tienen mayor representatividad en la adultez y adulto mayor, pero es importante tener en cuenta los rangos de edades que conforman cada grupo.

**Tabla 2 Proporción de la población por ciclo vital, Anolaima 2005, 2016 y 2020**

Ciclo vital	2005		2016		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	1225	10,50	1398	10,03	1154	9,79
Infancia (6 a 11 años)	1195	11,56	1538	9,79	1133	9,61
Adolescencia (12 a 18 años)	1280	14,59	1942	10,48	1216	10,32
Juventud (14 a 26 años)	2479	19,95	2655	20,30	2171	18,42

Adulthood ( 17 to 59 years)	6535	50,12	6671	53,52	6279	53,27
Person older (60 years and more)	2318	17,05	2270	18,98	2348	19,92
Total	12210	100	13310	100	11788	100

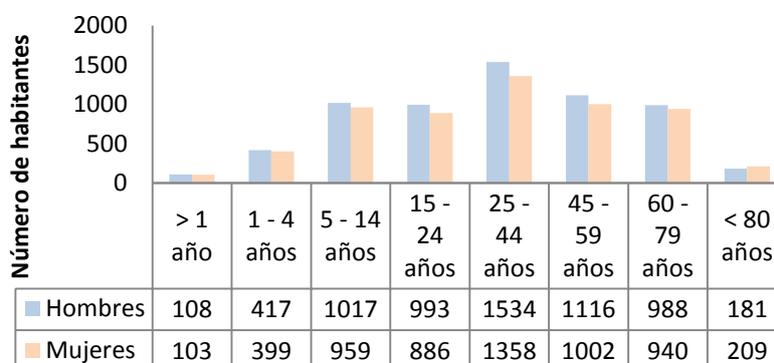
Fuente: Estimaciones y proyecciones poblacionales 2005 - DANE(5)

The graph of population proportion shows some age groups with low representativeness, but with change in the trend between 2005 and 2020. Among them, the population of those under 1 year, with a slight decline of 2% and those over 80 years with a slight trend to increase of 3.5%.

The age group between 45 and 59 years shows a clear projected increase for the year 2020, but more marked between the period 2005 to 2016, passing from 15% to 17% and the group between 25 and 44 years, shows a trend to increase passing from 23% to 25%, is the population most representative for the municipality and constitutes the priority to focus plans and projects oriented to the needs of this group.

The population group with the lowest representativeness corresponds to those under 1 year and the trend by sex is stable.

Figura 3 Población por sexo y grupo de edad, Anolaima, 2016



Fuente: Estimaciones y proyecciones poblacionales 2005 -2020, DANE.

En esta gráfica no sólo se refuerza lo observado en la tabla y figuras anteriores, sino que muestra por grupos de edad y sexo el aumento de la población, donde se evidencia que el mayor número de la población se encuentra en el grupo de 25-44 años. Sin embargo, el grupo de 45-59 años también se encuentra engrosando la población del municipio; pero hay que tener en cuenta la proporción de mujeres frente el número de hombres, dado que éstos últimos se encuentran en mayor número para todos los grupos de edad, exceptuando en los mayores de 80 años.

### **1.3.1 Otros indicadores demográficos**

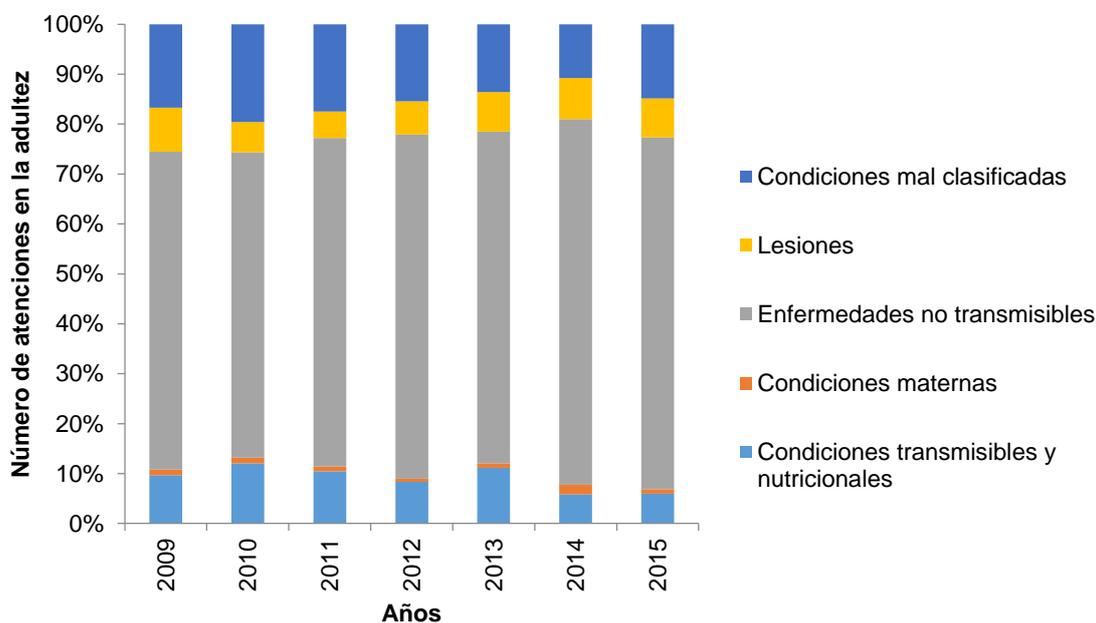
Adicional a lo mencionado anteriormente, la estructura demográfica de una población puede ser analizada mediante indicadores que permiten el estudio de la estructura poblacional por edades y/o por distribución geográfica de los distintos ámbitos territoriales, de esa manera definir políticas y acciones encaminadas a dicha estructura; podremos evidenciar las relaciones de dependencia económica, la proporción de envejecimiento entre otros indicadores de gran utilidad para proyectarnos al futuro en términos de dinámica poblacional para el municipio de Anolaima.

### **1.4 Principales causas de morbilidad de la población de Anolaima**

Para estimar las principales causas de morbilidad de la población, se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad agrupa los códigos CIE10 modificada por el Ministerio de Salud y Protección Social ( MSPS), contempla las siguientes categorías: condiciones transmisibles y nutricionales, condiciones maternas perinatales, enfermedades no transmisibles; lesiones, donde además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluirá todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas, condiciones mal clasificadas.

Se escogió el ciclo de adultez, ya que en este grupo es donde hay más posibilidades de encontrar pacientes con patologías crónicas.

Figura 4 Principales causas de Morbilidad para el ciclo de Adultez Anolaima 2009 – 2015



Fuente: Reporte Asís (6)

#### 1.4.1. Morbilidad por grandes causas en el ciclo de persona mayor de 60 años

El comportamiento de la morbilidad por grandes causas para el ciclo de persona mayor de 60 años evidencia la mayor representatividad para las enfermedades no transmisibles con el 80,87 %, siendo el año 2015 el más representativo para este evento en el municipio de Anolaima, se evidencia un incremento del 0,7 % con respecto al año 2014.

Al igual que para los otros ciclos el segundo lugar para el año 2015 es para las condiciones mal clasificadas con un 9,8 % de representatividad y una leve tendencia a la disminución con respecto al año 2014 del incremento de 0,19 %. Han disminuido las lesiones de causa externa y han aumentado las condiciones transmisibles y nutricionales que se ubican en el tercer lugar con el 4,6 %. Se muestran gráficas de 5 años, pero lo que se explica no lo contempla.

Las enfermedades transmisibles y nutricionales afectan principalmente a la población del ciclo de primera infancia con una representatividad del 37,2 % y

muestran una marcada tendencia al aumento subiendo 11,6 % en comparación con el año 2014.

Figura 5 Principales causas de morbilidad, Anolaima 2009 – 2015.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	21,84	33,19	27,88	33,71	39,20	25,53	37,20	11,68
	Condiciones perinatales	2,30	2,13	1,21	3,68	2,51	5,15	2,84	-2,31
	Enfermedades no transmisibles	40,23	35,32	41,82	36,26	37,94	46,84	37,44	-9,40
	Lesiones	9,20	5,11	4,85	8,50	5,53	5,15	6,87	1,72
	Condiciones mal clasificadas	26,44	24,26	24,24	17,85	14,82	17,33	15,64	-1,69
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	16,98	29,63	22,86	21,60	25,45	11,98	25,51	13,53
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,30	0,31	0,01
	Enfermedades no transmisibles	39,62	35,56	49,52	52,11	45,52	64,37	44,79	-19,58
	Lesiones	7,55	6,67	4,76	7,98	8,96	6,59	8,86	2,27
	Condiciones mal clasificadas	35,85	28,15	22,86	18,31	20,07	16,77	20,53	3,76
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,29	16,48	11,49	12,58	11,70	5,95	12,79	6,84
	Condiciones maternas	1,59	1,10	2,03	1,66	0,88	4,05	2,92	-1,13
	Enfermedades no transmisibles	46,03	46,15	54,05	54,30	55,26	61,08	52,50	-8,58
	Lesiones	14,29	10,99	8,11	9,93	11,99	11,08	8,28	-2,80
	Condiciones mal clasificadas	23,81	25,27	24,32	21,52	20,18	17,84	23,51	5,67
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,11	11,87	9,39	9,67	10,11	5,70	10,30	4,60
	Condiciones maternas	3,70	3,96	3,29	4,18	3,01	10,66	5,02	-5,64
	Enfermedades no transmisibles	51,85	50,00	55,40	55,82	56,99	56,43	51,23	-5,20
	Lesiones	10,19	8,99	8,45	10,11	11,40	10,66	9,70	-0,96
	Condiciones mal clasificadas	23,15	25,18	23,47	20,22	18,49	16,54	23,74	7,20
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,68	12,07	10,45	8,35	11,18	5,85	5,99	0,14
	Condiciones maternas	1,17	1,14	0,94	0,61	0,90	1,93	0,86	-1,06
	Enfermedades no transmisibles	63,64	61,12	65,83	68,94	66,41	73,22	70,49	-2,74
	Lesiones	8,80	6,10	5,30	6,68	7,95	8,24	7,81	-0,43
	Condiciones mal clasificadas	16,72	19,57	17,47	15,41	13,57	10,76	14,85	4,09
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,09	9,11	8,00	6,86	5,69	4,11	4,66	0,55
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	75,57	68,23	76,24	79,85	77,03	80,12	80,87	0,75
	Lesiones	5,11	7,29	5,41	3,21	6,35	5,75	4,63	-1,12
	Condiciones mal clasificadas	10,23	15,36	10,35	10,07	10,93	10,02	9,84	-0,19

Fuente: Reporte Asís(6)

La anterior información ayuda a analizar la tendencia del municipio permitiendo tener una perspectiva sobre las enfermedades que afectan a la población y permiten generar alternativas que ayudan a controlar y disminuir el riesgo.

## 1.5 Descripción de la Empresa Social del Estado San Antonio de Anolaima

### Historia

La Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Anolaima, es una institución pública para la prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención, del municipio de Anolaima, creada por el Acuerdo 013 del 26 de marzo de 1996. Desde sus inicios forma parte del Sistema General de Salud y Seguridad Social, como institución de orden Departamental adscrita a la Gobernación de Cundinamarca.

La Empresa Social del Estado cuenta con un talento humano capacitado, para la prestación de servicios de salud en las áreas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, salud pública en el primer nivel de atención.

La ESE Hospital San Antonio de Anolaima cuenta con 7 sedes (ver anexo 1 ) infraestructura adecuada y un equipo humano comprometido con la misión institucional brindando servicios integrales de salud correspondientes al primer nivel de atención y complementarios; buscando ser líder en la prestación de servicios, teniendo en cuenta el compromiso, la honestidad y la responsabilidad en el cumplimiento de las labores.(7)

La institución viene trasformando la prestación de los servicios de salud para llegar a ser una entidad diferencial en la prevención, detección y tratamiento integral de pacientes crónicos con diagnóstico de hipertensión arterial primaria y diabetes mellitus.

A los pacientes con enfermedades crónicas transmisibles serán incluidos en el seguimiento con el fin de disminuir complicaciones y que no se conviertan en enfermedades de alto riesgo.

#### **1.5.1. Usuarios Potenciales en el Área de Influencia**

La población de Anolaima asegurada está distribuida en 12.000 usuarios que pertenecen al Régimen Subsidiado, pertenecientes a las aseguradoras CONVIDA Y ECOOPSOS, 210 usuarios que pertenecen al Régimen Contributivo se encuentran afiliados a la Nueva EPS Y FAMISANAR aseguradoras de naturaleza privada.

**Tabla 3 Distribución de la población según Régimen de Seguridad Social**

Régimen	Población	Porcentaje
---------	-----------	------------

Subsidiado	12000	90%
Contributivo	210	1.5%
Otras	1100	8,5%
Total	13.310	100 %

Fuente: Municipio de Anolaima

## **CAPITULO II**

### **2. JUSTIFICACIÓN**

Se realizó una interventoría en convenio con la Universidad del Rosario y el Hospital San Antonio de Anolaima; donde se evidencio una debilidad en la atención primaria por parte del personal de salud, donde no le dan la importancia de ordenar los exámenes pertinentes, ya que representaría un valor importante en el abordaje de las patologías según el análisis situacional del municipio.(6)

Para la elaboración de esta herramienta se indago sobre el modelo Kaiser, el cual permite estratificar a grupos de población de acuerdo con sus necesidades de servicios. La estratificación de la población respecto a la necesidad de cuidados puede abordarse de maneras diversas, una forma es la pirámide de Kaiser permanente; muestra que entre las personas con enfermedades crónicas existe un grupo mayoritario que requiere de cuidados de rutina que, en general, son poco complejos y que se pueden ofrecer mediante el personal de apoyo a la gestión clínica. (8)

Este grupo requiere seguimiento continuo del equipo de atención con apoyo de automanejo y constituye entre el 70% y el 80% de los pacientes. En tanto que un grupo de pacientes clasificados en el nivel 2, son de alto riesgo y requieren de cuidados asistidos o gerencia de cuidados. Un tercer grupo, más pequeño, clasificado como de alta complejidad, requiere de manejo intensivo y más especializado.

Otra ventaja del enfoque poblacional para la atención a las enfermedades crónicas es facilitar una atención personalizada. Cuando un equipo de salud está a cargo de una comunidad y de sus familias, se hace conocedor de sus problemas.

Teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas (HTA y DM) son las principales causas de morbimortalidad en el municipio, según análisis reportado por el ASIS en el año 2016 y conociendo que varios de los factores intervinientes

en su presentación, se encuentran relacionados con conductas de auto cuidado, se hace necesaria la implementación de un grupo de apoyo. De igual manera en respuesta a lo establecido en la resolución 4003 de 2008, guías de práctica clínica, es de nuestro interés diseñar una herramienta que permite el seguimiento a pacientes con patologías crónicas, dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, “Estatutaria de Salud y la Política de Atención Integral en Salud” y crear estrategias, programas, acciones en salud que faciliten el seguimiento las patologías y mejorar la calidad de vida de la población.(1)

Para el diseño de la herramienta se tomó como referencia la Ley 1751 de 2015, la Resolución 4003 de 2008. Además de otras normas que orientan la atención de los pacientes desde el ingreso al hospital por consulta externa o urgencias, hasta su recuperación final teniendo en cuenta que puede afectar otros órganos. Es importante revisar los procesos, procedimientos, sistemas de información, para verificar y tener a primera mano las fallas del modelo de salud, las barreras de acceso a los servicios en pacientes con enfermedades crónicas y garantizar el goce del derecho a la salud, de acuerdo con la Ley Estatutaria.

## **CAPÍTULO III**

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia viene impulsando la política de atención integral en salud (PAIS) , cuyo objetivo es orientar el sistema hacia la generación de mejores condiciones en salud de la población, mediante la regulación de las circunstancias de intervención de los agentes, para cumplir con la Ley Estatutaria en salud: “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751 de 2015), para garantizar el derecho a la salud,

El Artículo 65 del Plan de Desarrollo 2014-2018, señala la definición de una Política de Atención Integral en Salud. Esta política busca definir las bases que faciliten la acción coordinada de las normas, reglamentos, agentes y usuarios hacia las acciones e intervenciones que permitan la injerencia oportuna y efectiva del sistema en la resolución de los problemas colectivos e individuales que no afecten los logros en salud de la población colombiana.

Revisando la pirámide poblacional del municipio se evidencia un incremento progresivo de la población en el ciclo de adultez y adulto mayor, pasando de una representatividad del 50,1 % en el año 2005 a un 53,2 % en el 2016 para el ciclo de adultez y del 17,0 % a 19,9 % en el de adulto mayor para los mismos periodos. Por este motivo la importancia de garantizar el acceso a los servicios de salud y crear una atención integral con el fin sensibilizar a los usuarios en la atención de sus requerimientos y ofrecer los procesos y procedimientos necesarios. Cabe señalar que en pacientes con enfermedades crónicas se han desarrollado programas para la prevención, promoción y atención de estas patologías los cuales se deben complementar.(1)

En el Hospital San Antonio de Anolaima, Cundinamarca se vienen realizando auditorías internas, diagnósticos institucionales, los cuales reflejan las necesidades y problemáticas de la población para acceder a los servicios de

salud para pacientes con enfermedades crónicas<sup>1</sup>. La auditoría permite ver que falta claridad en algunos lineamientos y estrategias de un modelo de gestión sobre enfermedades crónicas.

A pesar de que la Política se ha planteado colocar en el centro del sistema a las personas, el mismo mantiene en su estructura y lógica un modelo de salud medicalizado en donde la mayor parte de recursos se invierten en daños, el caso específico las enfermedades crónicas siguen siendo tratadas como tal, se requiere diseñar estrategias y herramientas que permitan avanzar en una lógica preventiva y de promoción de la salud que logre afectar la dinámica que ha tenido hasta ahora el sistema de salud.

Adicionalmente, para las enfermedades crónicas no cuentan con los procesos y procedimientos para la atención de estas enfermedades, que logren incorporar la prevención y promoción como parte integral de la atención, no se cuentan con los herramientas , que permitirían tener unas valoraciones sobre las características de la población, y así lograr identificar oportunamente las causas de la enfermedad, tratamiento y seguimiento a las patologías, finalmente, el costo y el beneficio para el hospital .

Realizando una comparación de las bases de datos de pacientes hipertensos y diabéticos en el año 2016, existían 650 pacientes con HTA y DM y para el año 2017 fueron de 745; es notable el aumento de usuarios que presentan hipertensión y diabetes; esto significa que los profesionales deben estar atentos a esta población.

Se realizó un análisis de las historias clínicas que, por la falta de interés de algunos directivos y trabajadores de no llevar correctamente las guías, esto conlleva a que los usuarios no se les ordenen el tratamiento necesario en los tiempos adecuados, lo cual hace que se aumente las hospitalizaciones y los costos. Lo anterior, crea un círculo vicioso de problemas de baja percepción del riesgo por parte de los profesionales.

Los hallazgos de la auditoria permite realizar mejoras en los servicios de salud dentro del ciclo Actuar, Planear, Verificar, Hacer (PHVA), para cumplir con las necesidades, de los usuarios, y el cumplimiento de la normatividad (Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud), la resolución 4003 y Guías de Práctica Clínica y que no afecte a la vez el funcionamiento global del Hospital. La institución continua realizando estas auditorías con el fin identificar y a la vez mejorar los procesos y cumplir con los objetivos propuestos para brindar una atención adecuada en los servicios de salud y minimizar el riesgo de complicaciones de esta población, principalmente de la zona rural donde se presentan las barreas geográficas, las cuales dificultan el acceso a la E.S.E.

## **CAPÍTULO IV**

### **4. OBJETIVOS**

#### **4.1 Objetivo General**

Diseñar una herramienta para los profesionales de la salud, que recopile información y permita hacer seguimiento oportuno a los pacientes diagnosticados con patologías crónicas, usuarios de la ESE San Antonio de Anolaima en la perspectiva de disminuir los riesgos y mejorar la calidad de vida.

#### **4.2 Objetivos Específicos**

1. Caracterizar la población diagnosticada con patologías crónicas como la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus mediante la revisión de las historias clínicas, de los pacientes que asisten a la E.S.E San Antonio de Anolaima.
2. Diseñar una herramienta a partir del diagnóstico de enfermedades crónicas de acuerdo al riesgo, frecuencia y costo de los eventos adversos caracterizados, que permita desplegar mecanismos de análisis y actuaciones preventivas.

## **CAPÍTULO V**

### **5. METODOLOGÍA**

El tipo de metodología que se utilizó para el diseño de la herramienta de Enfermedades Crónicas para la Empresa Social del Estado San Antonio de Anolaima está constituido en 3 fases; partiendo de la revisión del estado del arte en materia de control y seguimiento al grupo de pacientes crónicos hipertensos y diabéticos sin importar el sector donde vive, si es rural o urbano. También se tendrá en cuenta para el desarrollo de la metodología los criterios de exclusión, como no pertenecer al régimen subsidiado y contributivo o no tener algunas de las patologías anteriormente mencionadas.

Lo anterior, se realizará por medio de la auditoria de las historias clínicas donde se tomaron los datos para verificar y lograr un adecuado seguimiento; El trabajo se desarrolló en tres fases:

#### **5.1. Fase1. Soporte de la información.**

Se realizó una caracterización de la población por medio de los RIPS y los KARDEX; En esta fase de atención se revisaron los procesos en las historias clínicas, sistemas de información, para verificar y tener a primera mano las fallas del sistema. Dado a que a continuación desarrollan el ítem.

#### **5.2. Fase 2 Auditoria de Historias Clínicas**

Se realizó un convenio de la Universidad del Rosario y la E.S.E SAN Antonio de Anolaima con el fin de realizar una interventoría y analizar las historias clínicas donde se detectaron las falencias presentadas en la atención que realizan los profesionales responsables de la atención a este grupo poblacional. La auditoría se realizó de la siguiente manera para pacientes Hipertensos y Diabéticos.

### **5.3. Fase 3 Diseño de la Herramienta**

Para el desarrollo de esta herramienta se tuvo en cuenta las normas que rigen estas patologías con el fin de que permita realizar un seguimiento completo de cada uno de los pacientes a continuación, descrito.

#### **Marco Normativo**

La resolución 4003 de 2008, por la cual se adopta el Anexo Técnico para el manejo integral de los pacientes con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus Tipo 2, el cual permite establecer una guía para la atención de estas patologías, con el fin de disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades, en especial énfasis en el diagnóstico temprano, la prevención y control, y la identificación de la población en riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica.(9)

La mencionada resolución permite dar una atención y tratamiento integral a esta población.

#### **Rutas Integrales de Atención en Salud.**

Las RIAS son una herramienta que definen a los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. (10)

Actualmente las RIAS están constituidas por tres tramos:

1. Ruta Integral de Atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo,
2. Rutas Integrales de Atención para Grupos de Riesgo,
3. Rutas Integrales de Atención Específica para Eventos.

En la figura anexa se presentan los elementos que ordenan las RIAS, las acciones / intervenciones que garantizan el continuo de la atención integral en salud, los hitos, los desenlaces esperados o resultados en salud, la gobernanza en salud, la búsqueda de la evidencia científica, las categorías de atención, y las formas de presentación de las RIAS.(10)

Dentro de este modelo de atención encontramos unos componentes importantes como son:

Momentos del curso de vida el cual está clasificado por: primera infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez.

**Grupos de riesgo:** Los dieciséis (16) grupos de riesgo priorizados por el MSPS, se tuvo para la elaboración de este trabajo, la ruta integral en Salud dirigido a la población con riesgo o alteraciones cardiovascular aterogénica.

**Entornos:** Se configuran como los escenarios que se traducen en unidad de gestión, donde se materializan las respuestas institucionales (entre ellas las atenciones/intervenciones del sector salud), sectoriales y de actores que participan en el bienestar y el desarrollo de los mismos.

**Intervención:** Las intervenciones o atenciones en salud se conciben como acciones intencionadas y efectivas, encaminadas a: promoción de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, dirigidas a las personas, familias y comunidades en cada uno de los entornos en los que transcurre su vida.

**Hitos y Desenlaces Esperados o Resultados en Salud:** Corresponde a los resultados de la gestión y del proceso de atención que se convierten en trazadores y marcan la diferencia en el logro de resultados en salud en las personas, familias y comunidades.

**Acciones de Gestión de la Salud Pública:** se refiere al proceso dinámico, integral, sistemático y participativo, bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria; está orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del sistema de salud, junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad, con el propósito de alcanzar los resultados en salud (Plan Decenal de Salud Pública); se enmarca dentro de la función de rectoría de la autoridad sanitaria y aporta a protección específica.

La Guía de Práctica Clínica nos aporta las recomendaciones con mayor validez, claridad y aplicabilidad posible sobre la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus; entre ellos como los laboratorios indicados, tratamiento, hábitos de alimentación o actividad física entre otros.(11).

Al verificar las fallas que se presentaron durante el proceso del seguimiento por parte de los profesionales, se revisó las normas que permiten la atención de esta población para que sea integral y los datos de las historias clínicas deben ser completos para tener unos resultados favorables.

Basado en los resultados de las auditorias se diseñó una herramienta con información y datos que permite realizar seguimiento más estricto a los pacientes que padecen esta patología; la persona indicada para el manejo de la herramienta puede ser la auxiliar de Enfermería o la Enfermera, quien será la responsable de diligenciar los datos.

La Herramienta se encuentra como Anexo 5 y contiene las siguientes Variables: municipio, profesional de la atención, fecha de la última consulta, número de identificación, apellidos, nombres, edad, sexo, número telefónico, tipo de afiliación, fecha de ingreso al programa, tipo de diagnóstico; crónico (hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, obesidad ), enfermedad coronaria; peso, talla , IMC, riesgo cardiovascular, clasificación Framingham. Está dividida por meses y contiene los siguientes laboratorios; creatinina y su resultado, hemoglobina y su resultado, microalbuminuria y su resultado; hipertenso controlado (si , no ), fecha de glucosa, diabético controlado (si , no ) ERC y TFG, fecha y resultado de perfil lipídico, dislipidemia controlado; nutrición psicología, oftalmología, retinopatía confirmada, pie diabético, insuficiencia renal crónica; hospitalización en el último mes por complicación de su patología crónica, medicamentos que consume para patología crónica (nombre, dosis, cantidad), sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, próximo control, observaciones .

Los datos anteriormente están en una base (Excel) y será manejada por el profesional de salud a través de un instructivo, el cual explicara paso a paso de

cada ítems de la matriz; esta herramienta está diseñada con el fin de generar unas alertas en caso de que alguno de los laboratorios se encuentran fuera de los valores normales; esta herramienta se diligenciará al finalizar la consulta, con el fin de ser analizada y realizar sus respetivo seguimiento.

### **5.3.1. Alcance y Limitaciones de la herramienta**

#### **5.3.1.1 Alcance**

El diseño de la herramienta permitió observar el seguimiento a pacientes crónicos, el cual orientará a los profesionales de la E.S.E, San Antonio de Anolaima a caracterizar y analizar desde el servicio de consulta externa a la población con diagnóstico de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, detectando a tiempo factores de riesgo cardiovasculares, tratamiento oportuno y prevención estas complicaciones.

#### **5.3.1.2. Limitaciones**

Durante el diseño de esta herramienta se presentaron las siguientes limitaciones:

1. Dificultad en encontrar información completa en las historias clínicas lo que evita realizar un seguimiento a cada uno de los pacientes.
2. La rotación por parte de los profesionales que realizan la atención a los pacientes con patologías crónicas.

## CAPÍTULO VI

### 6 . RESULTADOS

#### Hallazgos de la fase 2

Para la presentación de los hallazgos en esta auditoria utiliza una tabla de doble entrada, donde se cruzan los ítems y el periodo de tiempo auditado y la valoración del cumplimiento.

La metodología que se realizó para esta herramienta fue una auditoria medica teniendo en cuenta la Guía de Práctica Clínica de la Hipertensión Arterial Primaria y Guía de Práctica Clínica (GPC) para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años del Ministerio de Protección Social, la cual se describen a continuación:

#### **Indicador 23. Evaluación de aplicación de guía de atención de enfermedad hipertensiva**

##### **Formula del Indicador:**

**Numerador:** Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la E.S.E Hospital San Antonio de Anolaima en la vigencia objeto de evaluación.

**Denominador:** Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la E.S.E Hospital San Antonio de Anolaima en la vigencia objeto de evaluación.

##### **Tamaño de la muestra:**

1. Muestreo por ecuación población finita:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

### **Población finita**

n= tamaño muestra

z= nivel de confianza 95%= 1.96

p= variabilidad negativa 50%

q = (1 – p) = variabilidad positiva 50%

N= tamaño de la población =1934

e= error 5%

Resultado= 320

Al no conocer la variabilidad positiva y negativa (q y p) se asume que es del 50%.

Al aplicar la ecuación muestral a una población total de 1934. Registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) en la E.S.E Hospital San Antonio de Anolaima para el año 2017. Se obtiene una muestra de 320 historias clínicas a las cuales se les realiza auditoria de adherencia a la Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia de hipertensión arterial primaria (HTA) del Ministerio de Salud y Protección Social.

### **Tabla 4 cálculo de la muestra**

<p>Calculo muestra población finita</p>
---

N	1934
Z $\alpha$ <sup>2</sup>	3,8416
p	0,5
q	0,5
d	0,05

n	320,497912
---	------------

2. A cada mes aplicamos una variabilidad positiva (q ) del 95% y una variabilidad negativa (p) del 5 % para obtener mayor precisión en el muestreo de cada mes, como se observa en la siguiente tabla:

**Tabla 5 matriz meses auditados**

Meses	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Sumatoria
Poblacion atendida mes	116	198	109	85	191	129	413	125	152	147	160	109	1934
Muestra con poblacion total atendida al mes	25	28	25	23	29	26	31	26	27	27	28	25	320

Fuente: Matriz autoría del auditor

### Estándar:

>0.90

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud reportados por la E.S.E Hospital San Antonio de Anolaima.

### Criterios de Inclusión

- Historia Clínica Sistema de Información (CITISALUD).
- Lista de chequeo de la Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia de Hipertensión Arterial Primaria (HTA).

## **Alcance**

Esta revisión aplica única y exclusivamente a la adherencia a la Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia de Hipertensión Arterial Primaria (HTA) del Ministerio de Salud y Protección Social.

## **Riesgos**

Que el médico auditor aplique de manera incorrecta el instrumento de evaluación (lista de chequeo de la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial Primaria) obteniéndose información errada.

## **Fortalezas**

- Socialización y capacitación a los profesionales de la salud de la Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia basada en la evidencia de Hipertensión Arterial Primaria (HTA).
- Actas socialización y capacitación.

## **b. Hallazgos**

Para la presentación de los hallazgos esta auditoria utiliza una tabla de doble entrada, donde se cruzan los ítems verificados con los meses auditados, dando como resultado los ítems que se cumple y no se cumple.

**Tabla 6 Matriz pacientes con hipertensión arterial**

Mes	1. Factores de Riesgo	2. Componentes de La Historia Clínica (antecedentes)	3. Examen Físico	4. Diagnóstico	Plan de Intervención		6. Adherencia Guía de Práctica	Total historias clínicas que no cumplen con la adherencia GPC DM
					5.1 Estilo de Vida Saludable	5.2 Plan de Intervención Tratamiento Farmacológico		
Enero	0	1	1	0	1	1	1	5
Febrero	1	0	1	0	1	0	0	3
Marzo	0	1	0	0	0	1	0	2
Abril	1	0	0	0	0	1	0	2
Mayo	0	0	0	0	1	0	1	2
Junio	1	1	1	0	0	0	0	3
Julio	0	0	0	1	1	0	0	2
Agosto	1	1	0	0	0	0	0	2
Septiembre	0	1	0	0	0	1	0	2
Octubre	0	0	0	1	0	0	0	0
Noviembre	1	1	0	0	0	1	0	3
Diciembre	1	0	1	0	0	0	1	3
Total								29

**Fuente:** Matriz autoría del auditor

**Tabla 7 Resultado del indicador**

Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la E.S.E Hospital San Antonio de Anolaima en la vigencia objeto de evaluación.	<b>291</b>	<b>X</b>	<b>100</b>	<b>90,9</b>
Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la E.S.E Hospital San Antonio de Anolaima en la vigencia objeto de evaluación.	<b>320</b>			

## Conclusiones

- Se audito una muestra de 320 historias clínicas de un total de 1934 correspondiente a los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) allegado por la E.S.E Hospital San Antonio de Anolaima.
- 291 historias clínicas cumplen con el 100% de los ítems de adherencia a la guía de práctica de Hipertensión Arterial Primaria (HTA) del Ministerio de Salud y Protección Social, adoptadas por la Institución.
- 29 historias clínicas no cumplen con algunos de los ítems de adherencia a la guía de práctica clínica de Hipertensión Arterial Primaria (HTA) del Ministerio de Salud y Protección Social, adoptadas por la Institución.
- El porcentaje de cumplimiento de adherencia a la Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia de Hipertensión Arterial Primaria (HTA) del Ministerio de Salud y Protección Social, adoptadas por la Institución es del **90,9 %**.

**Indicador. Evaluación de aplicación de Guía de Práctica Clínica (GPC) para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años.**

**Formula del Indicador:**

**Numerador:** Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de diabetes mellitus adoptada por la E.S.E Hospital San Antonio de Anolaima en la vigencia objeto de evaluación.

**Denominador:** Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus atendidos en la E.S.E Hospital San Antonio de Anolaima en la vigencia objeto de evaluación.

### Tamaño de la muestra

#### 3. Muestreo por ecuación población finita:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Población finita

n= tamaño muestra

z= nivel de confianza 95%= 1.96

p= variabilidad negativa 50%

q = (1 – p) = variabilidad positiva 50%

N= tamaño de la población 378

e= error 5%

Resultado= 191

Al no conocer la variabilidad positiva y negativa (q y p) se asume que es del 50%.

Al aplicar la ecuación muestral a una población total de 378 Registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) en la E.S.E Hospital San Antonio de Anolaima para el año 2017, se obtiene una muestra de 191 historias clínicas, a las cuales se les realiza auditoria de adherencia a la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la

diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Tabla 8 Cálculo de la muestra**

<b>Calculo muestra población infinita</b>	
<b>N</b>	378
<b>Z<math>\alpha</math><sup>2</sup></b>	3,8416
<b>p</b>	0,5
<b>q</b>	0,5
<b>d</b>	0,05

<b>n</b>	<b>191</b>
----------	------------

4. A cada mes aplicamos una variabilidad positiva (q) del 95% y una variabilidad negativa (p) del 5 % para obtener mayor precisión en el muestreo de cada mes, como se observa en la siguiente tabla:

**Tabla 9 Matriz pacientes diabéticos**

Meses	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Sumatoria
Poblacion atendida mes	28	32	32	35	21	32	35	30	40	37	30	26	378
Muestra con poblacion total de diabeticos (calculadora)	14	16	16	19	11	16	18	15	21	17	15	13	191

5. Fuente: Matriz autoría del auditor. Para la revisión de historias clínicas mes a mes, se tomó del listado de registro individual de prestación de servicios de salud (RIPS), empezando por el registro uno de manera consecutiva hasta el registro correspondiente a la muestra del mes.

**Estándar:**

≥0.85

**Fuente:**

Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud reportados por la E.S.E Hospital San Antonio de Anolaima.

**Criterios**

- Historia clínica sistema de información CNT.  
Lista de chequeo de la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Alcance**

Esta revisión aplica única y exclusivamente a la adherencia a la Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Riesgos**

Que el médico auditor aplique de manera incorrecta el instrumento de evaluación (lista de chequeo de la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Fortalezas**

Socialización y capacitación a los profesionales de la salud de la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años del Ministerio de Salud y Protección Social.

- Actas socialización y capacitación.

## Hallazgos

Para la presentación de los hallazgos esta auditoría utiliza una tabla de doble entrada, donde se cruzan los ítems verificados con los meses auditados, dando como resultado los ítems que se cumple y no se cumple.

**Tabla 10 matriz pacientes diabéticos**

Mes	1. Factores de Riesgo	2. Componentes de La Historia Clínica (antecedent	3. Examen Físico	4. Diagnóstico	Plan de Intervención		6. Adherencia Guía de Practica	Total historias clinicas que no cumplen con la adherencia GPC DM
					5.1 Estilo de Vida Saludable	5.2 Plan de Intervención Tratamiento Farmacológico		
Enero	0	1	1	0	1	1	1	5
Febrero	1	0	1	0	1	0	0	3
Marzo	0	1	3	0	1	1	1	7
Abril	1	1	2	0	1	1	0	6
Mayo	0	0	0	0	1	0	1	2
Junio	1	1	1	0	0	0	1	4
Julio	0	0	1	1	1	0	0	3
Agosto	1	1	1	0	0	0	0	3
Septiembre	0	1	1	0	0	1	0	3
Octubre	0	1	1	1	1	1	0	5
Noviembre	1	1	1	0	0	1	0	4
Diciembre	2	1	1	0	0	1	1	6
Total								51

**Fuente:** Matriz autoría del auditor

**Tabla 11 Resultado del Indicador**

Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de diabetes mellitus adoptada por la E.S.E Hospital San Antonio de Anolaima en la vigencia objeto de evaluación	140	<b>73,2</b>
Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus atendidos en la E.S.E hospital San Antonio de Anolaima en la vigencia objeto de	191	

evaluación	
------------	--

Se audito una muestra de 191 historias clínicas de un total de 378 correspondiente a los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) allegado por la E.S.E Hospital San Antonio de Anolaima con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años.

140 historias clínicas cumplen con el 100% de los ítems de adherencia a la guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años del Ministerio de Salud y Protección Social.

51 historias clínicas no cumplen con algunos de los ítems de adherencia a la guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años del Ministerio de Salud y Protección Social.

El porcentaje de cumplimiento de adherencia a la guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años del Ministerio de Salud y Protección Social, adoptadas por la Institución es del 73,2%.

Las enfermedades crónicas después de diagnosticadas, constantemente presentan factores de riesgo, donde pueden aumentar la complicación de su patología, por tal razón se deben identificar oportunamente y así evitar enfermedades secundarias.

Teniendo en cuenta la resolución 4003 del 2008 del Ministerio de Protección Social nos da unas pautas a tener en cuenta en la clasificación de riesgos de las patologías, hipertensión arterial y diabetes mellitus las cuales se mencionan a continuación.

### 10.1.2 Factores de riesgo para hipertensión arterial

Clasificación del riesgo cardiovascular de los pacientes con diagnóstico de HTA.

Tabla 12 Estratificación del riesgo

Estratificación del riesgo , según presión arterial y factores de riesgo			
Tensión Arterial	Estado I	Estado II	Estado III
Factores de Riesgo	PAS 140-159 o PAD 90-99	PAS 160-179 o PAD 100-109	PAS >179 o PAD > 109
Sin FR	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
1 a 2 FR	Riesgo Moderado	Riesgo Moderado	Riesgo Muy Alto
3 o más FR o LOB o Diabetes	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Muy Alto
Condiciones Clínicas Asociadas	Riesgo Muy Alto	Riesgo Muy Alto	Riesgo Muy Alto

Esquema de Clasificación de Riesgo Cardiovascular a 10 años de la ESH-ESC, adoptada por la guía de atención de HTA. Min. Protección Social. Colombia. Mayo de 2007.(12)

**Tabla 13 Factores de riesgo**

<b>Factores de riesgo para clasificación del riesgo cardiovascular</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de PA sistólica y diastólica</li> <li>• Hombres <math>\geq</math> 55 años</li> <li>• Mujeres <math>\geq</math> 65 años</li> <li>• Tabaquismo</li> <li>• Dislipidemia (colesterol total mayor 250 mg/dl, colesterol LDL mayor de 155 mg/dl, colesterol HDL menor de 40 mg/dl en hombres y menor de 48 mg/dl en mujeres.)</li> <li>• Historia familiar de enfermedad cardiovascular temprana (Hombres menores de 55 años y mujeres menores de 65 años)</li> <li>• Circunferencia abdominal mayor o igual de 102 cm en hombres y de 88 cm en mujeres</li> </ul>
<b>Lesión de Organo Blanco (LOB)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertrofia ventricular Izquierda (electrocardiograma según criterios de Sokolow-Lyon o Cornell; ecocardiograma IMVI mayor de 125 g/m cuadrado en hombres y mayor de 110 g/m cuadrado en mujeres)</li> <li>• Doppler carotídeo que evidencie engrosamiento de la pared arterial y placa ateroscleróticas.</li> <li>• Creatinina Sérica elevada (Hombres 1,3 – 1,5 mg/dl; Mujeres 1,2 – 1,4 mg/dl)</li> <li>• Microalbuminuria (30 – 300 mg/24 horas)</li> </ul>
<b>Diabetes Mellitus</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Glicemia en ayunas mayor de 126 mg/dl</li> <li>• Glicemia postprandial mayor de 198 mg/dl</li> </ul>
<b>Condición Clínica Asociada (CCA)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accidente vascular cerebral o isquemia cerebral transitoria</li> <li>• Infarto de miocardio, angina, revascularización coronaria, insuficiencia cardíaca.</li> <li>• Enfermedad Renal (creatinina sérica mayor de 1,5 en hombres y de 1,4 en mujeres); proteinuria mayor de 300mg en 24 horas; nefropatía diabética.</li> <li>• Enfermedad Arterial Periférica</li> <li>• Retinopatía avanzada con hemorragias, exudados o edema de papila.</li> </ul>

Resolución 4003 de 2008(9)

### 6.1. Resultados generales

- Se elaboró una herramienta para los profesionales de la salud, la cual permite hacer seguimiento a los pacientes con patologías crónicas (Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus).
- Se realizó una caracterización de pacientes con patologías crónicas donde se evidencio las falencias en el diagnóstico y tratamiento en los tiempos estipulados.
- Permite realizar un análisis de la información en corto tiempo ya que muestra diferentes alertas de acuerdo a los datos registrados de cada paciente para así lograr minimizar los riesgos y complicaciones.
- Con esta herramienta se pretende que el seguimiento sea más estricto por medio de alarmas en aquellas cifras tensionales y laboratorios cuando sus resultados están con valores alterados, como son: Perfil Lipídico( triglicéridos , Colesterol Total , HDL) , creatinina , Microalbuminuria, Hemoglobina glicosilada.

- Ayuda a analizar si el paciente asistió al control asignado, de no ser así permite al profesional realizar el respectivo seguimiento, ya que es la herramienta está distribuida por meses.

## **6.2 Conclusiones Y Recomendaciones**

1. Revisadas las políticas públicas para la atención de pacientes crónicos y analizando la garantía del derecho a la salud consagrada en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la primera transformación que se debe realizar en la ESE de Anolaima, es la disminución en las barreras de acceso a los servicios de salud. Dado que, la población está cubierta por un régimen de salud subsidiado y es notable que la atención en la población ubicada en las zonas rurales difícilmente logran llegar a los puntos de salud y en ocasiones no se tiene los medios adecuados y suficientes para la realización de procedimientos, apoyo diagnóstico, y la entrega oportuna de los medicamentos.

2. Este proyecto de investigación analizó, clasificó e interpretó toda información para la construcción de una herramienta para los profesionales de la salud, que recopile datos y permita hacer seguimiento a los pacientes diagnosticados con patologías crónicas, usuarios de la ESE San Antonio de Anolaima. Para la implementación de dicha herramienta y efectividad en su aplicación, la gerencia del hospital y cada uno de sus directivos deben organizar sus procesos, procedimientos, como también vincular los programas que se tengan para el desarrollo de la salud pública en el municipio. Es importante involucrar las autoridades (Alcaldía) y las organizaciones comunitarias para la planificación de los programas de promoción y prevención que se deban realizar para mejorar las condiciones ambientales y de salud en la comunidad.

3. En la caracterización de la población además de tener en cuenta las patologías, el registro de la información en guías y en el sistema, es importante que los profesionales de la salud reconozcan las condiciones de vida de la comunidad para determinar los factores protectores y en riesgo y así garantizar una atención integral y adecuada. Por otra parte, también se requiere caracterizar los trabajadores, profesionales de salud, en su mayoría son

personas habitantes del municipio conocedoras de las necesidades en salud, y las limitaciones que tienen para el desempeño de su labor.

Lo anterior, es relevante para el desarrollo e implementación de la herramienta; ya que son los profesionales de la salud y los usuarios los directos implicados en la ejecución y no se puede mirar como un instrumento más para canalizar datos y notificar. Esta herramienta debe permitir mejorar los canales de comunicación; el diálogo entre médico y paciente debe superar las barreras del sistema y llegar a garantizar una atención de calidad en el cual mejore la vida de todos.

### **Recomendaciones**

- Realizar un pre test para evaluar el conocimiento de cada uno de los profesionales y partiendo de las respuestas se prepara las diferentes temáticas enfocadas en la resolución 4003 de 2008 y la Guías de Práctica Clínica; para capacitar al personal que atiende a la población con patólogas crónicas.
- Diligenciar la base de datos de una manera completa con el fin de realizar un seguimiento estricto a la población.
- Compromiso por parte de los profesionales que son asignados para diligenciar la herramienta.

## Bibliografía

1. ASIS [Internet]. [citado 6 de junio de 2018]. Disponible en:  
<http://www.cundinamarca.gov.co/wcm/connect/07f0fd4e-9af4-4dc6-921a-28bed95a7c17/ASIS+Cundinamarca+2015+WEB.pdf?MOD=AJPERES&CVID=llg82jv>
2. Evans T, Lerberghe W van, Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008 la atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
3. PMGR Anolaima Cundinamarca.pdf.
4. proyecciones indican que el municipio de Anolaima, en el año 2016 tiene una población total de 12.210 personas, de las cuales el 30,1 % (3.671 personas) reside en la cabecera municipal y el 69,9 % restante (8.539 personas) en el área rural, sin embargo, si comparamos este comportamiento - Buscar con Google [Internet]. [citado 8 de junio de 2018]. Disponible en:  
[https://www.google.com.co/search?q=proyecciones+indican+que+el+municipio+de+Anolaima%2C+en+el+a%C3%B1o+2016+tiene+una+poblaci%C3%B3n+total+de+12.210+personas%2C+de+las+cuales+el+30%2C1+%25+\(3.671+personas\)+reside+en+la+cabecera+municipal+y+el+69%2C9+%25+restante+\(8.539+personas\)+en+el+%C3%A1rea+rural%2C+sin+embargo%2C+si+comparamos+este+comportamiento&oq=proyecciones+indican+que+el+municipio+de+Anolaima%2C+en+el+a%C3%B1o+2016+tiene+una+poblaci%C3%B3n+total+de+12.210+personas%2C+de+las+cuales+el+30%2C1+%25+\(3.671+personas\)+reside+en+la+cabecera+municipal+y+el+69%2C9+%25+restante+\(8.539+personas\)+en+el+%C3%A1rea+rural%2C+sin+embargo%2C+si+comparamos+este+comportamiento&aqs=chrome..69i57.913j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com.co/search?q=proyecciones+indican+que+el+municipio+de+Anolaima%2C+en+el+a%C3%B1o+2016+tiene+una+poblaci%C3%B3n+total+de+12.210+personas%2C+de+las+cuales+el+30%2C1+%25+(3.671+personas)+reside+en+la+cabecera+municipal+y+el+69%2C9+%25+restante+(8.539+personas)+en+el+%C3%A1rea+rural%2C+sin+embargo%2C+si+comparamos+este+comportamiento&oq=proyecciones+indican+que+el+municipio+de+Anolaima%2C+en+el+a%C3%B1o+2016+tiene+una+poblaci%C3%B3n+total+de+12.210+personas%2C+de+las+cuales+el+30%2C1+%25+(3.671+personas)+reside+en+la+cabecera+municipal+y+el+69%2C9+%25+restante+(8.539+personas)+en+el+%C3%A1rea+rural%2C+sin+embargo%2C+si+comparamos+este+comportamiento&aqs=chrome..69i57.913j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
5. Anolaima. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2018 [citado 22 de junio de 2018]. Disponible en:  
<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Anolaima&oldid=106988885>
6. Reportes ASIS [Internet]. [citado 22 de junio de 2018]. Disponible en:  
<http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/>
7. Carrillo DA. Hospital San Antonio - Anolaima - Conozcanos [Internet]. [citado 14 de junio de 2018]. Disponible en:  
<https://hospitalanolaima.es.tl/Conozcanos.htm>
8. index.pdf [Internet]. [citado 8 de junio de 2018]. Disponible en:  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=21400&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21400&Itemid=270&lang=en)

9. Resolucion 4003 - 2008 - ERC.pdf [Internet]. [citado 8 de junio de 2018]. Disponible en:  
<https://cuentadealtocosto.org/site/images/Resolucion%204003%20-%202008%20-%20ERC.pdf>
10. Rutas integrales de atención en salud (RIAS) [Internet]. [citado 8 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>
11. Serna LFC, Guerrero CED, Bernal GB. Alejandro Gaviria Uribe Ministro de Salud y Protección Social. :32.
12. resolucion-4003-2008.pdf [Internet]. [citado 8 de junio de 2018]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4003-2008.pdf>

## ANEXOS

### Anexo1. PRESTACIÓN SE SERVICIOS Y HORARIOS DE ATENCIÓN EN CENTROS Y PUESTOS DE SALUD

PUESTO DE SALUD LA FLORIDA			
AÑO 2010			
SERVICIO	NIVEL DE ATENCION	HORARIO DE ATENCION	
Medicina General	I	Viernes	8:00 a.m. - 5:00 p.m.
Odontología General	I	Lunes a Viernes	
Promoción y Prevención	I	Viernes	
Enfermería	I	Lunes a Viernes y Sábados	8:00 a.m. - 5:00 p.m. 8:00 a.m. - 12:00 m

PUESTO DE SALUD LA BOTICA			
AÑO 2010			
SERVICIO	NIVEL DE ATENCION	HORARIO DE ATENCION	
Medicina General	I	Martes y Miércoles	8:00 a.m. - 5:00 p.m.
Odontología General	I		
Enfermería	I	Martes a Viernes Sábados y Domingos	8:00 a.m. - 5:00 p.m. 8:00 a.m. - 12:00 m.
Promoción y Prevención	I		
Vacunación	I		

PUESTO DE SALUD SANTA MARTA			
AÑO 2010			
SERVICIO	NIVEL DE ATENCION	HORARIO DE ATENCION	
Medicina General	I	Viernes	8:00 a.m. - 5:00 p.m.
Odontología General	I	Sábado	
Enfermería	I	Lunes a Viernes Sábados	8:00 a.m. - 5:00 p.m. 8:00 a.m. - 12:00 m.
Promoción y Prevención	I	Lunes a Viernes	7:00 a.m. - 1:00 p.m.

PUESTO DE SALUD LA SIERRA			
AÑO 2010			
SERVICIO	NIVEL DE ATENCION	HORARIO DE ATENCION	
Medicina General	I	Jueves y Viernes	8:00 a.m. - 5:00 p.m.
Odontología General	I		
Enfermería	I	Lunes a Viernes Sábados	8:00 a.m. - 5:00 p.m. 8:00 a.m. - 12:00 m.
Promoción y Prevención	I		
Vacunación	I		

PUESTO DE SALUD REVENTONES			
AÑO 2010			
SERVICIO	NIVEL DE ATENCION	HORARIO DE ATENCION	
Medicina General	I	Jueves	8:00 a.m. - 5:00 p.m.
Odontología General	I		
Enfermería	I	Lunes a Viernes Sábados	8:00 a.m. - 5:00 p.m. 8:00 a.m. - 12:00 m.
Promoción y Prevención	I		
Enfermería	I		

<b>CENTRO DE SALUD QUIPILE</b>			
<b>AÑO 2010</b>			
<b>SERVICIO</b>	<b>NIVEL DE ATENCION</b>	<b>HORARIO DE ATENCION</b>	
Medicina General	I	Martes a Viernes Sábados y Domingos	8:00 a.m. - 5:00 p.m. 8:00 a.m. - 12:00 m.
Laboratorio Clínico	I		
Odontología General	I		
Enfermería	I		
Vacunación	I		
Promoción y Prevención			

<b>CENTRO DE SALUD LA VIRGEN</b>			
<b>AÑO 2010</b>			
<b>SERVICIO</b>	<b>NIVEL DE ATENCION</b>	<b>HORARIO DE ATENCION</b>	
Medicina General	I	Martes y Miércoles	8:00 a.m. - 5:00 p.m.
Odontología General	I		
Enfermería	I	Martes a Viernes Sábados y Domingos	8:00 a.m. - 5:00 p.m. 8:00 a.m. - 12:00 m.

## INSTRUCTIVO SEGUIMIENTO PACIENTES CRONICOS

### E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA

Este instructivo tiene como objetivo registrar el estado de salud en pacientes con sus riesgos y avances en el tratamiento de enfermedades crónicas. Realizar seguimiento en los usuarios con estas enfermedades, puede determinar qué factores aceleran la enfermedad o qué procedimientos se deben realizar para prevenirla.

#### 1. Alcance

Población con diagnóstico de hipertensión y diabetes atendidas en el Hospital San Antonio de Anolaima.

#### 2. Metodología

Para la realización de este proyecto se estableció como única población objeto a los pacientes con diagnóstico de hipertensión y diabetes del municipio San Antonio de Anolaima, por lo cual, los profesionales de la salud que diligencien el formato Seguimiento a Pacientes Crónicos deberán registrar lo siguiente:

#### Anexo 2 INSTRUCTIVO SEGUIMIENTO PACIENTES CRONICOS

1. Fecha, corresponde al día en que se realiza la consulta.
2. Lugar de atención, indicar el sitio donde se realiza la atención médica (el lugar no necesariamente puede ser la ESE).
3. # indicar el número de paciente atendido.
4. Municipio, si es urbano el barrio o la vereda en su defecto.
5. Nombre del profesional que realiza la atención, también la profesión que desempeña.
6. Fecha de última consulta: registrar fecha de la última atención evidenciada en la historia clínica.
7. Documento de identidad del usuario.
8. Apellidos: Registrar apellidos del paciente.
9. Nombres: Registrar nombres del paciente.
10. Edad: Registrar edad del paciente.
11. Sexo: Registrar sexo del paciente.
12. Tipo de afiliación: Contributivo, Subsidiado, Vinculado.
13. Teléfono fijo o celular
14. Tipo de ingreso al programa,

15. Tipo de diagnóstico del paciente crónico: hipertensión – diabetes- hiperlipidemia- obesidad- hipo o hipertiroidismo.
16. Valoración médica: a. Diagnósticos Asociados: Registre diagnósticos asociado: enfermedad coronaria- EPOC- oxigenorequiriente- asma- neumopatías. b. Último control: Registre peso- talla. Índice de masa muscular: - riesgo cardiovascular – clasificación framingham.  c. Registre fecha de última valoración, d. Detalle de la consulta e. Últimos resultados de laboratorio: Registre reportes de ultimas ayudas diagnosticas  f. Factores de Riesgo: Realice registro del riesgo si presenta sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol.
17. Fecha y detalle de la consulta, mes
18. Últimos resultados de laboratorio, creatinina fecha de ultimo resultado, hemoglobina glicosilada fecha de ultimo resultado, microalbuminuria fecha de ultimo resultado,
19. Hipertenso controlado Si o No.
20. Reporte de glucosa o glucómetro , donde se registra última fecha de reporte , Diabética controlada Si o No.
21. Enfermedad Renal Crónico ERC Si o No.
22. Tasa de filtración glomerular registrar último reporte.
23. Reporte de Perfil Lipídico, reporte de colesterol total, Hdl, Triglicéridos, LDL, Dislipidémicos controlado Si o No.
24. Fecha de última consulta incluye nutrición, oftalmología.
25. Presencia de Retinopatía , pie diabético, insuficiencia renal crónica confirmada, hospitalizado el último mes complicaciones
26. Medicamentos que consume para patología crónica: registra prescripción de medicamentos.
27. Factores de Riesgo: sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol.
28. Próximo control: registre fecha
29. Total de pacientes atendidos
30. Observaciones: Registre desviaciones.
31. Firma del profesional.
32. Fecha, corresponde al día en que se realiza la consulta.
33. Lugar de atención, indicar el sitio donde se realiza la atención médica (el lugar no necesariamente puede ser la ESE).
34. # indicar el número de paciente atendido.
35. Municipio, si es urbano el barrio o la vereda en su defecto.
36. Nombre del profesional que realiza la atención, también la profesión que desempeña.
37. Fecha de última consulta: registrar fecha de la última atención evidenciada en la historia clínica.
38. Documento de identidad del usuario.

39. Apellidos: Registrar apellidos del paciente.
40. Nombres: Registrar nombres del paciente.
41. Edad: Registrar edad del paciente.
42. Sexo: Registrar sexo del paciente.
43. Tipo de afiliación: Contributivo, Subsidiado, Vinculado.
44. Teléfono fijo o celular
45. Tipo de ingreso al programa,
46. Tipo de diagnóstico del paciente crónico: hipertensión – diabetes- hiperlipidemia- obesidad- hipo o hipertiroidismo.
47. Valoración médica: a. Diagnósticos Asociados: Registre diagnósticos asociado: enfermedad coronaria- EPOC- oxigenorequiriente- asma- neuropatías. b. Último control: Registre peso- talla. Índice de masa muscular: - riesgo cardiovascular – clasificación framingham. c. Registre fecha de última valoración, d. Detalle de la consulta e. Últimos resultados de laboratorio: Registre reportes de últimas ayudas diagnósticas f. Factores de Riesgo: Realice registro del riesgo si presenta sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol.
48. Medicamentos que consume para patología crónica: registra prescripción de medicamentos.
49. Próximo control: registre fecha
50. Total de pacientes atendidos
51. Observaciones: Registre desviaciones.
52. Firma del profesional.

## Anexo 3 ITEMS EVALUADOS PACIENTES HIPERTENSOS

<b>A. CRITERIOS CLÍNICOS</b>
<b>1. Registro factores de riesgo</b>
1.1. Edad
1.2. Consumo de sodio
1.3. Actividad física
1.4 Tabaco/ Cigarrillo
<b>2. Registro de antecedentes personales</b>
2.1. Patológicos
2.2. Quirúrgicos
2.3. Farmacológicos
2.4. Alérgicos
2.5. Traumáticos
2.6. Consumo de cigarrillo
2.7. Consumo de alcohol
2.8. Actividad Física
<b>3. Examen Físico</b>
3.1. Registro de peso, talla, índice de masa corporal, perímetro abdominal
3.2. Toma de tensión arterial.
3.3. Examen físico por sistemas (auscultación cardiaca para detectar valvulopatía o arritmias, exploración abdominal para descartar masas, soplos abdominales y lumbares, Examen de extremidades en busca de edemas, pulsos radiales, femorales, poplíteos y pedios, auscultación arterias carótidas.
<b>5. Diagnóstico (En caso de hallar valores de TA en consultorio entre 140-159/90-99 mmHg, debe preferirse confirmar el diagnóstico de HTA utilizando MAPA y auto monitoreo en casa)</b>

<b>4. Laboratorios</b>
4.1. Glicemia basal
4.2. Colesterol HDL
4.3. Colesterol LDL
4.4. Colesterol total
4.5. Triglicéridos
4.6. Creatinina
4.7. Uro análisis
4.8 Filtración glomerular
4.8 Hematocrito- Hemoglobina

4.9 Cuantificación de proteinuria (si tira positiva)
<b>Pruebas especiales si aplica:</b>
Ecocardiograma
Radiografía Tórax cuando exista una circunstancia clínica asociada que lo indique.
Sobrecarga oral de glucosa en pacientes con glucemia basal alterada o Intolerancia a Hidratos de Carbono.
Ultrasonido carotideo
<b>5. Plan de intervención</b>
<b>5.1. Estilos de vida saludable</b>
5.1.1 Se aconseja Reducir el consumo de sal en la alimentación (5 6 g ClNa/día) evitando alimentos ricos en sal y grasas (patatas fritas, aperitivos salados, comida rápida preparada, embutidos, quesos grasos, conservas, ahumados, bollería).
5.1.2 La realización de ejercicio físico aeróbico (dinámico) de moderada a submáxima intensidad, practicado de forma regular (30 60 min/3 5 veces a la semana) y adaptado a las características de cada paciente.
5.1.3 Ofrecer consejo y ayuda a los pacientes para dejar de fumar aprovechando las visitas rutinarias
5.1.4 Reducir peso en pacientes con sobrepeso u obesos.
5.1.5 Reducir la ingesta excesiva de alcohol.
5.1.6 Las medidas sobre estilos de vida son también recomendables en personas con PA normal alta y factores de riesgo asociado para reducir el desarrollo de HTA.
5.1.7 Se recomienda aumentar la ingesta de frutas y vegetales y disminuir de grasas saturadas y la ingesta total de grasas.
<b>5.2 Tratamiento farmacológico</b>
5.2.1 Se recomienda iniciar tratamiento farmacológico en todo paciente hipertenso no controlado
5.2.2 Considere de Primer Nivel: Diuréticos, Betabloqueantes, Calcio antagonistas, IECAS y antagonistas de los receptores de la angiotensina.
<b>6. Adherencia de Guía de Práctica Clínica Hipertensión Arterial</b>
6.1 ¿Cuál es la frecuencia de uso y concordancia en el patrón horario y mediciones obtenidas cuando se hace auto-monitoreo en casa (AMC) para seguimiento de la PA?
6.2 ¿Cuál es la tasa de adherencia y de cumplimiento de metas de PA cuando se recomienda hacer AMC, comparada con el seguimiento convencional?
6.3. ¿Cuál es la capacidad de las pruebas de compromiso de órgano blanco, para detectar cambios luego de periodos de tiempo de mediano (6 a 24 meses) o largo plazo (más de 2 años : Fondo de ojo- ecocardiograma- ultrasonido vascular carotideo- micro o macro albuminuria
6.4 ¿Cuál es la tasa de adherencia al tratamiento y de cumplimiento de metas de PA, luego de la inclusión en un programa de seguimiento estructurado, comparado con seguimiento
6.5. ¿Cuál es la tasa de adherencia y cumplimiento de metas de PA, cuando se compara el tratamiento por al menos 6 meses (corto plazo), o por lo menos por 4 años (largo plazo), con diferentes modalidades de administración de

medicamentos?

**Fuente:** Instrumento de evaluación adherencia guía hipertensión arterial primaria propia del auditor

### ITEMS EVALUADOS PACIENTES DIABETICOS

Los ítems evaluados corresponden a la adherencia de la guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años del Ministerio de Salud y Protección Social.

#### Anexo 4 ITEMS EVALUADOS PACIENTES DIABETICOS

El registro de la anamnesis del paciente es completo: indaga sobre acompañante, parentesco, número telefónico, ocupación y motivo de consulta ? (Evidenciar en la historia )
El registro de antecedentes personales y familiares cuenta con la consignación de antecedentes patológicos crónicos : Diabetes , hipertensión , dislipidemias , enfermedades cerebrovasculares ? (Evidenciar en la historia )
El registro de antecedentes personales y familiares cuenta con interrogatorio y consignación de antecedentes patológicos crónicos : Diabetes , hipertensión , dislipidemias , enfermedades cerebrovasculares , cardio-cerebro-vasculares, cáncer de cuello uterino, seno, próstata, estomago o colorectal.? (Evidenciar en la historia )
El registro de antecedentes personales y familiares cuenta con interrogatorio y consignación de antecedentes sobre Miembros de grupos étnicos con elevada prevalencia en cualquiera de las enfermedades antes mencionadas? (Evidenciar en la historia )
Indaga y registra sobre antecedentes de exposición al consumo de cigarrillo /tabaco, edad de inicio , frecuencia , conocimiento sobre efectos nocivos ? (Evidenciar en historia )
Indaga y registra sobre exposición al humo de leña o carbón ? (Evidenciar en la historia )
Indaga y registra sobre antecedentes del consumo de alcohol y de otras Sustancias Psicoactivas ?(Evidenciar en la historia )

Indaga y Registra ,Hábitos Alimentarios ?(Evidenciar en la historia )
Indaga y Registra, Actividad Física ?Evidenciar en la historia Clínica.
Indaga y Registra, Manejo del Estrés ? (Evidenciar en la historia Clínica.
Indaga y Registra, Violencia Intrafamiliar ? Evidenciar en la historia Clínica.
Indaga en mujeres que nunca se han realizado citología vaginal o el último examen fue hace más de tres años y que nunca se les ha realizado un examen clínico de seno
<b>EXAMEN FISICO</b>
Registra medición de signos vitales : FC , FR y PA ,según la guía nacional para la atención de la Hipertensión Arterial? (Condiciones del Paciente, Condiciones del Equipo Toma de la medida , técnica y medida ) . Verificar, e indagar al personal responsable.
Evaluación nutricional (Peso, talla , IMC= índice de Masa Corporal) y relación cintura cadera =RCC) .Evidenciar en la historia Clínica
Registra examen de órganos de los sentido incluida la agudeza visual?(Evidenciar en la historia )
Registra examen auscultación Cardiopulmonar (en mujeres), examen de Próstata (hombres). Evidenciar en la Historia Clínica.
Registra examen físico de Seno (en mujeres) Evidenciar en la Historia Clínica.
Registra Palpación Abdominal? (verificar en la historia clínica)
¿Registra tacto rectal en Hombres? (verificar en la historia clínica)
¿Registra valoración del sistema músculo-esquelético? (verificar en la historia clínica)
Registra valoración neurológica y de la esfera mental. (Evidenciar en la Historia Clínica )
<b>EXAMENES DE LABORATORIO</b>
Se registra solicitud y resultado de Glicemia basal (Glucosa en suero LCR u otro fluido diferente a orina 90.3.8.41). Verificar en la Historia Clínica.
Se registra solicitud y resultado de Perfil lipídico (Colesterol de Alta densidad HDL 90.3.8.15, colesterol de baja densidad LDL 90.3.8.16, colesterol total 90.3.8.18 triglicéridos 90.3.8.73). Verificar en la Historia Clínica.
Se registra solicitud y resultado de Creatinina (creatinina en suero, orina u otros

90.3.8.25). Verificar en la Historia Clínica.
Se registra solicitud y resultado de Uro análisis con sedimento y densidad urinaria (90.7.1.05) Verificar en la Historia Clínica.
<b>FLUJO DE DECISIONES</b>
¿Persona mayor de 45 años sin antecedentes de riesgo, sin síntomas atribuibles a patologías crónicas, con examen físico normal (Persona Sana), recibe información sobre estilos de vida saludable (actividad física, tabaco, alimentación), remisión a grupos de apoyo para educación y da indicaciones para control por medicina general a los 5 años? Verificar en Historia Clínica
Registra solicitud de examen de citología según esquema. 1.1.3 (Verificar en la historia Clínicas.)
¿Registra solicitud de examen de Mamografía, a mujeres mayores de 50 años? (Verificar en la historia clínica.)
Registra solicitud de tacto rectal (hombres) (Verificar en la historia clínica.)
¿Persona mayor de 45 años con factores de riesgo para enfermedades de referencia, pero sin síntomas atribuibles a las patologías antes mencionadas y con examen físico normal deben recibir educación en estilos de vida saludables y se le establece un plan de intervención, remisión a grupos de apoyo y se da indicaciones para control con médico general a los cinco años? Verificar en Historia clínica
¿Persona mayor de 45 años con o sin factores de riesgo, con signos, síntomas o secuelas atribuibles a las enfermedades de interés, con cualquier otro cuadro patológico, o con resultados de laboratorio anormales, es remitida para diagnóstico definitivo y tratamiento? Verificar en Historia clínica
Se evidencia en la historia clínica educación sobre la remisión a psicología de los pacientes fumadores y se aplica la estrategia de las 5A en la prevención del consumo de tabaco., alcohol , manejo del estrés (Verificar en la historia clínica )
Cuenta con el indicador de % de pacientes con DM inscritos al programa captados por tamizaje de riesgo: $\frac{\text{Número de pacientes con DM, inscritos al programa captados por tamizaje}}{\text{total de personas mayores de 35 años}} \times 100$
Cuenta con información del % de Compensación de DM en los pacientes inscritos al programa de atención en ECNT : $\frac{\text{Número de personas con DM inscritas al programa con Hb glicosilada ( HbA1C ) < de 7 en el periodo}}{\text{total de personas con DM inscritas en el programa}} \times 100$
Se cuenta con información del % de pacientes remitidos a especialidad de Medicina Interna, por criterios establecidos en el modelo de atención integral: RCV alto, Muy

Alto, lesión de órgano blanco e IRC $x / \text{Total de personas con criterios de remisión según la guía de atención y anexo 4003 /08.} \times 100$
Se dispone de número, % de casos con alteración de órgano blanco, (identificar número de pacientes, tipo de alteración y seguimiento.)
Dispone de relación de Diabéticos con tratamiento farmacológico (verificar número de usuarios y % )
Dispone de relación de Diabéticos con tratamiento no farmacológico (verificar número de usuarios y % )
¿Se tiene establecido un cronograma de acciones educativas, dirigidas a usuarios del programa de ECNT relacionadas en el automanejo en diabetes, donde permita participar en la educación o tratamiento para alcanzar objetivos terapéuticos, preparar a las personas para manejar día a día su propia condición de salud, talleres grupales en el manejo de la insulina y la auto monitoria de la glucómetro capilar, autocuidado de los pies, practicar un comportamiento específico en la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación y prevención del consumo de tabaco a través de la práctica regular de la actividad física, tener las habilidades para reducir el impacto física y emocional con o sin la colaboración del equipo de salud?
<b>VERIFICAR HISTORIA CLINICA (por muestreo).</b>
<b>ANAMNESIS</b>
El registro de la anamnesis del paciente es completo: indaga sobre acompañante, parentesco, número telefónico, ocupación, motivo de consulta: Indagar sobre síntomas relacionados con el diagnóstico (polidipsia, poliuria, polifagia, etc.)? (Evidenciar en la historia )
Registra antecedentes familiares HTA, diabetes, dislipidemia, enfermedades cardiovasculares precoces (¿hombres antes de los 55 años y mujeres antes de los 65 años? (Evidenciar en historia )
Registra antecedentes personales patológicos crónicos: Diabetes , hipertensión , dislipidemias , enfermedades cerebrovasculares , enfermedad renal? (Evidenciar en la historia )
Historia personal de Diabetes, tiempo de duración, tratamientos recibidos y adherencia. ( Evidenciar la historia clínica )
Se registra otras medicaciones que pueden alterar los niveles de glucemia (glucocorticoides, tiazida), método de planificación familiar .Ver historia clínica.
Registra factores de riesgo no modificables, : raza, edad, herencia ( verificar en la

historia clínica)
Registra factores de riesgo modificables, : comportamentales :: sedentarismo, tabaco, alimentación, psicológicos( verificar en la historia clínica)
Registra factores de riesgo no modificables, : raza, edad, herencia ( verificar en la historia clínica)
Registra factores de riesgo modificables, : comportamentales :: sedentarismo, tabaco, alimentación, psicológicos( verificar en la historia clínica)
Indaga y Registra el consumo de cigarrillo /tabaco, exposición al humo de leña o carbón ? (Evidenciar en la historia )
Indaga y Registra el consumo de otras Sustancias Psicoactivas ?(Evidenciar en la historia )
Indaga y Registra ,Hábitos Alimentarios ?(Evidenciar en la historia )
Indaga y Registra, Actividad Física ?Evidenciar en la historia clínica.
Indaga y Registra, Manejo del Estrés ? (Evidenciar en la historia clínica.
Indaga y Registra, Violencia Intrafamiliar ? Evidenciar en la historia clínica.
Registra factores de riesgo modificables, : metabólicas : obesidad , diabetes, dislipidemias ( verificar en la historia clínica)
Se diligencia y anexa a la historia clínica el formato de tamizaje de factores de riesgo cardiovascular y se canaliza al programa según resultado (Ver historia clínica)
<b>EXAMEN FISICO</b>
Registra examen físico , signos vitales: FC , FR, TA: acostado, de pies , sentado con la técnica estandarizada según guía Nacional para la atención de HTA (Evidenciar en la historia )
En el examen físico e registra evaluación nutricional (Peso, talla , IMC y relación cintura cadera =RCC) .Evidenciar en la historia Clínica
Registra examen de órganos de los sentido incluida la agudeza visual y fondo de ojo (Oftalmólogo), valoración cavidad bucal ( odontólogo s/ n )Evidenciar en la historia
Registra examen del cuello para la identificación de ingurgitación yugular o soplos carotideos?(Evidenciar en la historia )
Registra examen auscultación Cardiopulmonar (centrado a la identificación de arritmias, soplos, galopes o impulso apical.) Y Examen Físico de Seno en mujeres ?

(Evidenciar en la Historia Clínica )
¿Registra examen físico de Seno en mujeres? (Evidenciar en la Historia clínica )
Registra Palpación Abdominal? (verificar en la historia clínica)
¿Registra tacto rectal en Hombres? (verificar en la historia clínica)
¿Registra valoración del sistema músculo-esquelético? (verificar en la historia clínica)
Registra valoración / examen de extremidades buscando pulsos periféricos : arterias femorales, poplíteas, tibiales posteriores y pedias de ambas extremidades? (verificar en la historia clínica)
Se registra exploración de pies (inspección de uñas, espacios interdigitales, callos, deformidades, palpación .Se debe explorar la sensibilidad superficial con monofilamento 10 g y la sensibilidad vibratoria con diapasón 256 Hz. Verificar en la Historia Clínica
Se registra exploración de la piel: xerosis y sitios de aplicación de insulina. Verificar historia Clínica.
Registra examen neurológico completo., con exploración de la sensibilidad, tono muscular y reflejos tendinosos. (verificar en la historia clínica)
Se registra búsqueda de signos de DM secundaria (hemocromatosis, enfermedad pancreática. Verificar en la historia Clínica.
<b>EXAMENES DE LABORATORIO</b>
Realiza exámenes de laboratorio así : hemograma (inicial y bianual) ,glicemia basal , hemoglobina glicosilada ( inicial y trimestral), perfil lipídico, parcial de orina completo, creatinina sérica, micro albuminuria y EKG ( inicial y anual)
<b>FLUJO DE DECISIONES</b>
Se clasifica al usuario del programa (a- Sin Complicaciones, b- Con complicaciones).Verificar en la historia Clínica.
¿El paciente DM II SC y CC, se les realiza control médico bimensual o trimestral como máximo? Verificar Historia Clínica.
El paciente DM II SC, se les realiza control anual por especialista Medicina interna / Endocrinología? Verificar Historia Clínica.
¿El paciente DM II SC y CC se les realiza control anual por oftalmólogo para realización de fondo de ojo con dilatación pupilar, medición de la agudeza visual y

medición del tono ocular? Verificar Historia Clínica.
¿El paciente DM II SC y CC, se les realiza control anual por odontólogo? Verificar Historia Clínica.
El paciente DM II SC y CC se les realiza control anual por nutricionista? Verificar Historia Clínica.
¿El paciente DM II SC y CC, se les realiza control anual por psicología? Verificar Historia Clínica.
Paciente con DM II e HTA y Paciente con sospecha de nefropatía diabética, retinopatía diabética avanzada, neuropatía diabética con factores de alto riesgo para pie diabético o pacientes con síntomas de neuropatía autonómica, complicaciones cardiovasculares y síntomas de claudicación intermitente o con ausencia de pulsos arteriales periféricos son manejados por especialista?
El paciente DM II SC, se les realiza control anual por especialista Medicina interna / Endocrinología / ortopedia, vascular periférico? Verificar Historia Clínica.
Se verifica la adherencia al tratamiento. (1) Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos. 2) Es descuidado con la hora en debe tomar la medicación. 3) cuando se encuentra bien deja de tomar la medicación. 4) si le hace mal el medicamento deja de tomar). Verificar en la Historia Clínica.
Se registra consejería sobre: aspectos generales de la enfermedad, relación entre dieta, ejercicio y glicemia, higiene dental, de la piel y de los pies, conocimiento de las características de los medicamentos, su administración y riesgos. Plan de manejo. Verificar en la Historia Clínica
Se registra consejería sobre Dieta y reducción de peso ( obesidad ) , IMC entre 20 y 25 , dieta hipocalórica individualizada, dieta rica en verduras , frutas frescas ( tener en cuenta las restringidas ) , leguminosas ( en pacientes con función renal normal) productos lácteos bajos en grasa , con cantidad reducida de grasa total y saturada , colesterol y azúcares. ¿Perímetro cintura < o = a 90 cm en H y < o = a 80 en M? .Remisión a Nutricionista para plan individualizado .Verificar en la Historia Clínica.
Se registra consejería sobre: actividad física , según recomendación de la OMS , sesiones de 30 a 60 min de actividad física moderada mínimo 150 semanales, actividades como trotar , nadar , caminar , bailar ,ir de compras, subir y bajar gradas , bajar del bus dos cuadras antes etc. Verificar en la Historia Clínica.
Se registra consejería sobre; ¿efectos nocivos del cigarrillo, abstenerse de fumar, permanecer, ambientes libres de la exposición al humo de tabaco? Remisión a Psicología. Verificar en la Historia Clínica.

Se registra consejería sobre: moderación del consumo de alcohol. Remisión a Psicología. (Verificar en la Historia Clínica.)
Se registra consejería sobre: ¿manejo del estrés? . Remisión a Psicología. Verificar en la Historia Clínica.
¿Se registra recomendación sobre la importancia del control periódico y se establece próxima cita según clasificación del riesgo? Verificar en la Historia Clínica
Se ha vinculado a la familia al tratamiento y seguimiento del usuario del programa (verificar registro en historia clínica, visitas domiciliarias)
¿Se recibe contra referencia de los diferentes profesionales a los que se remite al usuario del programa? (Verificar manejo de registro en atención al usuario, soporte en Historia C.)



