SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

REDES DE ATENCIÓN PARA EL PACIENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICAS
Réplica y Expansión

LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN

PROGRAMA DE SALUD
EN EL ADULTO Y EN EL ANCIANO

CENAPRECE
CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

REDES DE ATENCIÓN PARA EL PACIENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Réplica y Expansión

LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN

Octubre del 2015

Directorio

Dra. Mercedes Juan López
Secretaria de Salud

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Jesús Felipe González Roldán
Director General del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE)

Dr. Cuauhtémoc Mancha Moctezuma
Director General Adjunto de Programas Preventivos

Dra. Gabriela Raquel Ortiz Solís
Directora del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano

Dra. Diana Carrasco Alcántara
Subdirectora de Enfermedades Crónico Degenerativas

Dr. Ulises Alfonso Gallegos Ventura
Jefe del Departamento de Diabetes e Hipertensión Arterial

Asesoría y monitoreo por entidad federativa:

Dra. Virginia Molina Cuevas: Baja California Sur, San Luis Potosí, Yucatán.

L.N. Ma. Laura Vega Esquivel NC: Jalisco, Morelos, Querétaro.

Dr. Edgar Mauricio Ramírez Alfaro: Aguascalientes, Distrito Federal, Michoacán, Puebla, Tlaxcala.

L.N. Beatriz Elizabeth Larrañaga Goycochea: Baja California, Chiapas, Nayarit, Nuevo León.

Dr. Henry Pérez Reyes: Campeche, Oaxaca, Quintana Roo, Tamaulipas, Veracruz.

Lic. Rosa Rodríguez Zubiate: Durango, Chihuahua, Hidalgo, Sonora.

Mtra. Martha A. Cavazos Milanés: Coahuila, Colima, Sinaloa, Zacatecas.

Dr. Elías Velasco Limón: Estado de México, Guerrero, Guanajuato, Tabasco.

Índice

Introducción 5
Objetivo 5
Implementación de Redes (Réplica y Expansión) 6
Réplica 6
Expansión 6
Coordinación 7
Operación 7
Plazos de cumplimiento 7
Componentes de la Red 8
Detección Integrada de Factores de Riesgo 9
Proceso 9
Expansión 9
Réplica ..... ¡Error! Marcador no definido.
Ingresos a tratamiento 10
Proceso 10
Calidad de la Atención 11
Proceso 11
Actualización a los profesionales de la salud 12
Capacitación 12
Procedimiento 12
Infraestructura Informática 13
Abasto de medicamentos y estudios de laboratorio 13
Proceso 13
Estudio de laboratorio 13
Equipo Médico 14
Vinculación con otros niveles de mayor complejidad 14
Unidad de Especialidad en Enfermedades Crónicas (UNEME EC) 15
Criterios de referencia a las UNEMEs EC 15
Responsabilidad de la Unidad de Especialidad en Enfermedades Crónicas (UNEME EC) hacia el 1º nivel de atención 15
Procesos 16
Gestoría de casos 16
Actividades a desempeñar 16
Hospital 17
Procesos 17
Seguimiento y Evaluación 18
Actividades del Responsable Jurisdiccional del Programa de Salud del Adulto y del Anciano en las Redes 20
Actividades del Responsable Estatal del Programa de Salud del Adulto y del Anciano en las Redes 20
ANEXOS 21
Anexo 1. Cuestionario de Factores de Riesgo (HOJA FRONTAL) 22
Anexo 1. Cuestionario de Factores de Riesgo 23
Anexo 2. MEDICAMENTOS 24

Anexo 3. INSUMOS 25

Introducción

El abordaje del paciente con enfermedad crónica, requiere que la visión de los servicios de salud se reoriente a nuevos modelos de organización que den respuesta a los problemas generados por la fragmentación, a modelos de atención centrados en las personas, que pongan énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad con estrategias que favorezcan la equidad.

Bajo esta premisa, la prestación de servicios de salud para el paciente crónico, debe ser más accesibles, equitativa, eficiente, eficaz, de mejor calidad técnica, continua, integral e integrada.

Desde un ámbito operativo, resulta complejo realizar cambios que marquen la pauta para la reorientación del modelo, sin embargo y dada la necesidad inherente que requiere la atención del enfermo crónico, se plantea incrementar la cobertura de las Redes de Atención, que permita reorganizar y fortalecer las actividades que cotidianamente ofertan los servicios de salud, estrechando la comunicación y organización al interior de las unidades y entre las instancias que ofrecen servicios a los pacientes crónicos: Unidad de Primer nivel-UNEMEs EC – Unidad Hospitalaria así como de promover y facilitar el tránsito del paciente según su necesidad clínica, aumentando la calidad de atención a esta población.

Objetivo

Unificar criterios de abordaje para ampliar las redes, que mejoren las acciones desde la prevención y detección oportuna de estas patologías hasta la prevención de complicaciones, contribuyendo a la eficacia y eficiencia en el proceso de atención y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Implementación de Redes (Réplica y Expansión)

Para la ampliación de las Redes tanto para la Réplica como la Expansión, cada entidad federativa, deberá comprometerse a cumplir con los siguientes requerimientos en las unidades seleccionadas.

Réplica

Existen dos opciones:

- Trabajar sobre una red nueva (compuesta por una UNEMEs EC y al menos cuatro centros de salud que refieran de manera sistemática pacientes a la UNEME EC) o bien,
- Ampliar la Red de Excelencia que está en función, incluyendo al menos otros cuatro centros de salud.

Expansión

- Es necesario incluir dos nuevas jurisdicciones con una UNEMEs EC y al menos cuatro centros de salud por cada una de las jurisdicciones sanitarias.

Tanto para réplica como para expansión, es necesario contar con un Grupo de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas (GAM EC) activos o en proceso de acreditación.

Si alguna **jurisdicción sanitaria** seleccionada, para la réplica o para la expansión **no cuenta con UNEME EC**, deberá tener, cualquiera de las siguientes opciones:

- Un equipo multidisciplinario (médico especialista, enfermera (o) y nutrióloga (o)) que podrá estar de manera permanente en la unidad de salud.
- Equipo itinerante (médico especialista, enfermera (o) y nutrióloga (o)), el cual no estará de manera permanente en la unidad, pero que deberá visitar a cada centros de salud de la red, mínimo 1 vez al mes.
- Hospital. Deberá contar con equipo interdisciplinario.

Para cualquiera de las tres opciones anteriores, tendrá como finalidad la atención multidisciplinaria a los pacientes reactivos al tratamiento, así como realizar sesiones de revisión de casos clínicos con el personal de primer nivel de atención (1 sesión mensual con cada unidad).

*Tanto para réplica como para expansión, es necesario contar con un Grupo de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas (GAM EC) activos o en proceso de alguna etapa de acreditación.

Coordinación

- Reunión coordinada por Directores de Servicios y Responsables Estatales, con la participación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS), Atención médica, Enseñanza, y jurisdicciones sanitarias para dar a conocer los lineamientos de operación.

Operación

1. Diagnóstico de unidades: Llenado de la cédula de estructura en línea, por parte del centro de salud participante.
    a. Fase1 : Registro de Unidades (23 al 30 de Octubre)
    b. Fase 2: Registro de Cédula de Estructura en Noviembre (1 al 15 de Noviembre)
2. Análisis por el nivel estatal y jurisdiccional de las cédulas para la detección de áreas de oportunidad.
3. Envío a la federación de oficio firmado por el Secretario de Salud de la entidad, que incluya los compromisos adquiridos con plazo de cumplimiento para solventar la problemática, el cual deberá enviarse con fecha máxima a finales de Noviembre (replica y expansión).

Plazos de cumplimiento

- En el caso de la ***Réplica,*** ya sea en modalidad nueva o ampliación de red, deberá estar funcionando para finales del mes de noviembre del 2015.

- Para la ***Expansión,*** la primera jurisdicción deberá estar funcionando para la última semana del mes de noviembre 2015. La segunda jurisdicción seleccionada deberá estar funcionando para la última semana del mes de marzo 2016.

Componentes de la Red

Los componentes que integran las Redes, están focalizados a los procesos, los cuales se sustentan en la normatividad y lineamientos vigentes que sistemáticamente se aplican en la población sana y de enfermos crónicos, y a los insumos necesarios para llevarlos a cabo.

Componentes dirigidos a:

- **Población mayor de 20 años:**

1. Detección Integrada de Factores de Riesgo

- **Pacientes:**

2. Ingresos a tratamiento
3. Calidad de la Atención

- **Profesionales de la salud:**

1. Capacitación

- **Fortalecimiento de Infraestructura Informática y Equipamiento Médico:**

1. Infraestructura informática y acceso a internet
2. Equipo médico

- **Fortalecimiento en Abasto de medicamentos y estudios de laboratorio:**

1. Abasto de medicamentos esenciales
2. Estudios de laboratorio

- **Coordinación con otros niveles de mayor complejidad:**

1. Responsabilidad de la UNEME EC en la red
2. Coordinación con Hospital

- ***Evaluación y seguimiento:***

1. Seguimiento y Evaluación a través de Indicadores
2. Actividades del Responsable Jurisdiccional del Programa de Salud del Adulto y del Anciano
3. Actividades del Responsable Estatal del Programa de Salud del Adulto y del Anciano

Detección Integrada de Factores de Riesgo

La detección integrada de factores de riesgo, tienen la finalidad de estratificar por riesgo a la población de responsabilidad, haciendo énfasis en la búsqueda de casos probables de personas con patología crónica (énfasis en DM, HTA, Obesidad y dislipidemia) y personas en riesgo.
Estas detecciones se realizaran a población de 20 años y más, afiliadas a seguro popular o sin derechohabiencia, que **no tengan diagnóstico confirmado** de enfermedad crónica como diabetes, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemia.
Se hará énfasis en realizar detección a familiares de pacientes con ECNT.

Proceso

Expansión y replica

- Aplicación del cuestionario de factores de riesgo de enfermedad crónica del Modelo de Intervención Integral (MIDO) que contiene las preguntas que ubicamos en nuestro cuestionario de factores de riesgo (Ver Anexo I), a las personas que cumplan con los criterios antes señalados. Las personas con resultado negativo al cuestionario de factores de riesgo, recibirán consejería sobre alimentación correcta y actividad física. Se deberá de dar la indicación de volver a realizar la **detección cada tres años.**
- Si el cuestionario es positivo para Diabetes (10 puntos o más) deberá asegurar realizar una glucemia capilar (Solo de esta manera podrá contabilizarse en SIS como detección).
- Se deberá realizar la siguiente pregunta, independientemente de la puntuación obtenida: ¿Presenta mucha sed, orina mucho o tiene mucha hambre? (incluidas en el cuestionario), si la respuesta es "SI", realizar glucosa capilar y si **resulta positiva, es necesario realizar la confirmación diagnóstica** en la misma unidad.
- Por unidad de salud deberá llevar una lista nominal de los pacientes con glucemia positiva, para darle seguimiento personalizado, a así asegurar la confirmación o descarte del caso.
- Las personas con resultado negativo a glucemia capilar, se brindara consejería sobre alimentación correcta, actividad física y factores de riesgo para el desarrollo de ECNT. Se deberá de dar la indicación de volver a realizar la **detección cada año.**
- Todas las detecciones negativas y positivas quedaran registradas en el SIS de manera mensual.

- Esta actividad corre a cargo del personal asignado de cada centro de salud, desde el abordaje de la persona hasta la canalización al laboratorio, para la confirmación del diagnóstico en detecciones positivas.
- Respecto a las detecciones sobre obesidad e hipertensión arterial se deberá dar seguimiento conforme a los lineamientos del cuestionario de factores de riesgo.

Ingresos a tratamiento

El tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas permite la prevención o postergación de complicaciones, aumentando la calidad de vida de estos pacientes.

Proceso

Una vez que se canalice a la persona con detección positiva al laboratorio para su confirmación del diagnóstico se deberá realizar lo siguiente:

- Se realizara la confirmación del diagnóstico en el primer nivel de atención clasificando a las personas de acuerdo a la NOM-015, NOM-030, NOM-037 y la NOM-008, según corresponda.
- Personas con **confirmación positiva** a alguna patología crónica se ingresa a tratamiento en el primer nivel de atención. Se debe notificar en los sistemas convencionales SUIVE y SIS. Se abrirá la tarjeta de control, así como se incorporara al Sistema de Información en Crónicas (SIC).
- La puerta de ingreso al sistema de salud de los pacientes con confirmación diagnóstica es el primer nivel de atención y posterior a su evaluación clínica se clasifica en:

a) Pacientes sin comorbilidades o con bajo RCV se continúa la atención en el centro de salud y se orienta para su ingreso a los Grupos de Ayuda Mutua de EC.
b) Pacientes con comorbilidades o con RCV elevado referir a la UNEME EC a continuar con su atención.

- Las personas a las cuales se descarta el diagnóstico se le dará consejería sobre el riesgo de desarrollar ECNT, si presenta rangos para considerarse prediabetes, prehipertensión, sobrepeso, se le sugerirá inscribirse a los Grupos Preventivos de UNEMEs EC, donde se realizara monitoreo a los integrantes de estos grupos cada seis meses. Si por alguna razón, no pueden incorporarse a Grupos Preventivos, deberá otorgársele consejería de como postergar o limitar la aparición de la enfermedad y citarlo a monitoreo con la misma periodicidad.

Calidad de la Atención

En el contexto de los países en vías de desarrollo como México, con frecuencia se argumenta la imposibilidad de otorgar servicios de calidad por la carencia de recursos. En efecto, esta carencia puede afectar la calidad, sin embargo, no puede atribuírsele la totalidad a este componente. (Donabedian, 1988)

Proceso

Bajo los argumentos anteriores, y partiendo de que para lograr una mayor eficacia e integralidad en la atención del enfermo crónico debemos garantizar que a todo paciente se aplique las siguientes recomendaciones:

A ***todos los pacientes con Enfermedad Crónica, se debe realizar***:

1. Historia clínica completa.
2. En cada consulta la medición de peso, cálculo de IMC y circunferencia de cintura.
3. En cada consulta la medición de presión arterial.
4. En cada consulta revisión de pies por el personal de salud.
5. Capacitar y realizar la recomendación al paciente de revisión diaria de pies.
6. Realizar recomendación nutricional.
7. Realizar recomendación de Actividad Física.
8. Recomendación de disminución o cese en el consumo de tabaco y alcohol.
9. Perfil de Lípidos completo, al menos una vez al año.
10. EGO al menos una vez al año.
11. Microlbuminuria una vez al año.
12. Si la microalbuminuria resultara positiva realizar Creatinina sérica y calcular Tasa de Filtrado Glomerular (TFG). Si se tienen problema para estimarla, ponerse en contacto con la UNEME EC.
13. Revisión de fondo de ojo al momento del diagnóstico, si se tienen problema para este proceso, ponerse en contacto con la UNEME EC.
14. Referencia al Oftalmólogo una vez al año.
15. Referencia al Odontólogo una vez al año, o con mayor frecuencia si es necesario.
16. Aplicación y registro de vacunas de Influenza cada año en temporada invernal; y Neumococo al inicio, si no ha sido aplicada y posteriormente a los cinco años.
17. Detección oportuna de enfermedades concomitantes.
18. Integrarlo a un Grupo de Ayuda Mutua.
19. Si es paciente reactivo a tratamiento, referirlo a la UNEMEs EC.

Además para los pacientes con ***Diabetes Mellitus*** se deberá hacer:

1. Exploración de pies (pulsos, sensibilidad y reflejos) por personal médico, al inicio y posteriormente cada seis meses.
2. En cada consulta monitoreo de su glucemia capilar.
3. Glucemias plasmáticas al menos cada tres meses.
4. HbA1c al menos dos al año.

El responsable jurisdiccional del programa deberá monitorear a través de la revisión de expedientes clínicos que las acciones antes mencionadas se lleven a cabo y queden plasmadas en el mismo.

Actualización a los profesionales de la salud

Capacitación

La capacitación continua de los profesionales de la salud que prestan la atención a los pacientes con ECNT, son eje fundamental que contribuyen a ofertar una atención eficaz, mejorando el desempeño laboral, además, con la rotación del personal de 1o nivel a la UNEME EC se fortalece la aplicación práctica del conocimiento, promoviendo una visión integral del aprendizaje al conjuntar conocimientos, habilidades y actitudes para el abordaje integral de enfermedades crónicas.

Procedimiento

1. Nombramiento de un responsable académico a nivel jurisdiccional, que dará puntual seguimiento a los profesionales de la salud participantes en la capacitación.
2. Envío del listado nominal del personal que preste atención en ECNT de los centros de salud participantes, al responsable académico.
3. Inscripción a los diplomados virtuales en enfermedades crónicas del personal incluidos en el listado (PAEC, otros diplomados ofertados por diferentes instituciones académicas previo conocimiento de CENAPRECE).
4. La meta a cumplir es que el 90% del personal que preste atención esté capacitado.

Infraestructura Informática

1. Garantizar que al menos se cuente con tres computadoras funcionales, dos para la captura de SIC y otra en el área de farmacia para Abastonet, las cuales deberán tener acceso a internet.

Abasto de medicamentos y estudios de laboratorio

Los estudios de laboratorio y medicamentos constituyen un insumo fundamental y pilares esenciales en el tratamiento de los pacientes con ECNT.

Para garantizar el abastecimiento continuo de medicamentos, es primordial un compromiso de coordinación y gestión, entre las diferentes instancias que conforman la red de provisión y suministro.

Proceso

1. Garantizar los medicamentos básicos necesarios para la atención del enfermo crónico. (Anexo 2)
2. Implementar la herramienta de abastonet de medicamentos en las unidades de salud participantes (www.soporteabastonet.com)
3. Uso de la herramienta de abastonet, notificando diariamente la falta de abasto (cajas no entregadas) y el no. de pacientes afectados y de manera mensual de consumo e inventario.
4. Búsqueda de los mecanismos necesarios para solventar cualquier desabasto que se esté reportando por el sistema.

Estudio de laboratorio

1. Garantizar el acceso real a los estudios de laboratorios mínimos requeridos (Anexo 3):

- Tiras Glucemia capilar para detección y monitoreo
- Glucosa sérica
- Hemoglobina glucosilada
- Tiras Micro albuminuria
- Perfil de lípidos (colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos)
- Creatinina sérica (en los pacientes que por lineamiento lo requieran).

Equipo Médico

1. Garantizar que todos los consultorios participantes de la red cuenten con el siguiente equipo funcional y en buenas condiciones:

- Baumanómetros
- Estetoscopios
- Estuche diagnóstico
- Básculas con estadímetro (Puede estar una por cada dos consultorios)
- Glucométros
- Cintas métricas de fibra de vidrio
- Monofilamentos
- Refrigerador (1 por unidad), para insulinas y reactivos.

Vinculación con otros niveles de mayor complejidad

La etapa evolutiva de la enfermedad y la presencia de complicaciones agudas o crónicas, modifica la complejidad de las prestaciones requeridas por los pacientes, la atención centrada en el paciente, permite detectar oportunamente aquellas situaciones que superan los límites de responsabilidad asistencial del primer nivel de atención.

La relación con los niveles de mayor complejidad debe ser pensando en las necesidades clínicas del paciente, debe fomentarse la comunicación, la coordinación, la fluidez del tránsito del paciente, utilizando el formato de referencia y contra referencia, confirmando telefónicamente su llegada a otro nivel para garantizar la continuidad de la atención.

Unidad de Especialidad en Enfermedades Crónicas (UNEME EC)

Criterios de referencia a las UNEMEs EC

- Se recibirán para atención por el equipo interdisciplinario durante 6 a 12 meses los pacientes que cuenten con **afiliación vigente al Seguro Popular.**
- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión arterial sistémica, dislipidemia, obesidad y síndrome metabólico que **no han alcanzado metas de control en la atención de primer nivel.**
- Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, Dislipidemias o Síndrome Metabólico **de reciente diagnóstico con riesgo cardiometabólico,** que sean canalizadas por los centros de primer nivel de atención.
- Pacientes con insuficiencia renal crónica, EPOC, enfermedad cardiaca crónica que requieran **continuidad de su atención previa a su ingreso a segundo nivel**. A juicio del médico tratante el ingreso a la unidad en presencia de otro tipo complicaciones crónicas.
- **No** se recibirán pacientes **con complicaciones agudas.**

Responsabilidad de la Unidad de Especialidad en Enfermedades Crónicas (UNEME EC) hacia el 1º nivel de atención

1. Dar la **asesoría en atención clínica a los médicos tratantes en el 1o nivel** de atención.
2. **Impulsar la Red de Atención** en Enfermedades Crónicas. (UNEME EC, y Centros de Salud).
3. Coordinar el **"Taller de revisión de casos para toma de decisiones clínicas"**, por unidad de salud participante, con el objetivo de asesorar en el ajuste de tratamiento o bien referencia a la UNEMEs EC a los pacientes reactivos al mismo.
4. **Monitorear** que las acciones de **atención sean apegadas a las guías de práctica clínica y Normas Oficiales Mexicanas.**
5. Otorgar la **capacitación de ECNT** según las necesidades en el personal de salud del primer nivel de atención.
6. **Capacitación en servicio** (Rotación en la UNEMEs EC) al personal de 1º nivel que concluyo con su ciclo de capacitaciones.
7. Otorgar **capacitación al personal no médico** en temas relevantes: como Exploración de pie, y adherencia terapéutica.
8. Selección de personal de UNEMEs EC que funjan como **"Gestor de caso".**

Procesos

Desarrollo de competencias clínicas del personal en el 1o nivel de Atención:

Personal Médico:

1. Exploración de fondo de ojo, vascular y neurológica.
2. Identificación temprana de complicaciones.
3. Identificación intencionada de comorbilidades y abordaje terapéutico de las mismas.
4. Planes de insulinización temprana.
5. Monitoreo de la evolución de su padecimiento, control y/o desapego al tratamiento.

Personal de Enfermería:

1. Exploración podológica.
2. Interpretación de resultados de parámetros básicos.
3. Conservación y aplicación de insulinas.

Gestoría de casos

Esta actividad tiene como objetivo dar seguimiento a las detecciones realizadas que garanticen que ningún paciente que así lo requiera, quede sin confirmación diagnóstica e ingreso a tratamiento oportuno.

Dicha actividad, será asignada al personal jurisdiccional que tendrá que acudir una vez al mes a los centros de salud incluidos en la Red tanto de **Réplica** como en **Expansión.**

El gestor de casos, tendrán que realizar un reporte mensual sobre las actividades, mismo que deberá enviar al Responsable estatal para el seguimiento.

Actividades a desempeñar

1. Realizar seguimiento a las detecciones positivas de los Centros de Salud participantes.
2. Garantizar la confirmación diagnóstica.
3. Fomentar que los pacientes en riesgo (Prediabetes, prehipertensión, sobrepeso), se incorporen a los Grupos Preventivos de la UNEMEs EC o bien, se les brinde consejería sobre medidas de prevención o postergación de la enfermedad.
4. Garantizar el ingreso a tratamiento de casos confirmados.
   Efectuar y supervisar el envío de pacientes no controlados y de alto riesgo a la UNEME EC, garantizando el formato de referencia del Centro de Salud a la UNEME EC.

Hospital

Las acciones del **Segundo y Tercer Nivel complementarán** en su área de **acción, el tratamiento complejo que requieren algunos de los pacientes crónicos que cursan con ciertos trastornos metabólicos y complicaciones.** Además se deberá establecerse una coordinación planificada y real para que al paciente crónico se le otorgue interconsulta con especialistas, para realizar detección oportuna de complicaciones.

Procesos

1. **Crear un directorio con el Hospital más cercano**, identificando claramente la dirección, teléfono de los servicios que pueden prestar atención al enfermo crónico como es Medicina Interna, cardiología, nefrología, oftalmología urgencias etc.
2. **Establecer coordinación con el Hospital,** a fin de establecer acuerdos que garanticen una buena referencia y contrareferencia de pacientes, y agilizar la recepción de paciente a este nivel de atención.
3. En la medida de lo posible, **coordinarse con el servicio de enseñanza hospitalaria para que se priorice la capacitación** de pre y postgrado y educación permanente entorno a las enfermedades crónicas.

Seguimiento y Evaluación

El seguimiento y la evaluación de las acciones dentro de un programa son los dos componentes básicos, que cierran el ciclo de todo proceso de planeación y contribuyen de una manera notable a que las estrategias alcancen los objetivos propuestos; a la vez que permiten reorientarlos cuando las circunstancias así lo requieren; así como contrastar lo hecho con lo que se planeó y programó, lo que obliga a que la ejecución y evaluación sean dos procesos que se llevan a cabo de manera paralela y complementaria.

La fuente de información para el seguimiento y evaluación será el Sistema de Información en Crónicas (SIC), por lo que resulta necesario monitorear la captura correcta y sistemática de la información. La evaluación se realizará de manera trimestral por unidad de salud.
Los responsables de dar seguimiento y evaluación serán los responsables del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano a nivel Jurisdiccional y Estatal.
Los indicadores de evaluación serán los indicadores utilizados para la evaluación de caminando a la Excelencia de SIC y son los siguientes:

1. **Personas atendidas con ECNT en las Unidades de 1er Nivel de atención.**

   Expresa: El promedio de personas con alguna ECNT (Diabetes, hipertensión, obesidad o dislipidemia) que se atienden en las Unidades de 1er Nivel de atención en la Entidad Federativa.
   Meta 2015: >150 personas con ECNT.

2. **Cobertura de HbA1c**
   Expresa: El porcentaje de pacientes con diabetes mellitus en tratamiento a los que se le realizó al menos una HbA1c anual.
   Meta 2015: 9.9%

3. **Homogeneidad en la meta de Cobertura de HbA1c entre las Jurisdicciones Sanitarias**
   Expresa: El porcentaje de Jurisdicciones que alcanzaron la meta programada de cobertura de HbA1c anual en pacientes con diabetes mellitus en tratamiento.
   Meta 2015: 60%

4. **Medición de Presión Arterial y Peso en las Consultas otorgadas.**
   Expresa: El porcentaje de medición arterial y peso que se realiza en las consultas otorgadas en los centros de salud, según corresponda a si el paciente es hipertenso o presenta obesidad.
   Meta 2015: 100%

5. **Ingresos a tratamiento de ECNT.**
   Expresa: El incremento que ha habido de ingresos a tratamientos con respecto al año previo.
   Este indicador no tiene Fuente para 2015, por lo que su evaluación será a partir del 2016.

Componentes y Metas
1.- Ingresos a tratamiento Diabetes **Meta = 25%.**
2.- Ingresos a tratamiento Hipertensión **Meta = 32.5%**
3.- Ingresos a tratamiento de Dislipidemia **Meta = 32%**
4.- Ingresos a tratamientos de Obesidad **Meta = 32.5%**

6. **En Control de ECNT.**
   Expresa: El porcentaje de control de Enfermedades Crónico No Trasmisibles (Diabetes, Hipertensión, Dislipidemia y Obesidad).

Componentes y metas
Control de Diabetes con HbA1c **Meta 2015: 9.9%**
Control de Hipertensión **Meta 2015: 48%**
Control de Dislipidemia **Meta 2015: 37%**
Control de Obesidad **Meta 2015: 27%**

7. **Revisión de Pies.**
   Expresa: El porcentaje de número de intervenciones de revisión de pies entre el número de pacientes con DM.
   Meta 2015: 80%

8. **Referencia a UNEMEs EC.**
   Expresa: El porcentaje de referencia a las UNEMEs EC de pacientes que no alcanzan el control metabólico de DM, Hipertensión arterial, obesidad o dislipidemia en el centro de salud.
   Este indicador no tiene Fuente para 2015, por lo que su evaluación será a partir del 2016.
   Meta 2016: 30%

Actividades del Responsable Jurisdiccional del Programa de Salud del Adulto y del Anciano en las Redes

1. Asegurar y vigilar el abasto de los insumos y medicamentos necesarios, oportunos y suficientes.
2. Realizar seguimiento a:

- Detecciones
- Captura de SIC
- Capacitaciones
- Actividades de la UNEME EC hacia el primer nivel de atención, del equipo itinerante u Hospital, ya sea el caso. Llevar a cabo las actividades de "Gestor de Casos"

Actividades del Responsable Estatal del Programa de Salud del Adulto y del Anciano en las Redes

1. Vigilar que las acciones anteriores se lleven a cabo puntualmente en los centros de salud participante de su jurisdicción sanitaria.
2. Asegurar el cumplimiento de metas.
3. Dar seguimiento puntual a indicadores del Sistema de Información en Crónicas.
4. En coordinación con la jurisdicción sanitaria asegurar y vigilar los insumos y medicamentos necesarios, oportunos y suficientes para llevar a cabo las acciones.
5. Ser el enlace con el Nivel Federal.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de Factores de Riesgo (HOJA FRONTAL)
Anexo 2. Listado de medicamentos esenciales para la atención del paciente crónico
Anexo 3. Listado de insumos requeridos para la atención del paciente crónico
Anexo IV. Flujograma de Atención

Anexo 1. Cuestionario de Factores de Riesgo (HOJA FRONTAL)

SALUD SECRETARÍA DE SALUD | CENAPRECE Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades | ISSSTE | Más vale prevenir | IMSS

CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO

Nombre: **Domicilio:**

Cuenta con Seguridad Social SI ☐ NO ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ OTRO:

AÑO	20__	20__	20__	20__	20__
PESO (kg)					
ESTATURA (mts)					
I.M.C. (kg/m²)					
CINTURA (cm)					

¿Tiene Diabetes y no lo sabe?

Para encontrar si está en riesgo de padecer diabetes, hipertensión u obesidad, marque con una cruz la respuesta que se adapte a usted o a su paciente.

	SI		NO
1. Su IMC se ubica en: Normal=0, Sobrepeso=5, Obeso=10	10	5	0
2. Cintura: Mujer ≥ 80cm Hombre ≥ 90cm		10	0
3. Normalmente hace poco o nada de ejercicio (Solo para menores de 65 años)		5	0
4. Tiene entre 45 a 64 años de edad		5	0
5. Tiene 65 o más años de edad		9	0
6. Alguno de sus hermanos padece o padeció diabetes mellitus		1	0
7. Alguno de sus padres padece o padeció diabetes mellitus		1	0
8. Si es mujer y ha tenido algún bebé con más de 4 kg. de peso al nacer		1	0
MES/AÑO __ /__	__ /__	__ /__	__ /__	__ /__	__ /__
TOTAL					

Si obtuvo menos de 10 puntos de calificación: está en bajo riesgo de tener diabetes. Pero no olvide que en el futuro puede estar en riesgo mayor. Se le recomienda adoptar un estilo de vida saludable y aplicar nuevamente el cuestionario en 3 años.

Si obtuvo 10 o más puntos de calificación: está en alto riesgo de padecer diabetes. Haga la determinación de azúcar en sangre y aún si el resultado fuera negativo, practique estilos de vida saludable y repita la determinación en un año.

¿Presenta mucha sed, orina mucho o tiene mucha hambre?

SI ☐ NO ☐

Si la respuesta es si, realice la determinación de azúcar en sangre, independientemente de la calificación obtenida.

GLUCEMIA

AÑO	20__	20__	20__	20__	20__
AYUNO					
CASUAL					

POSITIVA: Si su prueba de Glucemia Capilar fue mayor o igual a 100 mg/dl en ayunas, o más de 140 mg/dl casual. Tendrá que acudir al médico para que le practique otra prueba en ayunas.

NEGATIVO: Si la prueba de Glucemia es menor de 100 mg/dl.

Riesgo	0		5		10				
Peso	Normal		Sobrepeso		Grados de obesidad				
					I		II		III
IMC*	18.5	24.9	25	29.9	30	34.9	35	39.9	≥40
Estatura	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.	Más de:
1.44	38.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7	82.9
1.46	39.4	53.0	53.3	63.7	63.9	74.4	74.6	85.1	85.3
1.48	40.5	54.5	54.8	65.5	65.7	76.4	76.7	87.4	87.6
1.50	41.6	56.0	56.3	67.3	67.5	78.5	78.8	89.8	90.0
1.52	42.7	57.5	57.8	69.1	69.3	80.6	80.9	92.2	92.4
1.54	43.9	59.1	59.3	70.9	71.1	82.8	83.0	94.6	94.9
1.56	45.0	60.6	60.8	72.8	73.0	84.9	85.2	97.1	97.3
1.58	46.2	62.2	62.4	74.6	74.9	87.1	87.4	99.6	99.9
1.60	47.4	63.7	64.0	76.5	76.8	89.3	89.6	102.1	102.4
1.62	48.6	65.3	65.6	78.5	78.7	91.6	91.9	104.7	105.0
1.64	49.8	67.0	67.2	80.4	80.7	93.9	94.1	107.3	107.6
1.66	51.0	68.6	68.9	82.4	82.7	96.2	96.4	109.9	110.2
1.68	52.2	70.3	70.6	84.4	84.7	98.5	98.8	112.6	112.9
1.70	53.5	72.0	72.3	86.4	86.7	100.9	101.2	115.3	115.6
1.72	54.7	73.7	74.0	88.5	88.8	103.2	103.5	118.0	118.3
1.74	56.0	75.4	75.7	90.5	90.8	105.7	106.0	120.8	121.1
1.76	57.3	77.1	77.4	92.6	92.9	108.1	108.4	123.6	123.9
1.78	58.6	78.9	79.2	94.7	95.1	110.6	110.9	126.4	126.7
1.80	59.9	80.7	81.0	96.9	97.2	113.1	113.4	129.3	129.6
1.82	61.3	82.5	82.8	99.0	99.4	115.6	115.9	132.2	132.5
1.84	62.6	84.3	84.6	101.2	101.6	118.2	118.5	135.1	135.4

*Fuente: World Health Organization. Report of a WHO Consultation Obesity. Preventing and Managing The Global Epidemic.Ginebra, WHO 1997

18.5 - 24.9
- Vigile su peso
- Realice actividad física (30 min. 5 veces por semana)
- Alimentación correcta

25 - 29.9
- Acuda a su médico
- Acuda a Grupos de Ayuda Mutua
- Realice actividad física (30 min. 5 veces por semana)
- Alimentación correcta

≥ 30
Ademas de lo anterior acuda a su médico requiere intervenciones inmediatas

Anexo 1. Cuestionario de Factores de Riesgo

SALUD SECRETARÍA DE SALUD | CENAPRECE | ISSSTE | IMSS

¿TIENE USTED HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y NO LO SABE?

AÑO	20__		20__		20__		20__		20__	
	Detección	Confirmación	Detección	Confirmación	Detección	Confirmación	Detección	Confirmación	Detección	Confirmación
1º Toma	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast
2º Toma	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast
Promedio	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast	Sist / Diast

Detección Población ≥ 20 años

<120 /< 80 (Óptima)	120-129 / 80-84 (Normal)	130-139 / 85-89 (Fronteriza)	140-159 / 90-99 (Etapa 1)	160 -179 /100 -109 (Etapa 2)	>180 / ≥ 110 (Etapa 3)
- Vigilar su peso - Realizar actividad física (30 min. 5 veces por semana) - Alimentación correcta - Detección cada 3 años		- Acudir a Grupos de Ayuda Mutua - Realizar actividad física (30 min. 5 veces por semana) - Dieta correcta - Detección semestral	- Confirmación diagnosticada - Acudir a Grupos de Ayuda Mutua - Dieta correcta - Tratamiento integral		

Recuerde que el modo de vida influye en la salud

Las enfermedades son resultado de estilos de vida inadecuados, como cada factor de riesgo (por ejemplo, el tabaco) puede ser la causa subyacente de diversas enfermedades.

	Dieta Inadecuada	Abuso del alcohol	Tabaco	Falta de ejercicio	Estrés	Contaminación
Enfermedades cardiovasculares						
Cardiopatías	○○	○	○○	○○	○○	○○
Embolias	○○	○○	○	○○	○○	○○
Hipertensión	○○	○○	○	○○	○○	○○
Cáncer						
Colorectal	○○					
Pulmonar			○○			○
Bucal		○	○○			
Gástrico	○					
Cirrosis		○○				
Diabetes	○○	○○		○○	○○	
Osteoporosis	○○	○○	○	○○		

○ =Riesgo ○○ =Alto Riesgo

Si en algún aspecto su estilo de vida no es saludable, acuda a su médico y al Grupo de Ayuda Mutua de su unidad de salud, para hacer los cambios necesarios.

Si no se identificó ningún factor de riesgo repita el cuestionario en 3 años de lo contrario se dará seguimiento en 1 año.

Anexo 2. MEDICAMENTOS

1.Ácido acetil salicílico 300mg,
2. Metformina 850mg,
3. Glibenclamida 5mg,
4. Linagliptina 5mg,
5. Acarbosa 50mg,
6. Insulina rápida,
7. Insulina glargina,
8. Insulina NPH,
9. Insulina lispro protamina,
10. Complejo B,
11. Captopril 25mg,
12. Enalapril 10mg,
13. Nifedipino 30mg,
14. Hidroclorotiazida 25mg,
15. Clortalidona 50mg,
16. Metoprolol 100mg,
17. Propranolol 40mg,
18. Telmisartán 40mg,
19. Losartán 50mg,
20. Irbesartán 150mg,
21. Alopurinol 100mg,
22. Pravastatina 10mg,
23. Atorvastatina 20mg,
24. Bezafibrato 200mg,
25. Verapamil 80mg,
26. Furosemida 40mg.

Anexo 3. INSUMOS

Insumos

- Monofilamento de nylon de 5.7-10 gr. (tipo Semmes-Weinstein).
- Diapasón metálico de 128 Hz.
- Kit de Antropometría: compuesto por báscula, estadímetro, cinta métrica, esfigmomanómetro, estetoscopio, equipo portátil para determinación cuantitativa de perfil de lípidos, glucómetro y mochila económica trasportadora.

Reactivos

- Reactivo para la determinación de glucosa.
- Reactivo para la determinación de hemoglobina glucosilada.
- Reactivo para la determinación de creatinina.
- Reactivo para la determinación de colesterol.
- Reactivo para determinación de Lipoproteínas de alta densidad (HDL colesterol).
- Reactivo para la determinación de triglicéridos.

Tiras reactivas

- Tira reactiva para determinación de glucosa.
- Tira reactiva o prueba rápida para determinación cuantitativa de hemoglobina glucosilada.
- Tira reactiva para determinación cuantitativa de perfil de lípidos (colesterol total, colesterol HDL, creatinina, triglicéridos).
- Tira reactiva o prueba rápida para la determinación de microalbúmina en orina.