



La salud
es de todos

Minsalud

LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA PERSONAS CON RIESGO O PRESENCIA DE ALTERACIONES CARDIO- CEREBRO-VASCULAR-METABOLICAS MANIFIESTAS

■ LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS

Subdirección de Enfermedades No
Transmisibles

Bogotá, 01 Abril 2022



Glosario

DM Diabetes Mellitus

EAPB Entidades Aseguradoras de Planes de beneficios

ECV Enfermedad cardiovascular y metabólica

EPS Entidades Promotoras de Salud

ERC Enfermedad Renal Crónica

HTA Hipertensión Arterial

IPS Institución Prestadora de Salud

KDIGO Kidney Disease: Improving Global Outcomes

MAPA Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial

RAC Relación albuminuria – creatinuria

RIAS Rutas Integrales de Atención en Salud

RPYMS Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud

TSF Tasa de Filtración Glomerular



CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	4
2. Población sujeto	7
3. Objetivos	7
3.1. Objetivo General.....	7
3.2. Objetivos Específicos	7
4. Resultados en salud	8
5. Gestión de la ruta integral de atención para personas con riesgo cardiovascular, metabólico y enfermedades manifiestas.	8
8. MONITOREO Y SEGUIMIENTO	34
8.2. Indicadores	34



1. INTRODUCCIÓN

El desarrollo de enfermedades cardio cerebro vasculares se han convertido en la principal causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial¹, su desarrollo está influenciado por la presencia de factores de riesgo que en su mayoría están relacionadas con los estilos de vida del individuo, tales como: consumo de tabaco, una dieta poco saludable, inactividad física, obesidad (que puede resultar de una combinación de dieta poco saludable, inactividad física y otros factores), presión arterial elevada (hipertensión), lípidos sanguíneos anormales (dislipidemia) y niveles elevados glucosa en sangre (diabetes mellitus), la exposición continua a estos factores conduce a una mayor progresión de la aterosclerosis, lo que resulta en desarrollo de la enfermedad coronaria, el infarto de miocardio, la insuficiencia cardíaca y el accidente cerebrovascular².

Diversos estudios han identificado la atribuibilidad de estos riesgos, en particular se conoce que las personas con actividad física insuficiente tienen entre un 20% a 30% más probabilidad de morir prematuramente por ECV, cáncer y diabetes. Igualmente, el tabaquismo y la exposición al humo de tabaco y sus derivados, son responsables del 10% de todas las muertes ocasionadas por ECV. Con respecto al consumo nocivo de alcohol, se asocia a un mayor riesgo cardiovascular, incluso cualquier grado de consumo de alcohol podría elevar la presión arterial y el índice de masa corporal³. Asimismo, se ha demostrado que el 90% de la prevalencia de diabetes mellitus (DM) tipo 2 es atribuible al exceso de peso⁴ y su desarrollo aumenta entre dos y cuatro veces el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares⁵; de igual manera la HTA también incrementa este riesgo, representando el 25 a 30% de los infartos agudos de miocardio, de igual modo es el factor de riesgo más importante para el accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico, para el desarrollo de insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica⁶. La obesidad aumenta la probabilidad de desarrollar hipertensión y diabetes, y por ende incrementa la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles.

Existen otros factores de riesgo individual que deben ser evaluados en las personas, dado que aumentan el riesgo de enfermar o morir, a saber: la condición socioeconómica, la

1 Arnett et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease.

2 Organización Mundial de la Salud. HEARTS technical package for cardiovascular disease management in primary health care: risk based CVD management, 2020.

3 Sexto Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología y otras Sociedades sobre Prevención de Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica (constituido por representantes de 10 sociedades y expertos invitados). Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol. 2016; 69(10):939.e1-e87. <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893216304146>

4 Ministerio de Salud y Protección Social. Guía práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos, 2016.

5 J.A. Piniés et al. Escalas de cálculo del riesgo cardiovascular para pacientes con diabetes. ¿Qué son y de qué nos sirven?. Av Diabetol. 2015; 31(3) :102-112. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avdiab.2015.02.001>

6 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension Volume 75, Issue 6, June 2020; Pages 1334-1357. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>



condición psicosocial, la edad, el sexo, la etnia, la genética, los antecedentes familiares y la presencia de comorbilidades.

La Organización Panamericana de la Salud para el año 2019 informó que 2.0 millones de personas murieron a causa de las enfermedades cardiovasculares, entre las que más han contribuido a la carga de enfermedad se encuentran la cardiopatía isquémica con 73,6 muertes por 100.000 habitantes, el ataque cerebrovascular con 32.3, otras enfermedades circulatorias con 14,8 y la enfermedad cardíaca hipertensiva con 10.6⁷.

En cuanto a los años de vida ajustados por discapacidad a nivel mundial, se ha estimado que en 2019 dichas enfermedades causaron 40.8 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), de los cuales 36.4 millones fueron por años de vida perdidos por muerte prematura (AVP), 89% del total de AVAD por enfermedades cardiovasculares y 4.5 millones por años vividos con discapacidad (AVD). La cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular son las dos principales causas de mortalidad y discapacidad por enfermedades cardiovasculares⁸.

Con relación a Colombia, el comportamiento de la mortalidad general muestra que, en el año 2019, las enfermedades cardiovasculares representaron la primera causa de mortalidad en el país, a expensas de la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y las enfermedades hipertensivas. Frente a la mortalidad prematura por estas mismas enfermedades, la tendencia observada para el periodo comprendido entre 2005 a 2019, evidenció un moderado descenso de la mortalidad pasando de 114 muertes por 100.000 habitantes a 94 muertes por 100.000 habitantes, respectivamente.⁹ No obstante, el envejecimiento de la población, el aumento de la obesidad, de la diabetes mellitus, de la hipertensión y su necesidad del control, el tabaquismo, el consumo de alcohol, la inactividad física, entre otros riesgos asociados, colocan a la población del país en permanente vulnerabilidad de sufrir por estas enfermedades.

Adicional a la morbilidad y mortalidad que causan estas enfermedades cardio cerebro vasculares, el costo directo e indirecto que deben asumir los países por su atención es elevado¹⁰, cálculos que representan una considerable carga económica para la sociedad siendo necesario implementar y fortalecer la aplicación de medidas preventivas costo eficaces¹¹ para lograr evitar complicaciones y sus desenlaces fatales.

La mayoría de las enfermedades cardio cerebro vasculares se pueden evitar mediante la prevención de sus factores de riesgo para su tratamiento adecuado y oportuno. Sumado a lo anterior, el personal de salud tener la capacidad de reconocerlos y gestionarlos logrando así los resultados en salud deseados¹².

⁷ Organización Panamericana de la Salud. La carga de las enfermedades cardiovasculares en la Región de las Américas, 2000-2019. Portal de Datos de NMH. Organización Panamericana de la Salud; 2021. <https://www.paho.org/es/enfermedades-no-transmisibles-salud-mental/portal-datos-enfermedades-no-transmisibles-salud-0>

⁸ Idem 3

⁹ Estadísticas Vitales DANE, 2019

¹⁰ Johnson NB, Hayes LD, Brown K, et al. CDC National Health Report: leading causes of morbidity and mortality and associated behavioral risk and protective factors—United States, 2005–2013. *MMWR Suppl.* 2014; 63:3–27.

¹¹ Idem 5

¹² Idem 2



Ante esta situación, aún hay consenso mundial a favor de continuar implementando **acciones de política pública** hacia **la prevención de las enfermedades** cardio cerebro vasculares mediante la intervención **principalmente en los grupos de población identificados con riesgo**. De tal forma que, si se aplicarán oportuna y cabalmente las medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la eliminación de los riesgos asociados se podría evitar al menos un 80% de la enfermedad cardíaca y cerebro vascular¹³. Así las cosas, mediante el enfoque de riesgo se pretende reconocer todos los factores de riesgo asociados a la enfermedad cardio cerebro vascular para su gestión oportuna, lo que conduce a una mayor eficiencia en el beneficio en términos de número de eventos evitados.

En el caso de Colombia, a través de la Política Integral de Atención en Salud – (PAIS), su actual modelo de atención y las Rutas Integrales de Atención en Salud como herramienta operativa, se reconocen a los sujetos como centro de la atención integral, establecida en un marco de gestión y atención sectorial fortalecida centrada en el mejoramiento de los resultados en salud y la reducción de la carga de la enfermedad, articulada a la acción intersectorial y comunitaria.

En este marco, la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud (Resolución 3280 de 2018), destinada a toda la población durante el curso de vida, define las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la generación de una cultura del cuidado para todas las personas, familias y comunidades, como parte de la garantía del derecho fundamental a la salud (definido en la Ley Estatutaria de Salud – 1751 de 2015), desde esta Ruta se realiza la detección temprana de la población con riesgo cardiovascular y metabólico, las personas con riesgo deberán ser orientadas hacia la **Ruta Integral de Atención en Salud para personas con riesgo o presencia de Alteraciones cardio-cerebro-vascular metabólicas manifiestas**.

Esta Ruta de riesgo tiene como propósito el orientar a los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y demás entidades responsables implementen las acciones en salud previamente establecidas para identificar e intervenir oportunamente los factores de riesgo, ya sea para evitar la aparición de una o varias condiciones específicas en salud o para realizar el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según la situación de la población en riesgo residente en el territorio.

Ahora, pese a que el artículo 6 (numeral 6.2) de la Resolución 3202 de 2016 establece como condiciones de riesgo a intervenir a la hipertensión, la diabetes mellitus y la obesidad en la Ruta de riesgo, es claro que con la finalidad de lograr los mejores resultado en salud para evitar el desarrollo y los desenlaces fatales por las enfermedades cardio cerebro vasculares, la presente Ruta incluye otros factores de riesgo modificables y otras condiciones específicas asociados y que aumentan el riesgo cardiovascular y metabólico que deben ser controlados, tal es el caso de la prehipertensión, prediabetes, dislipidemia, tabaquismo, consumo nocivo de alcohol y la detección temprana de la enfermedad renal crónica. Tal definición, no limita el abordaje de la progresión de estos riesgos o de otras condiciones, bien sea en esta ruta, en otras rutas o atención requerida.

¹³ Idem 5



1. Población sujeto

La población sujeto de esta RIAS es la población de 18 años y más que habita en el territorio nacional y que ha sido identificada con alguno de los siguientes criterios:

- Riesgo cardiovascular clasificado como moderado, alto, muy alto o extremadamente alto identificado mediante la escala de Framingham validada para Colombia y escalas OMS (Según Resolución 3280 de 2018).
- Riesgo de desarrollar diabetes mellitus 2 clasificado como alto por Findrisk score validado para Colombia (Según Resolución 3280 de 2018).
- Cifras de tensión arterial entre 85/130 – 89/139 mmHg.
- Niveles de glucemia en ayunas entre 100 - 125 mg/dl, glucosa post carga de 140-199 mg/dl o hemoglobina glicosilada entre 5.7 a 6.4%.
- Diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 o dislipidemia independiente de la clasificación de riesgo cardiovascular.
- Personas con sobrepeso, obesidad, tabaquismo o consumo de alcohol con riesgo cardiovascular o metabólico moderado o mayor.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Definir, ordenar e integrar las intervenciones colectivas e individuales y las acciones de la gestión de la salud pública requeridas para intervenir a las personas con riesgo de alteraciones cardio- cerebro-vascular-metabólica para evitar la aparición de los eventos y/o la progresión de la enfermedad y disminuir la mortalidad prematura por estas causas.

2.2. Objetivos Específicos

- Definir las acciones de gestión de la salud pública con énfasis en los procesos de gestión intersectorial y de gestión del riesgo individual y colectivo para favorecer el control de los riesgos cardiovasculares y metabólicos asociados a la morbimortalidad de las ECV.
- Orientar el desarrollo de intervenciones colectivas destinadas a grupos o colectivos de personas que presentan riesgos de ECV o condiciones manifiestas para fortalecer capacidades y prácticas de cuidado.
- Establecer las intervenciones individuales para la efectiva atención de los riesgos asociados a la enfermedad CV para disminuir carga de enfermedad, discapacidad y mortalidad asociada.
- Definir y estandarizar los hitos e indicadores a través de los cuales se realiza el monitoreo, seguimiento y evaluación de los resultados en salud para gestionar las acciones necesarias y así impactar la mortalidad prematura por las ECV y sus riesgos asociados.



3. Resultados en salud

Resultados de impacto

- Disminución de la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares entre la población de 30-69 años.

Resultados intermedios

- Personas con riesgo cardiovascular y metabólico que desarrollan capacidades para el cuidado de su salud.
- Personas identificadas con riesgo comportamental, metabólico, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia o enfermedad renal crónica.
- Personas identificadas con riesgo cardiovascular y metabólico que mejoran sus condiciones de riesgo.

Resultados de calidad

- Personas con diagnóstico de HTA o DM 2 con atención oportuna para la detección temprana de lesión de órgano blanco.

2. Gestión de la ruta integral de atención para personas con riesgo cardiovascular, metabólico y enfermedades manifiestas.

Es necesario que bajo el liderazgo de las Direcciones Territoriales de Salud -DTS y en conjunto con EPS, prestadores de servicios de salud y demás actores locales del sector salud y otros sectores en el marco de sus competencias, se implementen las acciones necesarias para garantizar la entrega efectiva y complementariedad de las intervenciones colectivas e individuales dispuestas en la presente RIAS de manera que se obtengan los resultados esperados en relación con la prevención y control de los riesgos para las ECV.

Lo anterior supone el reconocimiento, apropiación y puesta en operación de lo planteado por las políticas públicas vigentes. Es por ello que la gestión para la operación de esta ruta se ordena a partir de los elementos centrales que incorpora el lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS). Además de dichas responsabilidades generales, se presentan los siguientes aspectos específicos que son una continuidad y complementariedad.

En consecuencia, es responsabilidad de los actores del SGSSS en el marco de sus competencias y funciones, adelantar la gestión para la implementación de la presente RIAS, favoreciendo la calidad y continuidad de la atención integral, incluyendo las siguientes acciones:



4.1. DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD DEPARTAMENTAL Y DISTRITAL Y MUNICIPALES.

- 4.1.1. Generación de información sobre las características, situación y determinantes de la salud de la población con riesgo cardio metabólico que sirva para aportar a la implementación progresiva de esta ruta, las modalidades de prestación requeridas para las intervenciones, las necesidades de adaptación y la orientación para el diseño de los procesos de información y educación.
- 4.1.2. Establecimiento de acuerdos intersectoriales para generar complementariedad entre la oferta de otros sectores con la del sector salud, de acuerdo con las competencias, que permita trabajar integralmente, ganar en efectividad y evitar duplicidad. Así mismo, implica la gestión intersectorial para el desarrollo de las intervenciones individuales y colectivas en los diferentes entornos.
- 4.1.3. Generación de acuerdos entre los actores del SGSSS para la implementación de los procedimientos individuales, familiares, colectivos y poblacionales contemplados en esta RIA incluyendo la adaptabilidad.
- 4.1.4. Seguimiento a la gestión de la disponibilidad, suficiencia y completitud de la red de prestación de servicios y de grupos de apoyo para garantizar la entrega de los procedimientos individuales contemplados en la RIAMP de forma accesible, con calidad y sin fragmentar los servicios teniendo en cuenta las disposiciones normativas vigentes para la población con riesgo en todos los ámbitos territoriales de operación del MIAS.
- 4.1.5. Seguimiento a la gestión la organización de la operación y funcionamiento que asegure la prestación del conjunto de procedimientos contemplados en la presente ruta de riesgo.
- 4.1.6. Seguimiento a la gestión de la demanda inducida para el acceso a los procedimientos individuales contemplados.
- 4.1.7. Generación de acuerdos para complementariedad de la atención por los diferentes planes de beneficios. Así, las intervenciones individuales (valoración integral; detección temprana, diagnóstico, tratamiento y educación para la salud), están cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC (PB- UPC) y las intervenciones colectivas (educación para la salud; información en salud; fortalecimiento de redes sociales y comunitarias; canalización; jornadas de salud y caracterización social y ambiental) están a cargo del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC). Para la ejecución de las intervenciones que se pueden desarrollar con cargo a ambos planes de beneficios, como son la educación, los tamizajes para eventos de alta externalidad y la información en salud, se deben definir: i) los ámbitos territoriales, ii) los entornos, iii) los contenidos y iv) las capacidades a desarrollar.
- 4.1.8. Identificación, disposición y divulgación del conocimiento y evidencia sobre estrategias, programas, proyectos o iniciativas que soporten el diseño e implementación de las intervenciones colectivas dirigidas a esta población.
- 4.1.9. Fortalecimiento de las capacidades del talento humano (técnicas, funcionales y actitudinales) y de las organizaciones requeridas para la prestación de los procedimientos contemplados en esta ruta.
- 4.1.10. Promoción de la participación del usuario y sus familias en los procesos de planificación, seguimiento y evaluación de los servicios y en las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud. De esta manera, se debe diseñar con el equipo de salud a cargo de la atención, el plan integral de cuidado de la salud y la forma de transitar por esta ruta.
- 4.1.11. Realización de auditoría, inspección, vigilancia y control basada en resultados en la red prestadora a la prestación de procedimientos individuales, familiares y colectivos.
- 4.1.12. Seguimiento a la Gestión de EAPB en el marco del seguimiento a las cohortes.
- 4.1.13. Generar espacios de participación ciudadana para el desarrollo de capacidades en las



personas, familias y comunidades, la construcción y la ejecución de estrategias que permitan fortalecer la promoción de la salud y la gestión del riesgo cardiovascular y metabólico.

4.2. ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, ENTIDADES QUE ADMINISTRAN LOS REGÍMENES DE EXCEPCIÓN O ESPECIALES Y ENTIDADES OBLIGADAS A COMPENSAR

- 4.2.1. Generación de información sobre las características, situación y determinantes de la salud de la población con riesgo cardio metabólico que sirva para aportar a la implementación progresiva de esta ruta, las modalidades de prestación requeridas para las intervenciones, las necesidades de adaptación y la orientación para el diseño de los procesos de información y educación.
- 4.2.2. Participación en el establecimiento de acuerdos intersectoriales para generar complementariedad entre la oferta de otros sectores con la del sector salud, de acuerdo con las competencias, que permita trabajar integralmente, ganar en efectividad y evitar duplicidad. Así mismo, implica la gestión intersectorial para el desarrollo de las intervenciones individuales y colectivas en los diferentes entornos.
- 4.2.3. Participación en la generación de acuerdos entre los actores del SGSSS para la implementación de los procedimientos individuales, familiares, colectivos y poblacionales contemplados en esta RIA incluyendo la adaptabilidad.
- 4.2.4. Gestión en garantizar la disponibilidad, suficiencia y completitud de la red de prestación de servicios y grupos de apoyo para garantizar la entrega de los procedimientos individuales contemplados en la RIAMP de forma accesible, con calidad y sin fragmentar los servicios teniendo en cuenta las disposiciones normativas vigentes para la población con riesgo en todos los ámbitos territoriales de operación del MIAS.
- 4.2.5. Gestión en garantizar la organización de la operación y funcionamiento que asegure la prestación del conjunto de procedimientos contemplados en la presente ruta de riesgo.
- 4.2.6. Gestión de la demanda inducida para el acceso a los procedimientos individuales contemplados.
- 4.2.7. Participación en los espacios con las entidades territoriales para generación de acuerdos para complementariedad de la atención por los diferentes planes de beneficios. Así, las intervenciones individuales (valoración integral; detección temprana; diagnóstico, tratamiento y educación para la salud), están cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC (PB- UPC) y las intervenciones colectivas (educación para la salud; información en salud; fortalecimiento de redes sociales y comunitarias; canalización; jornadas de salud y caracterización social y ambiental) están a cargo del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC). Para la ejecución de las intervenciones que se pueden desarrollar con cargo a ambos planes de beneficios, como son la educación, los tamizajes para eventos de alta externalidad y la información en salud, se deben definir: i) los ámbitos territoriales, ii) los entornos, iii) los contenidos y iv) las capacidades a desarrollar.
- 4.2.8. Identificación, disposición y divulgación del conocimiento y evidencia sobre estrategias, programas, proyectos o iniciativas que soporten el diseño e implementación de las intervenciones colectivas dirigidas a esta población.
- 4.2.9. Fortalecimiento de las capacidades del talento humano (técnicas, funcionales y actitudinales) y de las organizaciones requeridas para la prestación de los procedimientos contemplados en esta ruta.
- 4.2.10. Promoción de la participación del usuario y sus familias en los procesos de planificación, seguimiento y evaluación de los servicios y en las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud. De esta manera, se debe diseñar con el equipo de salud a cargo de la atención, el plan integral de cuidado de la salud y la forma de transitar por esta



ruta.

- 4.2.11. Realización de auditoría, basada en resultados en la red prestadora a la prestación de procedimientos individuales, familiares y colectivos.
- 4.2.12. Generar espacios de participación ciudadana para el desarrollo de capacidades en las personas, familias y comunidades, la construcción y la ejecución de estrategias que permitan fortalecer la promoción de la salud y la gestión del riesgo cardiovascular y metabólico.

4.3. RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS-EAPB, ENTIDADES QUE ADMINISTRAN LOS REGÍMENES DE EXCEPCIÓN O ESPECIALES Y ENTIDADES OBLIGADAS A COMPENSAR

- 4.3.1. Realizar el reporte y análisis oportuno de la información necesaria para monitorear y evaluar las atenciones definidas en la presente Ruta, acorde a la normatividad vigente, y a partir de las fuentes de información definidas por el nivel nacional.
- 4.3.2. Generar espacios de participación ciudadana para el desarrollo de capacidades en las personas, familias y comunidades, la construcción y la ejecución de estrategias que permitan fortalecer la promoción de la salud y la gestión del riesgo cardiovascular y metabólico.
- 4.3.3. Garantizar la entrega oportuna de los medicamentos y dispositivos médicos requeridos para el diagnóstico y tratamiento de las personas sujeto de la presente Ruta, incluido el mecanismo excepcional previsto en la Resolución 1604 de 2013 o la norma que la adicione, modifique o sustituya.
- 4.3.4. Dar cumplimiento a la normatividad vigente en lo relacionado con informar y entregar a toda persona al momento de su afiliación, la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente y la carta de desempeño de la EPS.

4.4. RESPONSABILIDADES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD-IPS

Para implementar las Rutas Integrales de Atención en Salud y la presente Ruta, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las demás entidades que tengan a su cargo la ejecución de acciones en salud, además de las responsabilidades previstas en el artículo 9° de la Resolución 3202 de 2016 y demás normatividad pertinente, deberán ejecutar las siguientes acciones:

- 4.4.1. Fortalecer la implementación de Telesalud y/o telemedicina según la normatividad vigente acorde a su infraestructura y oferta de servicios.
- 4.4.2. Implementar las directrices, estrategias o programas para la captación y el control de los factores de riesgo o factores protectores individual acorde a las directrices nacionales (REDACCION).
- 4.4.3. Realizar la entrega oportuna de los medicamentos y dispositivos médicos contratados y requeridos para el diagnóstico y tratamiento de las personas sujeto de la presente Ruta, incluido el mecanismo excepcional previsto en la Resolución 1604 de 2013 o la norma que la adicione, modifique o sustituya

4.5. EMPRESAS DE MEDICINA PRE PAGADA



- 4.5.1. Verificar y en dado caso realizar la intervención correspondiente sobre la entrega oportuna de insumos y medicamentos por parte de las EPS para lograr la adherencia al tratamiento y adecuado control de los riesgos o enfermedades identificadas.

4.6. RESPONSABILIDADES DE LAS ADMINISTRADORAS DE RIESGOS LABORALES -ARL

- 4.6.1. Asesorar a la empresa en el proceso de canalización de los trabajadores identificados con algún riesgo cardiovascular y/o metabólico o con enfermedad cardiovascular o metabólica hacia la EAPB o entidad correspondiente del régimen especial o de excepción para que reciban atención adecuada.
- 4.6.2. Acompañar y asesorar a las instituciones, empresas u organizaciones en la formulación, implementación y evaluación de estrategias o programas en el entorno laboral, orientadas a evitar o minimizar los riesgos cardiovasculares y metabólicos.
- 4.6.3. Generar capacidades en los trabajadores y empleadores para la promoción de la salud y el control de factores de riesgo identificados con el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y metabólicas.
- 4.6.4. Implementar estrategias que incluyan acciones de información y educación en salud, así como de detección temprana, en articulación con las empresas y EAPB o entidades de los regímenes especiales y de excepción según corresponda.

4.7. RESPONSABILIDADES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (MEDICINA DEL TRABAJO)

- 4.7.1. Realizar la valoración del riesgo cardiovascular y metabólico acorde a las directrices vigentes dentro de la consulta médico laboral y remitir a los trabajadores identificados con algún riesgo hacia la EAPB, EOC o entidades de los regímenes especiales y de excepción según corresponda, para que reciban atención adecuada.
- 4.7.2. Emitir las recomendaciones a la empresa para el control de los factores de riesgo cardiovascular y metabólico de sus trabajadores.
- 4.7.3. Establecer mecanismos de comunicación efectiva entre la empresa, la ARL y la EAPB para la gestión del riesgo de los trabajadores en el entorno laboral y su canalización para la atención y seguimiento oportunos.
- 4.7.4. Informar a los trabajadores identificados con factores de riesgo cardiovascular y metabólico las acciones para modificar dichos riesgos.

4. INTERVENCIONES COLECTIVAS

Las intervenciones colectivas para esta RIAS están dirigidas a promover la salud cardiovascular y metabólica y la gestión del riesgo colectivo en los grupos poblacionales identificados con riesgo, siendo aplicadas según las necesidades y particularidades de cada territorio.



Dichas intervenciones se deberán ejecutar de manera integrada e integral en los entornos hogar, comunitario, educativo, institucional y laboral que se hayan priorizado para este grupo de riesgo. Su aplicación debe ser coordinada con los demás agentes del sistema de salud y con los actores de otros sectores que tienen liderazgo en los diversos entornos.

Las intervenciones colectivas relacionadas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud- RPYMS- son la referencia para reconocer las aplicables a la presente RIAS y según lo requiera la población a intervenir. Asimismo, el talento humano encargado de ofrecer estas intervenciones debe contar con las competencias según las temáticas sugeridas y las necesidades propias del territorio. A continuación, se describen las intervenciones principales para la intervención de los grupos de riesgo sujeto de esta ruta:



Tabla 1. Intervenciones Colectivas

INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN	ENTORNO				
		Hogar	Comunitario	Educativo	Institucional	Laboral
<p>Información en salud para la producción, organización y difusión de datos o mensajes que orienten adviertan, anuncien, recomienden a los individuos, familias, comunidades organizaciones y redes a la población de riesgo identificada</p>	<p>Tiene como finalidad, el desarrollar estrategias de información en salud a través de redes sociales, medios de comunicación audio-visuales, espacios físicos, espacios públicos u otras estrategias, contemplando las características diferenciales de los grupos de riesgo identificados, para informar acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceder a programas, redes de prestadores de servicios de salud, o sociales e instalaciones que apoyen el fortalecimiento del autocuidado, el tratamiento y adherencia al tratamiento desde la promoción de la salud, control de factores de riesgo y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares y metabólicas desarrollados por el sector salud, a nivel comunitario y otros sectores del territorio. • Describir la importancia y ventajas de la práctica de hábitos saludables: alimentación y actividad física, prevención del consumo de tabaco y alcohol, entre otros. • Presentar la importancia y ventajas de recibir tratamiento ante la presencia de tabaquismo, consumo nocivo de alcohol, alimentación no saludable, sedentarismo, obesidad, sobrepeso, estrés psicosocial y otras situaciones particulares de riesgo que se presenten en el territorio para el control de las ECV. • Dar a conocer la importancia del reconocimiento de alimentos (alimentos altos en calorías, ricos en sal, grasas saturadas, grasas trans, con azúcares añadida, bebidas azucaradas, productos procesados y ultra procesados) y el rotulado nutricional de alimentos. • Mostrar las ventajas y beneficios de la identificación temprana de factores de riesgo y del nivel de riesgo cardiovascular y metabólico para la consulta oportuna a los servicios de salud para la consulta de valoración integral en salud mediante el uso de tecnologías de la información u otros medios. Incentivar uso de MiSalud Digital u otras aplicaciones para conocer prácticas de cuidado y recordar las atenciones en salud que deben ser garantizadas según la edad. • Desarrollar contenidos para modificar o transformar prácticas sociales asociadas al aumento del consumo de bebidas alcohólicas, azucaradas, alimentación no saludable, tabaquismo, sedentarismo y falta de adherencia a los tratamientos indicados. • Reconocer y fortalecer creencias y prácticas culturales orientadas al autocuidado y adherencia tratamiento de estas enfermedades y la transformación de malos hábitos con enfoque en la población diferencial del territorio. • Reconocer las atenciones y acceso a tecnologías en salud cubiertos por el sistema de salud, prevención de la vulneración y exigibilidad de los derechos, en lo relacionado con la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares y metabólicas y sus factores de riesgo. • Socializar información en salud y atenciones disponibles para el control de tabaco, consumo de alcohol, practica de actividad física y alimentación saludable, control de la HTA dislipidemia y la diabetes mellitus, entre otros temas que la entidad territorial considere debe comunicar. <p>Considere hacer las adaptaciones necesarias para la situación particular de su población y los entornos donde aplicara la educación.</p>		X	X	X	X



INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN	ENTORNO				
		Hogar	Comunitario	Educativo	Institucional	Laboral
<p>Educación y comunicación para la salud para la promoción de la salud, control de conductas de riesgo, adherencia al tratamiento, entre otros en la población de riesgo identificada</p>	<p>Tiene como finalidad el fortalecimiento de las capacidades en los grupos con riesgo cardiovascular y metabólico identificados, para la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la enfermedad cardio cerebro vascular, promover los estilos de vida saludable y la adherencia al tratamiento, entre otros.</p> <p>Entre las principales temáticas a desarrollar en el proceso de educación en la población de riesgo se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar alimentos altos en calorías, ricos en sal, grasas saturadas, grasas trans, con azúcares añadidos. • Conocer las características de las bebidas energizantes y azucaradas. Productos procesados y ultra procesados y su papel en el origen de las enfermedades cardio metabólicas y cerebrovasculares. • Aprender a realizar la lectura e interpretación del rotulado nutricional de alimentos que favorezca una adecuada selección de alimentos (bajos en sodio, en calorías, grasas saturadas y grasas trans). • Conocer la importancia de la práctica de la lactancia materna para prevenir enfermedades cardiovasculares y metabólicas y de la introducción y evolución adecuada de la alimentación complementaria. • Entender el concepto de peso saludable y estrategias para reconocimiento y mantenimiento del mismo. • Comprender el concepto de índice glicémico, carga glicémica y clasificación de los alimentos según el índice glicémico. • Conocer el tiempo recomendado y beneficios de actividad física para cada momento del curso de vida para mantener un peso corporal saludable. • Desarrollar actividades de intensidad moderada e intensa para mantener un peso corporal saludable, en las personas que comparten riesgo en salud cardio metabólico y reducción de comportamientos sedentarios. • Divulgar y ubicar la oferta de programas, actividades y lugares para la práctica de actividades físicas (ejemplo: parques, ciclo rutas, programas comunitarios). • Conocer los efectos en salud consumo de productos de tabaco, derivados y sistemas eléctricos con y sin nicotina, beneficios de dejar de fumar, control de tabaco, protección de los ambientes 100% libres de humo de tabaco, importancia y beneficios de acceder al tratamiento del tabaquismo para la cesación del consumo, entre otros. • Comprender los efectos a nivel de la salud, social, económica y familiar del consumo de bebidas alcohólicas, los beneficios en la salud de dejar el consumo de bebidas alcohólicas, las prácticas sociales asociadas al aumento del consumo de bebidas alcohólicas y elementos para la transformación de estas prácticas, identificación temprana de riesgo de consumo problemático en alcohol, entre otros. • Identificar las estrategias para estratificar el riesgo cardiovascular y metabólico y la adherencia a los tratamientos. • Otros: Pautas de sueño saludable, higiene del sueño etc. <p>Considere hacer las adaptaciones necesarias para la situación particular de su población y los entornos donde aplicara la educación y las directrices vigente para el desarrollo de la educación para la salud¹⁴; así como los instrumentos técnicos disponibles que orienten el desarrollo de esta intervención.</p>		X	X	X	X

¹⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS - Orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas, 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/directrices-educacion-pp.pdf>



5 INTERVENCIONES INDIVIDUALES

Las intervenciones individuales definidas en este lineamiento están dirigidas a la confirmación diagnóstica, tratamiento adecuado y oportuno y seguimiento de las personas con riesgo de desarrollar enfermedades cardio cerebro vasculares. Estas intervenciones tienen como finalidad apoyar la atención integral requerida para lograr la disminución de la mortalidad prematura por estas enfermedades, da continuidad a las intervenciones colectivas contenidas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, como la detección temprana del riesgo cardiovascular y metabólico y la educación en salud, intervenciones determinantes y que inician la gestión del riesgo individual para prevenir estas enfermedades.

De otro lado, se articulan las intervenciones con las de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud y con otras rutas de riesgo, además de relacionar las intervenciones derivadas de las estrategias o directrices orientadas a mejorar la gestión del riesgo individual y colectivo para minimizar o evitar estas enfermedades.

5.1. INTERVENCIONES EN EL COMPONENTE PRIMARIO

En el componente primario se debe garantizar la oportunidad, continuidad y calidad de las intervenciones requeridas para el tratamiento de las personas con riesgo cardiovascular y metabólico, las cuales deben ser brindadas a la población sujeto de esta ruta, acorde a las necesidades de las personas y a lo establecido en las guías de práctica clínica, evidencia científica, protocolos de manejo o lineamientos vigentes; sin perjuicio de la autonomía médica o de la producción y adaptación de nuevas orientaciones de manejo con base en la evidencia y financiadas por el sistema salud.

A partir de ello, las intervenciones definidas en esta ruta no pueden convertirse en una barrera de acceso para acceder a otras valoraciones, procedimientos, exámenes o tratamiento adicionales e individuales que el médico o personal tratante considere necesario para el diagnóstico y tratamiento de las condiciones de salud identificadas.

Tener en cuenta que la valoración inicial y en general todas las valoraciones propuestas en esta ruta requieren realizarse con el tiempo suficiente para que el o los profesionales de la salud puedan garantizar la evaluación completa de la persona y definir el tratamiento a seguir.

En tal sentido las entidades a cargo de la gestión del riesgo individual y su red de prestadores de servicios de salud deberán desarrollar e implementar las estrategias necesarias que permitan aplicar las atenciones propuestas en el marco de la normatividad vigente, o la norma que la modifique o sustituya acorde a las necesidades de cada persona.



5.1.1. Valoración inicial para la identificación o confirmación diagnóstica de los riesgos o enfermedades manifiestas asociadas al desarrollo de enfermedades cardio cerebrovasculares.

5.1.1.1. Objetivo.

Realizar la valoración inicial para el diagnóstico de los riesgos o enfermedades manifiestas asociadas a la alteración del riesgo cardiovascular y metabólico.

5.1.1.2. Atenciones incluidas

- Valorar la condición física
- Valorar el estado nutricional
- Valorar el estado de salud mental
- Valorar la condición social
- Valorar el riesgo cardiovascular y metabólico actual
- Valorar la presencia de factores de riesgo modificables (consumo de tabaco, sus derivados o dispositivos electrónicos, comportamientos sedentarios, alimentación no saludable y nivel de consumo de alcohol.
- Interpretar o solicitar exámenes según hallazgos
- Diagnosticar la presencia de prehipertensión arterial, hipertensión arterial sistémica, prediabetes, diabetes mellitus, dislipidemia, sobrepeso, obesidad, enfermedad renal crónica u otras enfermedades manifiestas.
- Valorar por otros profesionales en componente primario o complementario según hallazgos.

5.1.1.3. Talento humano

- Profesional en medicina general o medicina familiar o medicina interna

5.1.1.4. Frecuencia

- Una vez al ingresar a la RIAS

5.1.1.5. Descripción

Corresponde a la valoración inicial que realiza el profesional en medicina a las personas que ingresan a la RIAS para determinar la condición clínica, física, estado nutricional, de salud mental y social, interpretar o solicitar exámenes según hallazgos, identificar la presencia de riesgos o enfermedades manifiestas asociados, elaborar historia clínica completa y examen físico, determinar valoración por otros profesionales, definir el plan de tratamiento a seguir, el cual se debe realizar en conjunto con un equipo multidisciplinario en el componente primario o cuando se requiera en el componente complementario según los riesgos o las enfermedades manifiestas identificadas.

5.1.1.6. Plan de cuidado



- Valorar la condición médica. Realiza anamnesis y examen físico, revisa exámenes e identifica tratamientos previos, valora el riesgo y otros riesgos asociados. Determina la necesidad de solicitar exámenes o remisión a otros profesionales, entre otros.
- Valorar la condición física. Evalúa el nivel de actividad física interrogando sobre la cantidad de actividad física diaria actual y definir necesidad de prescripción de actividad física en prestador primario o por médico especializado. Se sugiere usar el Physical Activity Vital Sign¹⁵:
 - En promedio, ¿cuántos días a la semana realiza actividad física o ejercicio de intensidad moderada o mayor (como una caminata rápida)?
____ días.
 - En promedio, ¿cuántos minutos dedica a esta actividad física en esos días?
____ mn.
- Valorar el estado nutricional. Realiza la valoración de medidas antropométricas (talla, peso, IMC, perímetro abdominal), investigar los hábitos alimenticios, culturales, mitos, etc.
- Valorar el estado de salud mental. Indaga la presencia de alteraciones mentales, consumo de spa o trastornos alimenticios.
- Valorar la condición social. Determina el estado social, ambiental, económico y del entorno de la persona.
- Tener en cuenta para el diagnóstico de los riesgos o enfermedades manifiestas identificadas, el realizar los exámenes requeridos para su confirmación diagnóstica, acorde a las recomendaciones de las guías de práctica clínica o directrices nacionales vigentes.
 - Diagnóstico dislipidemia. Solicitar perfil lipídico.
 - Diagnóstico prediabetes o diabetes mellitus 2. Se realiza mediante hemoglobina glicosilada, glucosa plasmática en ayunas, prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) o glucosa plasmática aleatoria.
 - Diagnóstico de prehipertensión arterial o hipertensión arterial sistémica. Se realiza mediante la toma de tensión arterial en consultorio o mediante Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial (MAPA).
 - Diagnóstico de enfermedad renal crónica. De acuerdo con los criterios descritos en las guías de práctica clínica o directrices nacionales vigentes.
 - Siempre calcular la tasa filtración glomerular estimada (TFGe).
 - Tener en cuenta los siguientes criterios para remitir a valoración por nefrología según Relación Albuminuria-creatinuria (RAC) y Tasa de Filtración Glomerular (TFG). Pacientes con riesgo alto o

¹⁵ Lobelo et al. Routine assessment and promotion of physical activity in healthcare settings. AHA scientific statement. *Circulation* 2018;137: e495-e522



muy alto según la clasificación KDIGO (o las que la modifiquen), es decir:

- Albuminuria/creatinuria mayor o igual a 300 mg/g y/o TFGe menor o igual a 30 ml/min/1,73m² o
 - Pacientes con albuminuria/creatinuria de 30 a 300 mg/g y a su vez TFGe menor igual a 45 ml/min/1,73m²
-
- Diagnóstico de sobrepeso u obesidad. De acuerdo a la valoración del estado nutricional.
 - Diagnóstico de tabaquismo. Indagar acerca del consumo de tabaco, sus derivados o uso de dispositivos electrónicos o aplicar Assist.
 - Diagnóstico consumo de alcohol. Aplicación de Audit o Assist.
 - Identificar riesgo de alimentación no saludable mediante la frecuencia semanal del consumo de frutas, verduras y otros alimentos de riesgo acorde a las directrices o guías de práctica clínica vigentes.
 - Detección temprana de lesión de órgano blanco en hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2.
 - Identificación de otras condiciones de salud, considerar directrices o guías de práctica clínica vigentes.
-
- En los casos que se requiera confirmación diagnóstica de los riesgos o enfermedades identificadas mediante exámenes, tener en cuenta las indicaciones para su solicitud y la condición individual del paciente para evitar barreras de acceso.
 - Las pruebas de laboratorio denominadas POCT por sus siglas en inglés “Point Of Care Testing” o en español llamadas pruebas en el punto de atención al paciente deben ser consideradas para el diagnóstico de los riesgos o enfermedades manifiestas incluidos en esta RIAS, siguiendo las directrices estipuladas en la normatividad vigente para su aplicación¹⁶ con la finalidad de mejorar el acceso a las mismas.
 - En todos los casos revisar si el paciente cuenta con exámenes previos y determinar cuándo repetirlos o complementarlos.
 - El prestador de salud debe dar las recomendaciones necesarias para la toma adecuada de la tensión arterial en el consultorio, ambulatorio o del manejo del MAPA con la finalidad de contar con cifras de tensión lo más cercanas a la realidad para orientar el diagnóstico.
 - El prestador de salud debe dar las recomendaciones necesarias para la toma adecuada de la tensión arterial y manejo del MAPA.
 - Realizar la valoración conjunta con otros profesionales cuando este indicado para la confirmación diagnóstica de los riesgos o enfermedades manifiestas con la finalidad de orientar adecuadamente el diagnóstico, tratamiento y control de las personas sujeto de esta ruta.
 - Articular con otras rutas integrales de atención en salud:

¹⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 200 de 2021. Disposiciones para el uso y manejo de las pruebas de laboratorio utilizadas en el punto de atención al paciente – PCOT; Resolución 3100 de 2019. Procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud...



- Personas que en otras rutas o servicios de salud son identificadas como población sujeto de esta ruta deben ser remitidas para valoración inicial, realizar la confirmación diagnóstica y determinar necesidad de intervención.
 - Personas con tabaquismo con riesgo cardiovascular y metabólico bajo, consumo de sustancias psicoactivas ilegales, alteración/riesgo en salud mental, consumo nocivo de alcohol o alteraciones de la salud mental, remitir a la “RIA para la atención de personas con problemas mentales, trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia” y, de acuerdo a criterio médico remitirá a servicios de psiquiatría, psicología o neurología si es el caso.
 - Personas con sobrepeso y obesidad con riesgo cardiovascular y metabólico bajo remitir a la RIAS de alteraciones nutricionales.
 - Todas las personas que ingresan a esta ruta, se les debe realizar la revisión de las estructuras bucales y su respectiva derivación hacia la atención en salud bucal por profesional en odontología, conforme lo establecido en la RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud con el propósito de controlar los riesgos derivados de la presencia de alteraciones de la salud bucal.
- La frecuencia y modalidad de atención requerida debe adecuarse de tal forma que se garantice la atención integral al paciente cumpliendo con la normatividad y directrices vigentes.

5.1.1.7. Información en salud

De acuerdo con los hallazgos de la consulta, se le informará al paciente o su cuidador el resultado de su valoración y el plan de tratamiento a seguir, utilizando un lenguaje sencillo y comprensible, explicando la importancia de cumplir con las recomendaciones dadas, adherencia al tratamiento formulado, informar acerca de las dificultades presentadas para la adherencia y cumplimiento de los controles para obtener los resultados esperados.

5.1.1.8. Instrumentos

- Guía de práctica clínica o directrices nacionales vigentes según los riesgos o enfermedades manifiestas identificadas.
- Instrumentos prediseñados, entre otros.



Tabla 2. Valoración inicial para la identificación o confirmación diagnóstica de los riesgos o enfermedades manifiestas asociadas al desarrollo de enfermedades cardio cerebrovasculares.

INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CUPS	TALENTO HUMANO/ TECNOLOGIAS SALUD
Valoración inicial para la identificación o confirmación diagnóstica de los riesgos o enfermedades manifiestas asociadas al desarrollo de enfermedades cardio cerebrovasculares.	Valoración clínica para hacer diagnóstico, determinar tratamiento y valoración por otros profesionales	890201 890101 890263 890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL o ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL o CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR o CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
	Diagnóstico dislipidemia.	903815 903816 903817 903818 903868	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD COLESTEROL TOTAL TRIGLICERIDOS
	Diagnóstico prediabetes o de diabetes mellitus 2.	903426 903427 903842 903841	HEMOGLOBINA GLICOSILADA o GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA o GLUCOSA EN SUERO
	Diagnóstico de prehipertensión arterial o Hipertensión arterial.	895004	TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL EN CONSULTORIO O MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA
	Obesidad, sobrepeso, tabaquismo, consumo nocivo de alcohol, otros riesgos asociados en el marco de la consulta por profesional en medicina	-	-



5.1.2. Intervención de los riesgos o enfermedades manifiestas asociadas al desarrollo de enfermedades cardio cerebrovasculares

5.1.2.1. Objetivo.

Realizar la intervención oportuna de todos los riesgos o enfermedades manifiestas identificadas en la valoración inicial.

5.1.2.2. Atenciones incluidas

Definir el plan de tratamiento integral para los principales riesgos o enfermedades manifiestas identificados:

- Tratamiento de la prehipertensión arterial y la hipertensión arterial sistémica.
- Tratamiento de la prediabetes, diabetes mellitus tipo 2.
- Tratamiento de la dislipidemia.
- Tratamiento del sobrepeso, la obesidad y de alimentación no saludable.
- Tratamiento del tabaquismo.
- Tratamiento de la inactividad física o los comportamientos sedentarios.
- Tratamiento de los desenlaces o complicaciones.

5.1.2.3. Talento humano

- Profesional en medicina general o medicina familiar o medicina interna: líder del tratamiento.
- Equipo multidisciplinario para manejo de todos los riesgos o enfermedades manifiestas identificadas: profesional en nutrición, profesional en fisioterapia, profesional en trabajo social, profesional en enfermería y profesional en psicología. La participación de uno o más profesionales de este equipo, se determina según la presencia del o los riesgos o enfermedades manifiestas, indicaciones, directrices vigentes y criterio del equipo tratante.
- Profesional en medicina especializada u otro según se requiera, bien sea para completar el manejo en componente primario o en componente complementario para el tratamiento de los desenlaces o complicaciones, también deberá ser determinado por el profesional en medicina o el equipo tratante.

5.1.2.4. Frecuencia

- Según criterio del profesional en medicina o el equipo multidisciplinario tratante.

5.1.2.5. Descripción

Corresponde a las intervenciones requeridas para el tratamiento de los riesgos o enfermedades manifiestas diagnosticadas en la valoración inicial. Involucra el tratamiento farmacológico, procedimientos e insumos requeridas, el tratamiento no farmacológico y las valoraciones de control. Estas intervenciones deben ser proporcionadas por el profesional en medicina y el equipo interdisciplinario para asegurar la atención integral, quienes deben



estar entrenados en el diagnóstico y tratamiento de los riesgos y enfermedades manifiestas acá planteados.

5.1.2.6. Plan de cuidado

- Resultado de la valoración inicial se establece el tratamiento a seguir mediante un equipo multidisciplinario entrenado para apoyar el manejo de todos los riesgos o enfermedades en las personas identificadas, equipo que puede estar conformado por: profesional en medicina, profesional en nutrición, profesional en enfermería, trabajador social, profesional en psicología, profesional en fisioterapia y cuando se requiera profesional en medicina especializada en medicina familiar o medicina interna. El acceso a otros profesionales debe ser evaluado por el equipo tratante.
- Es de anotar que este mismo equipo tratante con las competencias adecuadas puede apoyar la atención de todos los riesgos o enfermedades.
- Para el tratamiento de los riesgos o enfermedades manifiestas identificadas revisar las guías de práctica clínica o directrices nacionales vigentes, una breve descripción:
 - Control de dislipidemia. Se sugiere realizar control de exámenes a las 8 semanas de iniciado tratamiento farmacológico. Luego cada 3 meses hasta alcanzar metas de perfil lipídico. Posteriormente cada 6 meses o anual según criterio médico, comorbilidades y recomendaciones guías o directrices vigentes. Los exámenes de transaminasas se realizan al inicio del manejo farmacológico y luego según criterio médico. Si no se alcanzan las metas de perfil lipídico a dosis máxima tolerada de estatinas y cambio de estilos de vida remitir a Medicina Interna o Medicina Familiar.
 - En prediabetes, el manejo farmacológico según este indicado en GPC. Control anual o antes según criterio médico.
 - Control de prediabetes. se realiza con exámenes de laboratorio de hemoglobina glicosilada o glucosa plasmática en ayunas o PTOG mg/dl y manejo farmacológico cuando este indicado (documento orientador GPC).
 - Prehipertensión, control médico a los 3 a 6 meses o anual hasta alcanzar metas de cifras de tensión arterial que indican las GPC.
- Las valoraciones de control por parte de los profesionales tratantes esta orientada a evaluar la respuesta al tratamiento instaurado, identifica dificultades y barreras individuales o del entorno para la adherencia al tratamiento, determina manejo por otros profesionales de la salud, solicita o interpreta exámenes o lo que requiera el paciente según criterio del equipo tratante.
- La educación en salud es una intervención transversal a todos los riesgos y enfermedades diagnosticadas, se pueden aplicar de forma individual o grupal. Estas sesiones están orientadas a educar al paciente para lograr el cambio conductual de los riesgos, promover los factores protectores, proporcionar estrategias para el autocuidado, mejorar la adherencia al tratamiento, reforzar capacidades para el cambio comportamental y evaluar dificultades.



- Aplicar consejería breve a todas las personas con factores de riesgo comportamental.
- La frecuencia y modalidad de atención requerida debe adecuarse de tal forma que se garantice la atención integral al paciente cumpliendo con la normatividad y directrices vigentes. Revisar las directrices o guías de práctica clínica que orientan acerca del diagnóstico y tratamiento de los riesgos.
- El tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus debe involucrar la identificación y tratamiento de los riesgos comportamentales (tabaquismo, alimentación no saludable, consumo nocivo de alcohol, inactividad física y comportamientos sedentarios entre otros), obesidad, sobrepeso, entre otras condiciones de salud que afecten el control de estos pacientes.
- Las aseguradoras y su red de prestadores deben priorizar las consultas y exámenes sobre todo de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus o hipertensión arterial o ambos, con la finalidad de evitar complicaciones por demora en la atención.
- El paciente debe tener sus resultados disponibles para las consultas de control.
- Los pacientes con diagnóstico confirmado de HTA y diabetes mellitus 2, se les debe aplicar las atenciones que se detallan en las tablas 4 y 5, en ellas se definen las atenciones mínimas para el control de estos pacientes; sin embargo, esto no limita la aplicación de otros procedimientos, tecnologías en salud, frecuencias y talento humano en salud según requiere el paciente y a criterio de los profesionales tratantes para mejorar la gestión del riesgo de estos casos.
- Si el riesgo o la enfermedad identificada en la valoración inicial, requieren una valoración por profesional en medicina adicional a la que llevo al diagnóstico para iniciar el tratamiento, esta debe ser brindada al paciente, sobre todo en las personas con hipertensión arterial, diabetes mellitus, prescripción de la actividad física, tabaquismo, entre otros.
- En el caso de los pacientes con hipertensión y diabetes mellitus 2, estos requieren intervenciones clave para la detección temprana de lesión de órgano blanco y controles de su patología.



Tabla 3. Intervención de los riesgos o enfermedades manifiestas asociadas al desarrollo de enfermedades cardio cerebrovasculares

INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CUPS	TALENTO HUMANO/ TECNOLOGIAS SALUD	FRECUENCIA ANUAL MINIMA/ PERSONA
Intervención de los riesgos o enfermedades manifiestas asociadas al desarrollo de enfermedades cardio cerebrovasculares	Manejo por equipo multidisciplinario para el tratamiento de todos los riesgos o enfermedades identificadas. Para Diabetes mellitus 2 e Hipertensión arterial ver table 4 y 5	890301 890101 890363 890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL, o ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL, o CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR o CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	Se determina según el o los riesgos a tratar, ver GPC o directrices vigentes
		890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA	
		890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	
		890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	
		890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA	
		890311	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA	
	Control de dislipidemia	903815 903816 903817 903818 903868 903866 903867	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD COLESTEROL TOTAL TRIGLICERIDOS TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	Según criterio de profesional en medicina
	Control de prediabetes	903426 903427 903842 903841	HEMOGLOBINA GLICOSILADA GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA GLUCOSA EN SUERO	
		9901	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD	



INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CUPS	TALENTO HUMANO/ TECNOLOGIAS SALUD	FRECUENCIA ANUAL MINIMA/ PERSONA
	Educación en salud	9902	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD	Mínimo 1 ciclo (3 sesiones)

Tabla 4. Atenciones individuales para Diabetes Mellitus tipo 2

INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN	CUPS	TALENTO HUMANO/TECNOLOGIA EN SALUD	FRECUENCIA ANUAL MINIMA/ PERSONA
Detección temprana de lesión de órgano blanco en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus	Corresponde a las valoraciones o procedimientos que deben ser realizados a la persona con diagnóstico de diabetes mellitus para la detección temprana de lesión de órgano blanco.	890276 890376	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	1
		895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE 12 DERIVACIONES	1
		903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	1 vez, si hay dislipidemia realizar control cada 3 meses hasta alcanzar metas según riesgo
		903816, 903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD	
		903818	COLESTEROL TOTAL	
		903868	TRIGLICERIDOS	1
		903825	CREATININA EN SUERO	1
		907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	1
		903026	ALBUMINURIA (calcular la relación Albuminuria/creatinuria)	1, si es positiva se debe confirmar en 2 de 3 muestras con intervalo de 1 mes
		903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL (calcular la relación Albuminuria/creatinuria)	1



INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN	CUPS	TALENTO HUMANO/TECNOLOGIA EN SALUD	FRECUENCIA ANUAL MINIMA/ PERSONA
	Para el caso de la detección temprana de neuropatía diabética periférica el paciente debe ser valorado con monofilamento por medicina interna o medicina general o medicina familiar entrenados certificados en diabetes mellitus	890201 890263 890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL o CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR o CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	1
Valoración para el control de la diabetes mellitus	Corresponde a las valoraciones clínicas y paraclínicas realizadas e indicadas para evaluar la respuesta al tratamiento instaurado. Siempre calcular tasa filtración glomerular estimada (ver GPC vigentes). Pacientes con lesión de órgano blanco, difícil manejo remitir nuevamente a medicina interna o medicina familiar para definir manejo por endocrinología y equipo multidisciplinario especializado y quienes determinaran su retorno al componente primario o manejo intercalado. Pacientes que requieren monitoreo continuo de glucosa deben ser determinadas por el especialista en endocrinología.	890301 890101 890363 890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL o ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL o CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR o CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	2 veces al año o según criterio hasta alcanzar metas de hemoglobina glicosilada y glicemia
		903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	Cada tres meses hasta alcanzar metas. Luego al menos dos veces al año.
		903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]	Toma y registro de glucometrías en casa según indicación medica
		890203 890303	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL o CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA GENERAL	1
		890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA	3
		890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	
		890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	



INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN	CUPS	TALENTO HUMANO/TECNOLOGIA EN SALUD	FRECUENCIA ANUAL MINIMA/ PERSONA
		890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA	La frecuencia que se requiera para el control del paciente
		890311	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA	

Tabla 5. Atenciones individuales para el tratamiento de la Hipertensión Arterial

INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN	CUPS	TALENTO HUMANO/TECNOLOGIA EN SALUD	FRECUENCIA ANUAL/ PERSONA
Detección temprana de lesión de órgano blanco en el paciente con HTA	Corresponde a la valoración (es) y exámenes que se le debe realizar a la persona con diagnóstico de hipertensión arterial para la detección temprana de lesión de órgano blanco. Siempre calcular la tasa filtración glomerular estimada. Pacientes con HTA mayor o igual a 5 años, HTA grado 2, HTA con riesgo moderado, alto o más, sospecha lesión de órgano blanco, otras comorbilidades, HTA resistente o refractaria, sospecha de HTA secundaria, remitir a medicina interna para valorar manejo en componente primario, necesidad de remitir a	903864	SODIO	1
		903859	POTASIO	1
		903825	CREATININA	1
		903841	GLUCEMIA AYUNAS	1
		903801	ACIDO URICO	1
		903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	1 vez, si hay dislipidemia realizar control cada 3 meses hasta alcanzar metas según riesgo
		903816, 903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD	
		903818	COLESTEROL TOTAL	
		903868	TRIGLICERIDOS	1
		895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE 12 DERIVACIONES	1
881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	Solicitar cuando cumple con los criterios indicados por guía práctica clínica o		



INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN	CUPS	TALENTO HUMANO/TECNOLOGIA EN SALUD	FRECUENCIA ANUAL/ PERSONA
	componente complementario por profesional o equipo especializado o manejo intercalado.			directrices, luego control 6 o 24 meses según criterio médico
		907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	1
		903026	ALBUMINURIA (calcular la relación albuminuria/creatinuria - RAC)	1, si es positiva se debe confirmar en 2 de 3 muestras con intervalo de 1 mes
		903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	1
		890276 890376	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	Cada 2 años
Valoración para el control de la hipertensión arterial	Corresponde a las valoraciones clínicas y paraclínicas realizadas e indicadas para evaluar la respuesta al tratamiento instaurado, identificar dificultades y barreras individuales o del entorno para la adherencia al tratamiento, determina manejo por otros profesionales de la salud, continuidad o ajustes al manejo farmacológico, exámenes de control o lo que requiera el paciente según criterio médico y del equipo tratante. Siempre calcular tasa filtración glomerular estimada (ver GPC vigentes). Remitir a las especialidades médicas necesarias, según hallazgos clínicos, resultados de exámenes o lesión de órgano blanco.	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL o ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL o CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR o CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	2
		890101		
		890363		
		890366		
		890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA	3
890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Según resultado de la valoración inicial		
890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL			



INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN	CUPS	TALENTO HUMANO/TECNOLOGIA EN SALUD	FRECUENCIA ANUAL/ PERSONA
		890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA	
		890311	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA	
		890315	CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	La frecuencia que se requiera para el control del paciente

5.2. INTERVENCIONES INDIVIDUALES PARA EL COMPONENTE COMPLEMENTARIO

Las personas que deben ser manejadas en el componente complementario se les debe manejar o iniciar el tratamiento además de sus patologías de base y complicaciones, los factores de riesgo comportamental (tabaquismo, alimentación no saludable, consumo nocivo de alcohol, comportamientos sedentarios entre otros) u otros riesgos.

Tabla 5. Atenciones individuales del componente complementario

INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN	CUPS	TALENTO HUMANO/TECNOLOGIA EN SALUD	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	DIABETES MELITUS	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	OBESIDAD (según indicación de equipo interdisciplinario)
Valoración diagnóstica inicial		890228	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA	x	x	X	X
		890268	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA	x	x	X	



INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN	CUPS	TALENTO HUMANO/TECNOLOGIA EN SALUD	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	DIABETES MELITUS	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	OBESIDAD (según indicación de equipo interdisciplinario)
	Corresponde a la valoración diagnóstica inicial que realiza el o los profesionales de salud especializados para determinar la necesidad de manejo en este componente hasta su control y posterior contrarreferencia a componente primario o manejo alternativo en las personas que no tuvieron respuesta al tratamiento en el componente primario o que la enfermedad progresa a estadios avanzados con complicaciones que requieren manejo en niveles de atención más avanzados. Medicina Interna realiza el seguimiento de pacientes con riesgo cardiovascular intermedio, alto y con comorbilidades.	890244	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA	x	x	X	X
		890261	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE	x	x	X	X
		890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	x	x	X	X
		890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	x	x	X	X
		890502	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	x	x	X	X
Tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo	Una vez establecido el diagnóstico, el profesional de la salud o el equipo interdisciplinario inicia el plan de tratamiento y seguimiento. Así como definir el tiempo de permanencia en este componente o el manejo alternativo con el componente primario. evaluar el retorno al componente primario para continuar manejo por medicina general, medicina interna o medicina familiar de acuerdo al nivel de complejidad. Involucra manejo de las complicaciones, como control de infecciones, cirugías y manejo farmacológico. Medicina Interna realiza el seguimiento de aquel paciente con riesgo intermedio alto y comorbilidades.	890344	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA	x	x	X	X
		890328	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA	x		X	
		890368	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA	x	x	X	
		890361	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE	x	x	X	X
		890264	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN		x		
		890502	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	x	x	X	X
		890243 890343	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO		x	X	
		890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA	x	x	X	X
		890105	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERÍA	x	x	X	X
		890106	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	x	x	X	X
		890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	x	x	X	X
		890109	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR TRABAJO SOCIAL	x	x	X	X



INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN	CUPS	TALENTO HUMANO/TECNOLOGIA EN SALUD	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	DIABETES MELITUS	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	OBESIDAD (según indicación de equipo interdisciplinario)
	Manejo quirúrgico y farmacológico de la obesidad debe ser evaluado por el personal de salud especializado y en conjunto con el paciente tomar la decisión	890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL	x	x	X	X
		890108	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR PSICOLOGÍA	x	x	X	X
		890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	x	x	X	X
		890111	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA	x	x	X	X
		890211	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA	x	x	X	X
		890115	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	x	x	X	X
		890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	x	x	X	X
		S121	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	x	x	X	
		S112	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA	x	x	X	X
		S113	INTERNACIÓN EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA	x	x	X	X
		9336	REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR	x	x	X	
		890235	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL				X
890435	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL				X		
Valoración para definir contra referencia	Valoración que realiza el equipo multidisciplinario para definir control de la condición de salud, evaluar el retorno al componente primario para continuar manejo o tratamiento alternativo.	890502	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	x	x	X	X
		890115	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	x	x	X	X
		890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	x	x	X	X
		890315	CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	x	x	X	X



Las tecnologías en salud mencionadas que sean consideradas como equipo biomédico, deben dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 4725 de 2005, en el sentido de contar con registro sanitario o permiso de comercialización, mantenimiento, aprovisionamiento de repuestos, capacitación al talento humano en salud, soporte técnico, que permita conservar los equipos en los rangos de seguridad establecidos inicialmente por el fabricante.



6 MONITOREO Y SEGUIMIENTO

El monitoreo y evaluación tiene como eje los componentes de la atención integral en salud, lo que implica avanzar en nuevas mediciones e indicadores que den cuenta del bienestar y la salud de las personas de 18 años y más identificadas con riesgo cardiovascular y metabólico. Este proceso permitirá a los diferentes agentes del sistema de salud a definir cuáles son los problemas prioritarios en la atención, de tal forma que apoye la toma de decisiones y la mejora de la atención integral en salud, a partir del monitoreo y evaluación de los resultados en salud.

Implica realizar el seguimiento continuo y sistemático de los indicadores, los cuales dan cuenta del logro de los resultados por parte de los diferentes agentes, según el alcance de sus competencias (IPS, EAPB, DTS). Se sugiere socializar los resultados en salud esperados, así como los indicadores que los conforman y diseñar planes de mejoramiento a partir de los análisis realizados.

A continuación, se describen los indicadores a través de los cuales se realizará el seguimiento a los actores del SGSSS para lograr los resultados en salud definidos por el nivel nacional y que deben cumplir en el marco de sus competencias y mediante la implementación de las acciones establecidos en los instrumentos de política como la presente RIAS para disminuir la mortalidad prematura a causa de las enfermedades cardio, cerebro vasculares y renales.

6.1. Indicadores

Para el monitoreo y evaluación se requiere asegurar la fuente de información, fortalecer el proceso de registro y procesamiento de los insumos necesarios para el cálculo de los indicadores; mediante los cuales se realizará el monitoreo y seguimiento a la implementación de la RIAS para personas con riesgo o presencia de alteraciones cardio-cerebro-vascular-metabólicas manifiestas y a la gestión de este riesgo, por parte de los diversos actores del SGSSS.



Tabla 6. Indicadores para el seguimiento y monitoreo a la implementación de las atenciones de la RIAS

HITO	DESENLACE EVALUADO	N°	NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	FUENTE NUMERADOR	DENOMINADOR	FUENTE DENOMINADOR
Personas identificadas con riesgo comportamental, metabólico, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia o enfermedad renal crónica	Evitar y/o retardar la progresión del riesgo y la enfermedad	1	Porcentaje de personas de 18 o más años identificadas con dislipidemia , según criterios de laboratorio.	Número de personas de 18 o más años con niveles de colesterol en sangre: LDL igual o > 130mg/dL Triglicéridos igual o mayor a 200 mg/dL HDL menor o igual a 50 mg/dL en mujeres y menor o igual a 40 mg/dL en hombres	Res 202 de 2021	Número total de personas de 18 años o más a quienes se les realizó tamizaje de riesgo cardiovascular y metabólico según Resolución 3280 de 2018.	Res 202 de 2021
		2	Proporción de personas de 18 años y más captadas con HTA	Número de personas entre 18 años y más con diagnóstico de HTA reportado (cifra de PA igual o mayor a 140/90 mmHg)	CAC (Res 185/2017),	Número total de personas esperado de pacientes entre de 18 y más con diagnóstico de HTA (Prevalencia esperada: Afiliados activos BDUA de 18 y más años* prevalencia de HTA según la ENS 2007)	BDUA ENS 2007 (Prevalencia HTA)
		3	Proporción de personas de 18 años o más captadas con diabetes mellitus	Número de personas de 18 años y más con diagnóstico de DM 2 reportado: Hgb A1C mayor o igual a 6.5% o glicemia en ayunas mayor o igual a 126 mg/dL o glucosa plasmática a las 2 horas 75 g de PTOG o glucosa plasmática aleatoria	CAC (Res 185/2017)	Número total de personas esperado de pacientes entre de 18 a 69 años con diagnóstico de DM 2 (Prevalencia esperada: Afiliados activos BDUA entre los 18 y 69 años* prevalencia de DM2 según la ENS 2007)	BDUA ENS 2007 (Prevalencia DM 2)



HITO	DESENLACE EVALUADO	N°	NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	FUENTE NUMERADOR	DENOMINADOR	FUENTE DENOMINADOR
				mayor o igual a 200 mg/dL			
		4	Proporción de personas de 18 años o más identificadas con IMC >25mg/m ²	Número de personas de 18 años y más con IMC >25 mg/m ²	Res 202 de 2021	Número total de personas de 18 años y más a quienes se les realizó medición talla y peso.	Res 202 de 2021
		5	Proporción de personas de 18 años con reporte de consumo de tabaco.	Número de personas de 18 y más años reportadas como fumadores según índice paquete año	Res 202 de 2021	Número total de personas de 18 y más años reportadas en la Resolución 202 de 2021	Res 202 de 2021
Personas identificadas con riesgo cardiovascular y metabólico que mejoran sus condiciones de riesgo	Aumentar la proporción de personas en cesación del consumo de tabaco.	6	Proporción de personas de 18 y más años consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con tratamiento para la cesación del consumo de tabaco.	Número de personas de 18 años o más con CIE10-Z508 (que dejaron fumar) y que recibieron tratamiento para la cesación del consumo tabaco con CIE10-Z716	RIPS	Número total de personas de 18 años y más reportadas con consumo de tabaco según índice paquete año (1 o más)	Res 202 de 2021 RIPS
	Reducción del nivel de riesgo asociado al exceso de peso	7	Proporción de personas con reducción del nivel de riesgo asociado al exceso de peso	Número de personas de 18 a 64 años que registran IMC > 25kg/m ² en su primera valoración y que en el reporte del siguiente año redujo su nivel de riesgo asociado al exceso de peso	Res 202 de 2021	Número total de personas de 18 a 64 años que en el año fueron reportadas con IMC >25kg/m ²	Res 202 de 2021
		8	Pacientes con dislipidemia que	Número de personas con dislipidemia que alcanzaron un nivel de: LDL en sangre < 130mg/dL	Res 202 de 2021	Usuarios con dislipidemias reportados en el periodo anterior	Res 202 de 2021



HITO	DESENLACE EVALUADO	N°	NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	FUENTE NUMERADOR	DENOMINADOR	FUENTE DENOMINADOR
Disminución de la morbilidad y mortalidad por ECV	Control de la dislipidemia		alcanzaron un nivel de LDL <130mg/dl	Triglicéridos < 200 mg/dL HDL > 50 mg/dL en mujeres y > a 40 mg/dL en hombres con relación a su valoración anterior (no menor a 6 meses)			
		9	Pacientes con dislipidemia con diabetes, HTA o enfermedad renal crónica, que alcanzaron un nivel de LDL <100mg/dl	Número de personas con dislipidemia en el periodo anterior que alcanzaron un nivel de LDL <100mg/dl en el corte actual	Res 202 de 2021	Usuarios con dislipidemias reportados en el periodo anterior	Res 202 de 2021
	Control de los riesgos asociados	10	Proporción de pacientes con DM controlada (HbA1C < 7%) ¹⁷	Número de pacientes con DM con HbA1C < 7% en los últimos 6 meses.	CAC (Res 185/2017), RIPS (Consulta externa)	Número total de pacientes con diagnóstico de DM reportados	BDA ENS 2007 (Prevalencia DM 2)
		11	Proporción de personas hipertensas controladas (TA <140/90mmHg)	Número de pacientes con HTA con cifras tensionales <140/90mmHg	CAC (Res 185/2017), RIPS (Consulta externa)	Número total de pacientes con diagnóstico de HTA reportados	BDA ENS 2007
	Detección temprana de	12	Proporción de personas con HTA estudiadas para ERC	Número de personas reportadas con HTA quienes fueron estudiadas para ERC en el periodo (creatinina, cálculo de la TFG y de la Relación	CAC	Número total de pacientes con diagnóstico de HTA reportados	CAC

¹⁷ Las metas de control glicémico para los ancianos, especialmente mayores de 80 años, deben ser individualizadas; en general deben centrarse en la funcionalidad y en la expectativa de vida: Valores de HbA1c entre 7.5 a 8% (Nivel de evidencia IA) para aquellas personas con adecuada funcionalidad. Niveles mayores, entre 8 y 9%, pueden ser apropiados en personas con multimorbilidad, pobre estado de salud, expectativa de vida limitada o centenarios.



HITO	DESENLACE EVALUADO	N°	NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	FUENTE NUMERADOR	DENOMINADOR	FUENTE DENOMINADOR
	lesión de órgano blanco			Albuminuria/Creatinuria)			
		13	Proporción de personas con DM estudiadas para ERC	Número de personas reportadas con DM quienes fueron estudiadas para ERC en el periodo (creatinina, se calculó la TFG y la Relación Albuminuria/Creatinuria)	CAC	Número total de pacientes con diagnóstico de DM reportados	CAC
		14	Proporción de personas con DM, HTA o ambas con resultado de la relación albuminuria/creatinuria <30mg/g	Número de personas con diagnóstico de HTA y DM, HTA o DM con resultado de la relación albuminuria/creatinuria 30-300mg/g en su primera toma que disminuyeron a <30mg/g en su segunda toma	CAC	Número de personas con diagnóstico de HTA, DM o ambos con reporte de la relación albuminuria/creatinuria de 30-300 mg/g en el periodo	CAC
	15	Proporción de personas con HTA, DM o ERC sin TRR sin pérdida de la función renal CKD-EPI (% pérdida TFG < 5 ml/min/año)	Pacientes sin disminución de la TFG de 5 o más mL/min/1.73m ² en 1 año x 100	CAC	Número de total de pacientes de 18 años o más con HTA, DM o ERC sin TRR reportadas.	CAC	
	Disminución de la mortalidad prematura	16	Tasa de mortalidad prematura en personas de 30 a 70 años por sistema circulatorio y diabetes	Número de muertes en personas entre los 30 a 70 años por enfermedades del sistema circulatorio y diabetes.	DANE	Población total de personas de 30 a 70 años.	BDUA
17		Proporción de personas hospitalizadas con diagnóstico por enfermedades del sistema circulatorio	Número de personas con motivo de hospitalización por enfermedades del sistema circulatorio	RIPS	Número total de personas de 18 años o más hospitalizadas	BDUA	



7 ADAPTABILIDAD DE LAS INTERVENCIONES

Este capítulo acoge las orientaciones técnicas y operativas de adaptabilidad planteados para la Ruta Integral de Atención de Promoción y Mantenimiento de la salud y los específicos que se requieran elaborar para el proceso de implementación de la presente RIAS con la intención de brindar las oportunidades para que todas las poblaciones según momento de curso de vida, pertenencia étnica, condición de discapacidad, identidad de género o sexual o víctima del conflicto armado, población en reincorporación, entre otros y, de acuerdo con sus condiciones geográficas (ámbitos territoriales donde habitan: urbano, rural o rural disperso), culturales, históricas y sociales, dispongan de los servicios, procedimientos, acciones e intervenciones definidas en esta RIAS, en condiciones de aceptabilidad, accesibilidad, calidad y equidad, garantizando el derecho a la salud¹⁸ para la prevención y control de la población con riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

En consecuencia, las modificaciones o ajustes a realizar se enfocan en relación con la **prestación de atenciones/intervenciones y con los mecanismos de abordaje de las poblaciones** sujeto de la Ruta, teniendo en cuenta sus particularidades y las de los territorios que habitan, con el fin de garantizar los objetivos y resultados en salud esperados. Por lo cual, es necesario que las Direcciones Territoriales de Salud, coordinen el proceso de adaptabilidad, a partir del reconocimiento de los contextos internos del territorio, las particularidades de los sujetos y del alcance actual de la prestación real de las atenciones e intervenciones establecidas en la Ruta con la finalidad de evitar, retardar o minimizar la progresión hacia las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares; a partir de visibilizar las situaciones de fragilidad o exclusión que han vivido y viven las poblaciones, reconocer la forma en que comprenden la vida (y la salud), y, en consecuencia, realizar acciones, concertadas participativamente con ellas, para transformar positivamente las inequidades en la prestación de servicios e intervenciones de salud que existen.

Aunque las intervenciones contenidas en la presente Ruta deben ajustarse para que sean entendidas y aceptadas por las personas y comunidades, de tal forma que se facilite el acceso y la aceptabilidad por parte de ellas.

En tal sentido, la adaptabilidad de la Ruta debe considerar el desarrollo de capacidades en las personas con riesgo para mejorar el autocuidado, control de factores de riesgo, consulta oportuna a los servicios de salud y promoción de la salud asociados con el riesgo cardiovascular y metabólico y en el talento humano

¹⁸ Tomado de la Resolución 3280 de 2018. Capítulo de implementación de la RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud



en salud para ofrecer la atención, de acuerdo a las condiciones particulares de la población que permitan mejorar la adherencia al tratamiento.

En el caso de las personas con riesgo cardiovascular y metabólico, el manejo farmacológico hace parte importante del tratamiento de estas personas, por lo cual la entrega oportuna y completa de los medicamentos debe estar incluida dentro de las adaptaciones que deben analizarse y realizarse para la población que requiera el desarrollo de alguna estrategia en particular para su entrega; siendo importante considerar el mecanismo excepcional previsto en la Resolución 1604 de 2013 o la norma que la modifique o sustituya, como elemento clave para el tratamiento de la condición de salud subyacente.

Priorizar la atención de este grupo de riesgo, así como el tiempo requerido para la evaluación completa y tratamiento del individuo, condiciones que deben ser consideradas para realizar las adaptaciones necesarias para la organización de los servicios y del talento humano requerido. Tener en cuenta, el seguimiento tanto de los casos que asisten a los controles programados como aquellos casos de inasistencia a consultas, para garantizar una atención integral en salud.

Enfocar y adaptar las acciones propuestas para la gestión del riesgo cardiovascular y metabólico para todas las mujeres colombianas de todos los grupos y sectores sociales sin distinción, considerando a su vez las condiciones biológicas, determinantes sociales y en general otras condiciones de vulnerabilidad que requieran su priorización por su condición de mujer. Asimismo, evaluar si la condición de raza, antecedentes familiares, genéticas entre otras, que aumenten el riesgo de enfermar por ECV requieran la adaptación de las intervenciones descritas en el presente lineamiento.

