



INSTITUTO SALVADOREÑO
DEL SEGURO SOCIAL

VERSIÓN PÚBLICA

Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial, entre ello, los datos personales de las personas naturales" (Arts. 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa.

Código
LTAS-006

Versión
2.0

Aprobación
Septiembre 2024

Gerencia de Salud

Lineamientos Técnicos de Atención en Salud

Abordaje integral de la
enfermedad cardiometabólica en
el ISSS.

LTAS

AUTORIZADO

REVISADO

APROBADO

F.  

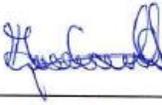
Dr. Edwin Roberto Salmerón

Gerente de Salud

Licda. Rosa Alba Quintero

Jefatura Unidad de Desarrollo
Institucional

Dra. Mónica G. Ayala Guerrero

Directora General del ISSS



Contenido

- I. Propósito
- II. Marco legal y documentos de referencia
- III. Alcance
- IV. Vigencia
- V. Definiciones
- VI. Desarrollo
 - A. Disposiciones generales
 - B. Disposiciones específicas
- VII. Responsabilidades del personal.
- VIII. Registros y formularios utilizados en el procedimiento
- IX. Indicadores del programa.
- X. Anexos
- XI. Registro de actualización del documento
- XII. Registro de adendas



I. Propósito

Estandarizar el proceso para el abordaje integral de la enfermedad cardiometabólica en los centros de atención que cuenten con atención ambulatoria, áreas de emergencia y atención domiciliaria, determinando los criterios a considerar para la clasificación del riesgo clínico del usuario con el fin de asegurar un manejo y seguimiento adecuados, orientados a evitar o retrasar la progresión y severidad de la enfermedad.

Definir el sistema de registro que facilite el monitoreo, supervisión y evaluación de las acciones para el abordaje de la enfermedad cardiometabólica.

II. Marco legal y documentos de referencia

- Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud, arts. del 10 al 13, 15, 24, arts. 27 y 28.
- Ley del Seguro Social, capítulo V. Beneficios, arts. del 48 al 50. Medicina Preventiva. Art. 71.
- Código de Salud: Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Art. 179, Art. 180.
- Reglamento de Normas de Control Interno Específicas del ISSS. Capítulo III. Documentación, actualización y divulgación de políticas y procedimientos, arts. 2, 3, 48, 49, 50 y 51.
- Política Nacional para el Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles.
- Política Nacional de Promoción de la Salud.
- Ley Especial para la Protección de los Derechos de la Persona Adulta Mayor.
- Paquete HEARTS: modelo Institucionalizado de Manejo de Riesgo Cardiovascular con Especial Énfasis en el Control de la Hipertensión Arterial y Prevención Secundaria en la Atención Primaria de Salud en Las Américas.

III. Alcance

Este documento establece los lineamientos que debe seguir el personal de salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, encargado de la atención directa e indirecta de pacientes con enfermedades cardiometabólicas descritas en este documento. Su cumplimiento es obligatorio para todos los involucrados.

IV. Vigencia

El presente documento normativo tiene un periodo de vigencia de tres años a partir de la fecha de su divulgación, sustituyendo la versión anterior y/o afines incluidos en el mismo. La revisión de los lineamientos se realiza a solicitud de los especialistas del área involucrada, tantas veces como se considere necesario.



V. Definiciones

- **Abordaje integral de la atención:** acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, estratificación de riesgo, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa, con el fin de reducir el riesgo de progresión y severidad causada por la enfermedad.
- **Atención ambulatoria:** consulta externa de medicina general, medicina especializada y sub especializada en clínicas empresariales, clínicas comunales, unidades médicas, consultorio de especialidades, Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria La Ceiba y hospitales con consulta externa, así como en los ámbitos de las áreas de emergencia y atención domiciliar.
- **Consulta de inscripción:** proceso de documentar el diagnóstico de una o las enfermedades por primera vez en cualquier institución del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).
- **Consulta de incorporación en el ISSS:** proceso de introducir y documentar en la base de datos de la institución una o las enfermedades por primera y única vez, utilizando el formulario Atención cardiometabólica subsecuente.
- **Consulta subsecuente:** documentar la atención médica impartida por segunda o más veces a un paciente en la misma o diferente institución.
- **Clasificación de riesgo clínico:** acción para categorizar una enfermedad y que servirá para establecer el tipo de intervenciones y la periodicidad de evaluación de parte del médico.
- **Complejidad clínica:** clasificación de diagnósticos, comorbilidad, complicaciones médicas o quirúrgicas como predictor del riesgo de muerte o secuelas.
- **Cuidados paliativos:** atención interdisciplinaria (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, capellanes/religiosos, y otras especialidades pertinentes) que se enfoca en proveer calidad de vida a personas de cualquier edad que viven con cualquier enfermedad que cause terminalidad de vida; tratando el dolor, otros síntomas, distrés psicológico y espiritual, utilizando habilidades de comunicación avanzadas para establecer metas de atención y ayudar a enlazar tratamientos de acuerdo a las metas individuales, y proveer atención coordinada sofisticada, agregando cuidados al soporte de los pacientes, seres queridos y clínicos tratantes.
- **Curso de vida:** aproximación a la realidad que integra una mirada longitudinal sobre la vida y sus etapas, configurando un salto de un enfoque evolutivo a un enfoque interrelacional, vinculando una etapa con la otra y definiendo factores protectores y de riesgo en el acontecer futuro, en el marco de los determinantes sociales.
- **Dependencia:** estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.



- **Diagnóstico de la hipertensión:**
 - a) Presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg en ambos días en dos consultas en días diferentes.
 - b) Presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg en ambos días en dos consultas en días diferentes.
- **Enfermedades no transmisibles:** grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo.
- **Enfermedades crónicas no complejas:** son enfermedades que cumplen los criterios de enfermedad crónica y que cuentan para su manejo con una amplia evidencia y una baja incertidumbre en la toma de decisiones clínicas. Su tratamiento se realiza bajo el cumplimiento de los documentos regulatorios vigentes.
- **Enfermedades crónicas complejas:** pacientes con multimorbilidad (tres o más problemas de salud) o sólo una, de suficiente gravedad (o dificultad en su manejo). Cuyo abordaje afronta alguno de los siguientes elementos:
 - a) Alta probabilidad de sufrir crisis con mucha sintomatología y mal control.
 - b) Evolución progresiva, dinámica, variable y que precisa monitorización continua.
 - c) Alta utilización de servicios de hospitalización urgente o visitas a urgencias. (Pacientes con 3 o más ingresos en último año y/o con 3 o más visitas a urgencias).
 - d) Elevado consumo de fármacos y consumo de 8 o más medicamentos permanentes con subsecuente riesgo de iatrogenia.
 - e) Requiere manejo multidisciplinario.
 - f) Entorno clínico caracterizado por una especial incertidumbre en las decisiones y/o dudas en el manejo.
 - g) Necesita activar y gestionar el acceso a distintos dispositivos y recursos, a menudo por vías preferentes.
 - h) Asociación a fragilidad de base, pérdida funcional, probabilidad de deterioro agudo (funcional o cognitivo) o nueva aparición de síndromes geriátricos.
 - i) Situación psicosocial adversa.
- **Fragilidad clínica:** situación clínica multifactorial que define un estado de vulnerabilidad por limitación de los mecanismos compensadores y perdidos de la homeostasis, hecho que sitúa al individuo en una situación de alto riesgo y malos resultados en salud, lo cual se asocia a menor supervivencia.
- **Hipertensión arterial:** elevación sostenida de la presión arterial sistólica y/o diastólica, con valores iguales o mayores de 140/90 mmHg, medida correctamente en dos o más consultas médicas.
- **Modelo de atención innovadora a condiciones crónicas:** plantea la reorganización de los sistemas sanitarios, la alianza con la comunidad, el papel activo de los pacientes y sus familias en la atención y los cuidados y el desarrollo de prácticas asistenciales ligadas a la evidencia científica.
- **Multimorbilidad:** es la coincidencia en una persona de dos o más problemas de salud, generalmente crónicos.



- **Paquete HEARTS:** modelo institucionalizado de manejo del riesgo cardiovascular, con especial énfasis en el control de la hipertensión arterial y la prevención secundaria en la atención primaria de salud en las Américas.
- **Paciente crónico no complejo:** es el paciente que padece una o más enfermedades crónicas, pero no presenta una alta complejidad en su manejo. Este tipo de pacientes engloba las siguientes características: enfermedades de base estables, menor multimorbilidad, bajo requerimiento de recursos, autonomía y autocuidado.
- **Paciente crónico complejo:** es el paciente que presenta una mayor dificultad en su manejo debido a la interacción de múltiples factores; sus características incluyen: multimorbilidad, necesidades y ajustes de tratamiento, uso frecuente de atención médica, polifarmacia.
- **Promoción de la salud:** abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y que para el ISSS a través del modelo curso de vida se realiza bajo las siguientes actividades:
 - a) Educación para la salud.
 - b) Comunicación social en salud.
 - c) Participación social en salud.
 - d) Intervenciones interinstitucionales e intersectoriales.
- **Prevención de la enfermedad:** estrategia para reducir los factores de riesgo de las enfermedades específicas o para reforzar factores protectores que disminuyen la susceptibilidad a la enfermedad. También incluyen actividades o estrategias encaminadas a reducir las consecuencias de la enfermedad, una vez establecida.

Se distinguen cuatro niveles de prevención:

- a) **Primaria:** orientada a impedir la aparición de enfermedades en poblaciones susceptibles.
 - b) **Secundaria:** su objetivo es acortar la duración de la enfermedad una vez que ha aparecido, reducir la probabilidad de contagio, y limitar las secuelas, a través del diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.
 - c) **Terciaria:** trata de preservar las funciones, disminuir la discapacidad, minimizar las exacerbaciones de la enfermedad subyacente y potenciar la rehabilitación.
 - d) **Cuaternaria:** acciones que atenúan o evitan las consecuencias del intervencionismo médico excesivo, innecesario y de insuficiente evidencia.
- **Progresión clínica:** los criterios de progresión aportan la visión dinámica necesaria para valorar la respuesta o refractariedad de las intervenciones clínicas al plan terapéutico específico para un paciente en concreto, de manera que nos permite conocer si estamos ante una situación de enfermedad avanzada pero estable o estamos ante un proceso en franca progresión, permitiendo así certificar que la falta de respuesta a un tratamiento adecuado nos indica irreversibilidad clínica de la enfermedad o situación de final de vida.



- **Riesgo clínico de la cronicidad del paciente:** se refiere a la probabilidad de que un paciente con enfermedades cardiometabólicas experimente complicaciones, descompensaciones o eventos adversos debido a la naturaleza de su condición. Concepto que abarca aspectos como: multimorbilidad, descompensaciones, polifarmacia, necesidad de atención integral, fragilidad y deterioro funcional.
- **Severidad clínica:** el concepto hace referencia a los criterios de gravedad de cada enfermedad crónica, que son aquellos que determinan el umbral de la disfunción orgánica lo suficientemente avanzada como para condicionar el pronóstico global del paciente.

VI. Desarrollo

A. Disposiciones generales

1. Los directores, administradores, gerentes, coordinadores, jefes de servicios, entre otros, realizan las gestiones necesarias para divulgar e implementar el “Lineamiento para el abordaje integral de la enfermedad cardiometabólica en el ISSS”, en los centros de atención donde se atienden pacientes con estos diagnósticos.
2. Los directores, administradores, jefes de servicios, jefes de enfermería y servicios de apoyo del centro de atención, en el ámbito de sus facultades, son responsables de verificar el cumplimiento de las disposiciones establecidas en los presentes lineamientos.
3. Todo el personal que brinda una atención directa a usuarios debe de identificarse por su nombre y dirigirse de forma cortés y amable.
4. La jefatura o responsable de la dependencia debe resguardar la documentación o formularios propios de su área por un período de 5 años y posteriormente realizar el descarte o depuración de los mismos. A excepción de los documentos o formularios que tienen un periodo definido diferente por las leyes vigentes.
5. El médico tratante que atiende a un paciente con enfermedad cardiometabólica debe, posterior a la evaluación, actualizar la evaluación del riesgo clínico (evaluación de riesgo cardiovascular) y la clasificación de la cronicidad del paciente.
6. El médico tratante que atiende a un paciente con enfermedad cardiometabólica debe brindar información clara y precisa al paciente acerca de la ruta:
 - a) Continuidad de sus controles.
 - b) Referencia y controles con especialidad.
 - c) Retorno a los centros de atención según su nivel de riesgo.
7. En los centros de atención, el personal de enfermería debe tomar signos vitales (temperatura, presión arterial, oximetría de pulso, entre otros) y medidas antropométricas (peso, talla, perímetro abdominal) según corresponda, de acuerdo a lo establecido en el “**Manual de procesos otorgar atención ambulatoria (consulta externa)**” vigente.



8. Todas las disposiciones establecidas en este documento aplican a pacientes de 18 años o más que consulten en los centros de atención del ISSS.
9. Todo el personal de enfermería, médico y educadores en salud, asignados a consulta externa, debe tomar y aprobar anualmente el curso virtual sobre medición automática precisa de la presión arterial de OPS. El cual puede accederse en el siguiente link: **<https://campus.paho.org/es/curso/curso-virtual-sobre-medicion-automatica-precisa-de-la-presion-arterial-2020>**.
10. El director del centro o quien este delegue, debe llevar un registro del personal que apruebe el curso y enviar los listados de médicos, enfermeras, educadores en salud y otros al responsable del programa en su cabeza de red, y este a su vez lo envía al responsable del programa a nivel central durante el mes de enero de cada año.
11. Todos los centros del primer y segundo nivel de atención del ISSS deben realizar ferias de salud y actividades educativas durante la semana cercana a días conmemorativos mundiales de salud, dejando constancia de la realización de las mismas; dichas actividades se deben realizar especialmente en los siguientes días conmemorativos (anexo 1):
 - a) Día Mundial del riñón, segundo jueves del mes de marzo.
 - b) Día Mundial de la Actividad Física, 6 de abril.
 - c) Día Mundial de la hipertensión arterial, 17 de mayo
 - d) Día Mundial Sin Tabaco, 31 de mayo.
 - e) Día Mundial del Corazón, último domingo de septiembre.
 - f) Día Mundial de la Diabetes, 14 de noviembre.

B. Disposiciones específicas

1. El proceso de atención médica en consulta externa, para este programa, puede ser de inscripción, incorporación o subsecuente.
2. Los problemas en salud blanco en este programa son:
 - a) Hipertensión arterial.
 - b) Diabetes mellitus.
 - c) Obesidad.
 - d) Dislipidemia.

Así como sus principales complicaciones:

- e) Enfermedad renal crónica.
 - f) Retinopatía.
 - g) Pie en riesgo.
 - h) Cardiopatía hipertensiva.
3. En lo subsecuente se utilizará el término “enfermedades cardiometabólicas” para referirse a los problemas de salud blanco de este programa.



4. Para los efectos del presente lineamiento se debe utilizar el formulario de “Atención de Inscripción Cardiometaabólica” (anexo 2, C. Form. 1C0C01-131-08-24) y el formulario “Atención Cardiometaabólica Subsecuente” (anexo 3, C. Form. 1C0C01-132-08-24), entre otros.
5. En los centros que no cuenten con emergencia, en los que se presente un paciente con agudización de la enfermedad cardiometaabólica o paciente debutante, se deben aplicar medidas iniciales de acuerdo a su capacidad resolutoria, derivando posteriormente al servicio de emergencia correspondiente.
6. Los centros de atención que cuenten con servicio de emergencia, deben otorgar la atención médica pertinente a pacientes debutantes o en la agudización de la enfermedad cardiometaabólica de acuerdo a su portafolio de servicio; en caso que no se logre el control de la misma, el paciente debe ser referido a un centro de mayor complejidad o en caso que se logre el control de la enfermedad, derivar al paciente al servicio de consulta externa correspondiente con tratamiento hasta por 1 mes.
7. Todo médico en consulta externa que atiende a pacientes con enfermedad cardiometaabólica, debe utilizar los criterios establecidos en este documento para evaluar el riesgo cardiovascular y la clasificación de la cronicidad.
8. Todo personal de salud que evalúe a un paciente con enfermedad cardiometaabólica debe realizar la toma y lectura de presión arterial, aplicando la técnica sugerida por OPS/OMS (anexo 4).
9. Para la organización y funcionamiento del abordaje integral de pacientes con enfermedad cardiometaabólica, se debe contar con los siguientes recursos, de acuerdo a la complejidad de cada centro:

a) Recurso humano

- Médico director.
- Médico general.
- Médico especialista.
- Médico epidemiólogo.
- Enfermera.
- Nutricionista.
- Psicólogo.
- Educador en salud.
- Equipos básicos de salud.
- Equipo de cuidados paliativos

b) Equipo médico, medicamentos e insumos:

- Báscula.
- Cinta métrica.
- Estetoscópio.
- Martillo de reflejos.
- Termómetro digital.
- Oxímetro de pulso.
- Tensiómetros electrónicos automatizados certificados.
- Diapasón de 128 Hz con sordinas.



- Cartillas u optotipos para agudeza visual.
 - Farmacos de acuerdo a lo regulado en el Listado Oficial de Medicamentos.
 - Los formularios a utilizar en el expediente clínico para el proceso de atención en salud en consulta externa son:
 - Atención de inscripción cardiometabólica.
 - Atención cardiometabólica subsecuente.
 - Evaluación de daño a órgano blanco.
 - Evaluación de pie en riesgo.
 - Componente de salud mental.
10. En todos los consultorios donde se brinde atención a enfermedades cardiometabólicas, se debe contar con carpeta virtual o física:
- a) Vía clínica de hipertensión arterial (anexo 5).
 - b) Vía clínica de manejo de diabetes tipo II (anexo 6).
 - c) Tabla de riesgo cardiovascular (anexo 7).
 - d) Tabla de clasificación de la cronicidad (instrumento que sirve para establecer el tipo de intervenciones y la periodicidad de evaluación por parte del médico) (anexo 8).
 - e) Matriz de registro de las enfermedades cardiometabólicas, (anexo 9, C. Form. 1COC01-136-08-24).
11. El proceso administrativo de atención en salud de pacientes con enfermedad cardiometabólica se hace de acuerdo al **“Manual de procesos otorgar atención ambulatoria (consulta externa)”** vigente.
- i. Referente a la organización del personal para el abordaje de pacientes con enfermedad cardiometabólica**
12. El Departamento Planificación en Salud coordina las acciones a nivel central, a través de un responsable designado mediante nota digital o nota física por parte de la jefatura inmediata, quien conduce el programa para el abordaje integral de la enfermedad cardiometabólica en el ISSS.
13. Todos los centros de atención, de acuerdo a su complejidad, deben conformar un equipo gestor local para el abordaje de la enfermedad cardiometabólica, en lo subsecuente, “equipo gestor”, el cual debe velar por el buen funcionamiento del programa.
14. El equipo gestor, está conformado por un médico que funge como responsable directo a nivel local y una enfermera. Además, se deben incluir otras disciplinas como (educador en salud, trabajo social, nutrición, psicología, entre otros) según la disponibilidad y necesidades del programa en centro de atención.
15. El equipo gestor local tiene las siguientes responsabilidades:
- a) Cumple con los lineamientos establecidos en este documento.
 - b) Realiza evaluaciones trimestrales del cumplimiento del programa de acuerdo a los indicadores del mismo.
 - c) Coordina con los diferentes actores gubernamentales y privados actividades relacionadas con la promoción de estilo de vida saludable y prevención de enfermedades en su red de atención.
 - d) Realiza evaluación y monitoreo del programa.



- e) Documenta e informa sobre las actividades realizadas en el marco de las efemérides relacionadas con el programa.
16. El equipo gestor local cumple con las siguientes actividades:
- a) Programa reuniones técnico-administrativas de manera periódica con el propósito de detectar necesidades y puntos de mejora para el buen funcionamiento del programa.
 - b) Supervisa y monitorea las acciones ejecutadas por el personal de salud, responsable de la ejecución del programa.
 - c) Proporciona orientación sobre el programa a todo el personal del centro de atención cuando sea requerido.
 - d) Desarrolla actividades locales de promoción de estilo de vida saludable y prevención de enfermedades en las fechas específicas.
 - e) Participa activamente en las jornadas y actividades gestionadas a nivel institucional y en el Sistema Nacional Integrado de Salud.
 - f) Elabora plan de educación continua, para fortalecer el contenido teórico en el abordaje de enfermedades cardiometabólicas.
 - g) Lleva registro del personal capacitado.
 - h) Consolida, analiza y envía datos al encargado en la cabeza de red, de manera trimestral.
 - i) Actualiza la plataforma del sistema de monitoreo y evaluación de HEARTS.
 - j) Colabora en otras actividades, según sea necesario.

ii. Referente al encargado del programa en cabeza de red

- a) Diseña y elabora el plan anual de trabajo de la red.
 - b) Supervisa y monitorea las acciones ejecutadas por cada uno de los integrantes del programa, en su red.
 - c) Supervisa el correcto llenado y datos introducidos al sistema de monitoreo y evaluación de HEARTS.
 - d) Consolida, analiza y envía datos de la red al responsable del programa en el Departamento de Planificación en Salud.
 - e) Coopera en la organización de las celebraciones de los días conmemorativos en su red.
 - f) Detecta necesidades y puntos de mejora para el buen funcionamiento del programa.
 - g) En el caso de centros hospitalarios cabeza de red, el equipo gestor es el responsable de cumplir las asignaciones mencionadas anteriormente en sus centros de atención adscritos a la red.
17. El director del centro de atención a nivel local debe designar tiempo administrativo (hasta 4 horas por semana) al responsable del equipo gestor local para la realización de las pautas descritas anteriormente.
18. El director del centro cabeza de red, debe asignar (hasta 4 horas por semana) al responsable del equipo gestor para la ejecución de las actividades de acuerdo a la complejidad de la red.

iii. Referente a las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

19. El educador en salud, en conjunto con el responsable del programa a nivel local, deben planificar anualmente el desarrollo de las actividades que incluyan los ejes temáticos prioritarios al programa.
20. Desarrolla actividades educativas preventivas intramurales y extramurales, como programas de autocuidado, ejercicio físico y control de peso, dirigidas a pacientes y trabajadores según sus respectivas áreas de desempeño.



21. Brinda antes o después de la consulta médica: charlas orientadas a la actividad física, adherencia al tratamiento, alimentación saludable, abandono del consumo de tabaco y lleva registro de las actividades realizadas.

iv. Referente al registro de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

22. Las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades se deben registrar en el Sistema Estadístico de Salud en el apartado de educación para la salud, incluyendo charlas, jornadas, cursos, ferias de salud, entre otros.

23. En caso de ferias de salud, es necesario describir el total de personas atendidas y el número de personas identificadas con: presión arterial alta, glicemia elevada, factores de riesgo como: (sobrepeso u obesidad, tabaquistas, etilistas, entre otros).

v. Referente a las actividades a realizar por el médico durante la consulta

a) Inscripción

24. Entrevista al paciente o su acompañante sobre antecedentes personales y familiares.

25. Explora síntomas relevantes de la presente enfermedad y consigna en el formulario “Atención de inscripción cardiometabólica (C. Form. 1C0C01-131-08-24)”

26. Confirma la presión arterial tomada por enfermería.

27. Verifica que estén presentes los siguientes resultados:

- a) Índice de masa corporal y consignarlo en el formulario
- b) Índice Cintura/cadera y consignarlo en el formulario

28. Realiza examen físico completo por sistemas y consignarlo en el formulario.

29. Evalúa el riesgo cardiovascular con la calculadora electrónica de HEARTS (Cardiocal: <https://www.paho.org/es/heart-america/calculadora-riesgo-cardiovascular>) o con la tabla de riesgo cardiovascular en físico (anexo 7).

30. Registra los siguientes datos: Sexo, edad, antecedentes personales de diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o enfermedad vascular periférica), hábitos tabáquicos, perfil lipídico, evaluación de función renal.

31. La tabla **de riesgo cardiovascular** en físico, también debe ser utilizado en aquellos pacientes cuyo rango de edad se salga de los parámetros establecidos en la calculadora HEARTS.

32. Revisa, interpreta y consigna los resultados de los exámenes de laboratorio y de gabinete.



- 33. Verifica que el esquema de vacunación se encuentra completo incluyendo Covid-19.
- 34. Señala el o los diagnósticos del paciente.
- 35. Define el plan médico en el formulario inscripción de atención metabólica.
- 36. En el caso que el paciente durante la atención de inscripción o subsecuente consulte por otra morbilidad, se debe dar la atención en salud respectiva.
- 37. Clasifica la cronicidad y evalúa el riesgo cardiovascular a todo paciente que se le brinde atención en salud en el programa de atención cardiometabólica y consignarlo en el formulario.
- 38. Indica estudios de laboratorio y gabinete necesarios para el seguimiento de cada patología según vías de manejo e interpreta los resultados.
- 39. Emite las recetas necesarias para cada paciente con fármacos, según el Listado Oficial de Medicamento vigente.
- 40. En caso de no tener disponibles los parámetros de laboratorio, el riesgo cardiovascular se debe calcular en la próxima consulta subsecuente.
- 41. Realizar educación en salud a todo paciente que se le brinde atención en salud en el programa cardiometabólico y consignarlo.
- 42. Dar cumplimiento a las vías de manejo de hipertensión y diabetes mellitus.
- 43. Si es posible durante la consulta de inscripción, se debe clasificar la cronicidad de la o las patologías cardiovasculares del paciente en 2 categorías: enfermedad crónica compleja o no compleja, de acuerdo a la siguiente tabla:

TABLA 1. Clasificación de la cronicidad.

Enfermedad crónica no compleja	Enfermedad crónica Compleja
Riesgo leve	Riesgo leve
Riesgo moderado	Riesgo moderado
Riesgo grave	Riesgo grave

Utilizando para ello los criterios establecidos en las tablas de clasificación de la cronicidad (anexo 8), y registrándolo en el formulario de atención de inscripción cardiometabólica.

b) Subsecuentes.

- 44. Actualiza los antecedentes personales y familiares.
- 45. Explora la evolución de síntomas consignados previamente, indaga el apareamiento de nuevos síntomas y consigna en el formulario.



46. Realiza examen físico completo por sistemas y consigna en el formulario.
47. Realiza cálculos y mediciones, a fin de contar con los siguientes resultados:
 - a) Índice de masa corporal
 - b) Índice cintura/cadera
48. Clasifica el riesgo cardiovascular según HEARTS (cuando tenga todo lo requerido) y consigna en el formulario.
49. Revisa e interpreta los resultados de los exámenes de laboratorio.
50. Verifica si cuenta con esquema de vacunación completo: COVID 19, Neumococo e Influenza y remite al paciente donde corresponda en caso que no las tenga.
51. Registra el o los diagnósticos del paciente.
52. Consigna la clasificación de la cronicidad y la evaluación de riesgo cardiovascular del paciente en el formulario de atención cardiometabólica subsecuente, así como también evaluar daño a órgano blanco (anexo 10. C. Form.1C0C01-133-08-24) y pie en riesgo en su respectivo formulario.
53. Define el plan terapéutico y detalla en el formulario subsecuente utilizado para la atención cardiometabólica.
54. Consigna prescripción de actividad física (anexo 2 y 3).
55. Evalúa y consigna la necesidad de intervención de grupos de ayuda (anexo 11 C. Form. 1C0C01-135-08-24).
56. Establece objetivos individuales que nos permitan alcanzar las metas en el paciente (anexo 8).
57. En el caso que el paciente durante la atención subsecuente consulte por otra morbilidad, se dará la atención en salud respectiva.
58. Emite las recetas necesarias para cada paciente y cada fármaco prescrito según el Listado Oficial de Medicamento vigente.
59. Indica estudios de laboratorio y gabinete necesarios para el seguimiento de cada patología según vías de manejo e interpreta los resultados ya obtenidos.
60. Realiza labor educativa al paciente de promoción para la salud y prevención de la enfermedad.
61. Da cumplimiento a las vías clínicas de manejo de hipertensión arterial y diabetes mellitus.
62. Refiere o solicita interconsulta a médico especialista o subespecialista según la clasificación de cronicidad.
63. Continúa, como responsable principal del paciente, con el plan definido en el seguimiento de los pacientes retornados de un centro de mayor complejidad.



64. Actualiza el formulario “Evaluación de daño de órgano blanco” (anexo 10. C. Form. 1COC01-133-08-24) del programa cardiometabólico que conlleva:
- Consignar el resultado y el plan de la evaluación del ojo.
 - Consignar los principales exámenes con los que podemos categorizar el estadio de la enfermedad renal crónica, riesgo cardiovascular y establecer un plan acorde.
 - Llevar actualizado el formulario de pie en riesgo en el paciente con diabetes mellitus.
 - Historiar al paciente con sintomatología para explorar el pie en riesgo en el paciente con diabetes mellitus.
 - Realizar examen físico dirigido al pie derecho e izquierdo
 - Evaluar la sensibilidad del pie en riesgo.
 - Clasificar el pie en riesgo (anexo 12. C. Form. 1COC01-134-08-24).
 - Dar un plan definido acorde al riesgo consignado.
65. Participa en programas de educación continua.
66. Actualiza el riesgo cardiovascular a todos los pacientes cada año o antes, en los casos en los que el paciente presente cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o enfermedad vascular periférica, y consignarlo en cada una de las consultas subsecuentes.
67. Actualiza la clasificación de la cronicidad de la enfermedad y consigna en el expediente en cada una de las consultas de seguimiento.
68. Definida la clasificación de la cronicidad del paciente con enfermedad cardiometabólica, se procede a las siguientes actividades:
- Plan de seguimiento de acuerdo a la evolución de la enfermedad crónica, establecido en la tabla de clasificación de la cronicidad.
 - Establecimiento del tiempo para la concertación de cita a través de las diferentes modalidades.
69. Establece la frecuencia del agendamiento de citas de acuerdo a la clasificación de la cronicidad de la(s) enfermedad(es) principal(es), siendo estas diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemia; así como cuando el paciente presente solamente obesidad o dislipidemia, de acuerdo a los establecido en la siguiente tabla:

Tabla 2. Agendamiento de citas de acuerdo la condición o patología.

DIABETES MELLITUS		HIPERTENSION ARTERIAL	
No complejo		No Complejo	
LEVE	cada 4-6 meses	leve	cada 6 meses
MODERADO	cada 4 meses	moderado	cada 3-6 meses
GRAVE	cada 3 meses	grave	cada 1-3 meses
Complejo		Complejo	
LEVE	individualizado	leve	individualizado
MODERADO	individualizado	moderado	individualizado
GRAVE	individualizado	grave	individualizado



DISLIPIDEMIA	
LEVE	cada 6 meses
MODERADO	4 meses
GRAVE	individualizado

OBESIDAD	
Tipo I	cada 6 meses
Tipo II	6 meses
Tipo III o IV	individualizado

70. La programación de exámenes para la vigilancia del daño a órgano blanco y control de la enfermedad según el riesgo se debe realizar de acuerdo a lo descrito en la tabla de clasificación de la cronicidad.

71. Los centros donde se brindará la atención a los pacientes con enfermedades crónicas complejas y no complejas serán según la clasificación de la cronicidad, de acuerdo a la tabla 3.

Tabla 3. Nivel de atención y seguimiento de acuerdo a la clasificación de la cronicidad de la enfermedad.

Crónico no complejo	Leve	Clínicas empresariales, clínicas comunales y unidades médicas por médico general.
	Moderado	Clínicas empresariales, clínicas comunales y en unidades médicas por médico general o médico especialista.
	Severo	Clínicas empresariales, clínicas comunales y unidades médicas por médico general o especialista.
Crónico complejo	Leve	Unidades médicas y consulta ambulatoria especializada.
	Moderado	Unidades médicas y consulta ambulatoria especializada.
	Severo	Unidades médicas y consulta ambulatoria especializada.

vi. Abordaje de paciente con hipertensión arterial.

a) Tamizaje para hipertensión arterial

72. El personal de enfermería de preparación de las áreas de la consulta externa debe medir la presión arterial a todo usuario mayor de 18 años que visite los centros de atención para recibir consulta médica u odontológica, siguiendo las 8 recomendaciones del paquete HEARTS de OPS (anexo 4) y utilizando el tensiómetro electrónico automatizado de acuerdo a disponibilidad del centro.

73. En los casos de clínicas empresariales, se debe establecer una calendarización anual de toma de presión arterial para los trabajadores de las distintas áreas o divisiones que conforman dicho lugar de trabajo.



74. El personal de enfermería de preparación de consulta externa lleva un registro local del número de pacientes a los que se les toma la presión arterial y cuyo resultado se reporten presiones arteriales elevadas, consignando: nombre, sexo, número de DUI y edad.
75. En caso que el personal de enfermería encuentre pacientes con presión arterial elevada, debe enviar al paciente a evaluación por médico, para corroborar el dato.
76. El médico, de acuerdo a los niveles de presión arterial y estado clínico, envía al paciente para atención en el área de emergencia o deriva para toma de presión arterial por personal de enfermería en menos de 2 semanas para confirmación del diagnóstico.
77. Todo personal de salud, al identificar a un paciente con niveles de presión arterial elevado (mayor de 180/120 mmHg) o un valor menor con sintomatología específica y de acuerdo a su estado clínico, debe enviarlo al área de emergencia (esto aplica a los centros que cuentan con emergencia) o estabilizar en el centro de atención para posteriormente ser referido.
78. Todo paciente a quien el personal de enfermería identifique valores de presión arterial elevados, debe reportarse al médico para evaluación y establecimiento del diagnóstico.

b) Actividades a realizar durante la consulta de pacientes con hipertensión arterial

i. Enfermería

79. El personal de enfermería debe tomar la presión arterial a todos los pacientes hipertensos que consulten para inscripción o control subsecuente, de acuerdo a las recomendaciones de la OPS.

ii. Médico

80. Debe medir la presión arterial siguiendo las recomendaciones de OPS.
81. Una vez establecido el diagnóstico de hipertensión arterial, se procede al manejo del paciente, para lo cual se utiliza vía clínica de manejo de la hipertensión arterial (anexo 5).
82. Si una usuaria con diagnóstico de hipertensión arterial desea quedar embarazada, debe ser referida a la consulta de atención preconcepcional para control.
83. Si a una paciente hipertensa le es diagnosticado embarazo, ésta debe ser referida a la consulta de alto riesgo reproductivo para el control prenatal respectivo, valorando el cambio de medicamento antihipertensivo.
84. El paciente con diagnóstico de hipertensión arterial y que se encuentra en meta o controlado debe continuar el esquema de tratamiento establecido.



85. El paciente con diagnóstico de hipertensión arterial que no se encuentra en meta debe ser agendado cada mes para ajustar el esquema de tratamiento y las intervenciones a realizar o referir al nivel de atención correspondiente, tal como lo recomienda la vía clínica de manejo de la Hipertensión arterial.

86. En las primeras 2 semanas del mes siguiente el equipo gestor local vacía la información requerida en la plataforma del sistema de monitoreo y evaluación de HEARTS de OPS destinada para tal fin.

iii. Abordaje de diabetes mellitus

a) Tamizaje

87. A todo paciente mayor de 18 años se le debe describir el riesgo según escala de FINDRISC (anexo 13), ajustando la puntuación según el grupo de edad del individuo, la cual clasifica el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en los siguientes niveles:

- a) Menos de 7 puntos: riesgo bajo (1% de probabilidad).
- b) 7 a 11 puntos: riesgo ligeramente elevado (4% de probabilidad).
- c) 12 a 14 puntos: riesgo moderado (17% de probabilidad).
- d) 15 a 20 puntos: riesgo alto (33% de probabilidad).
- e) Más de 20 puntos: riesgo muy alto (50% de probabilidad).

88. Dependiendo del riesgo, valorar el seguimiento del paciente.

89. Los adultos asintomáticos con índice de masa corporal mayor o igual a 25 kg/m² y que tengan uno o más de los siguientes factores de riesgo: antecedentes familiares en primer grado, antecedentes de enfermedad cardiovascular, obesidad, hipertensión arterial, síndrome de ovario poliquístico, dislipidemia, diabetes gestacional, son considerados como candidatos a ser tamizados para diabetes mellitus.

90. Los pacientes que sean tamizados por factores de riesgos descritos anteriormente, con resultado negativo, se dejen en control cada año para un nuevo tamizaje de glicemia en ayunas.

91. Al usuario que consulte por cualquier motivo (medicina general, especializada u odontología) en los centros de atención y a quien se le detecten factores de riesgo de diabetes mellitus, se le debe indicar glicemia en ayunas.

92. Todo paciente que consulte en el área de odontología para realización de un procedimiento a quien se le encuentre glicemia fuera del rango normal será referido a consulta externa de medicina general para evaluación y seguimiento.

93. Todos los pacientes que presenten uno o varios factores de riesgo cardiovascular durante visitas domiciliarias, ferias de salud u otras actividades similares, deben ser referidos a un centro de atención correspondiente.

94. A toda paciente con antecedentes de diabetes gestacional y con resultados de glucosa dentro de los parámetros normales se le debe realizar control con glicemia en ayunas cada 3 años.



b) Actividades a realizar durante la consulta.

95. Todo médico debe indicar la glicemia en ayunas y la hemoglobina glicosilada para el seguimiento de la diabetes mellitus en clínicas empresariales, clínicas comunales y unidades médicas según lo establecido en la clasificación de la cronicidad del paciente.
96. A todo paciente con diabetes mellitus se le debe evaluar riesgo cardiovascular.
97. El paciente con diagnóstico de diabetes mellitus debe recibir durante la consulta médica una evaluación periódica de los pies, según la clasificación de pie en riesgo.
98. Todo médico debe utilizar la índice albúmina/creatinina en el paciente con enfermedad metabólica, lo cual permite evaluar la progresión de la enfermedad renal crónica dependiendo de la clasificación de la cronicidad.
99. Las mediciones de índice de albúmina/creatinina deben ser procesadas en laboratorios de la red del ISSS correspondiente; en caso de no contar con laboratorio institucional, se debe proceder de acuerdo al procedimiento establecido para compra de servicio.
100. Una vez establecido el diagnóstico de diabetes mellitus, se procede al manejo del paciente, para lo cual se utiliza vía clínica de manejo de la diabetes mellitus (anexo 6).
101. El paciente con diagnóstico de diabetes mellitus que no se encuentra en meta, debe ser agendado cada mes para ajustar el esquema de tratamiento y las intervenciones a realizar o referir al nivel de atención correspondiente, tal como lo recomienda el algoritmo de manejo de diabetes mellitus 2.
102. Seguimiento del paciente con diabetes mellitus 2:
 - a) Paciente diabético en meta: seguimiento según tablas clasificación de la cronicidad
 - b) Paciente diabético que no se encuentra en meta con o sin complicaciones a los cuatro meses de haber sido atendido inicialmente debe ser referido a especialista, según lo establecido en tablas de cronicidad.

iv. Abordaje de la obesidad

a) Tamizaje

103. A todo paciente que asiste por cualquier motivo a la consulta externa (medicina general, especializada y subespecializada) se le debe calcular índice de masa corporal.
104. Todo paciente con obesidad tipo I, aunque no tenga diagnóstico de alguna otra enfermedad metabólica, será parte del programa de atención cardiometabólica.
105. Todo paciente que de acuerdo a su IMC se encuentre en obesidad tipo I, II, III o IV, debe ser referido a la consulta externa de medicina general, para ser incorporado al programa para el abordaje de la enfermedad cardiometabólica.



b) Control de pacientes con obesidad

106. En los casos de pacientes con obesidad tipo I, II, III y IV, el médico:

- a) Analiza medidas antropométricas.
- b) Determina factores de riesgo (tabaco, alcohol, entre otros) (anexo 2 y 3).
- c) Calcula el riesgo cardiovascular.
- d) Valora el estado de salud mental utilizando el formulario de salud mental y tomando conducta de acuerdo al resultado de este.
- e) Realiza tamizaje de detección temprana del cáncer, según normativa vigente.
- f) Indica exámenes de laboratorio:
 - i. Hemograma
 - ii. Examen general de orina
 - iii. Ácido úrico
 - iv. Índice de albuminuria –creatinina y filtrado glomerular
 - v. T3, T4 y TSH
 - vi. Glicemia en ayunas y hemoglobina glicosilada
 - vii. Perfil lipídico.
 - viii. Perfil hepático.
 - ix. Pruebas de función renal
 - x. Otros de acuerdo al cuadro clínico
- g) Indica ultrasonografía abdominal anual en obesidad tipo III y IV. En el caso de obesidad I y II con factores de riesgo cada 2 años.
- h) Valora las complicaciones secundarias a la obesidad (apnea del sueño, depresión, entre otras) y referir a la especialidad correspondiente o grupos de intervención (clínica tabaco, salud mental entre otras) según corresponda.
- i) Incentiva a integrarse en grupos de actividad física en su entorno.
- j) Refiere con nutricionista para control.
- k) La periodicidad del control se hace de acuerdo a lo establecido en las tablas de clasificación de la cronicidad.
- l) Son candidatos a ser enviados al programa de cirugía bariátrica pacientes con $IMC \geq 40$ o mayor de 35 con al menos una condición seria relacionada a la obesidad o tener más de 100 libras arriba del peso ideal, de acuerdo a los criterios de referencia determinados en los “Lineamientos para la atención de pacientes en cirugía bariátrica del ISSS, vigente”.

v. Abordaje de la dislipidemia.

a) Tamizaje

107. Se realiza con pacientes de la consulta externa a quienes se les hayan indicado exámenes de rutina, diagnóstico y seguimiento de otras enfermedades no transmisibles.



b) Control de pacientes con dislipidemia

108. Para efectos del presente documento normativo, en el caso de la dislipidemia se clasifica de la siguiente manera.

Clasificación	Parámetros
Leve	LDL < 116 mg/dl
	TG: 150 - 499 mg/dl
Moderada:	LDL: 116 a < 190 mg/dl
	TG 500-999 mg/dl
Grave	Hipercolesterolemia familiar o congénita-
	Hipertrigliceridemia aislada > 1000 mg/dl.
	LDL ≥ 190 mg/dl

109. Para el abordaje de pacientes con dislipidemia, sin comorbilidades, considerar las siguientes recomendaciones:

- a) Tratamiento no farmacológico:** indicar en cada consulta, medidas adecuadas de alimentación, ejercicio individualizado, cesación del tabaco, cesación de consumo de alcohol, entre otras.
- b) Tratamiento farmacológico:** el médico indica estatinas en los casos siguientes, individualizando sus dosis según riesgo cardiovascular:
 - i. Hipercolesterolemia.
 - ii. Dislipidemia mixta: colesterol y triglicéridos.
 - iii. Dislipidemia asociada con ENT, crónica de alto riesgo (HTA, DM2, ERC).
- c) Tratamiento farmacológico combinado (estatinas y fibratos):** este tratamiento se indica en dislipidemias mixtas. La dosis debe aumentarse hasta alcanzar la máxima o hasta alcanzar buen control lipídico.

110. En el paciente con muy alto riesgo cardiovascular que no se encuentre en meta: LDL < 70 mg/dl y TAG: > 500 mg/dl, a pesar del buen apego a hábitos saludables y buena adherencia, se debe evaluar la combinación de estatinas más fibrato advirtiendo los efectos adversos y suspender fibrato si aparecen.

111. Si, a pesar de usar tratamiento combinado, no se logran las metas, debe pedirse interconsulta por especialista (medicina interna o medicina familiar), para discutir si puede haber causas secundarias y acordar referencia. Tener en cuenta que puede tratarse de dislipidemia familiar con importante base genética, la cual será muy difícil de tratar.

vi. Referencia, retorno e interconsulta entre los centros de menor y mayor complejidad

112. Los casos que no puedan ser resueltos en la Clínica Metabólica y previa evaluación por especialista interconsultante deben ser derivados al segundo o tercer nivel de atención, según las normas y guías de manejo existentes.

113. Los casos resueltos que han sido derivados al segundo o tercer nivel de atención y que ya fueron estabilizados, deben ser retornados a sus centros de atención previo a un plan de manejo integral a la atención metabólica, según las normas y guías de manejo existentes.



114. Los casos de patología crónica metabólica en no cotizante detectados por las intervenciones del ISSS, son referidos al centro de salud del Ministerio de Salud (MINSAL) más cercano al domicilio de la persona, indicando la atención provista.
115. El paciente metabólico, con sospecha de depresión o ansiedad, recibe una evaluación preliminar utilizando el formulario para la evaluación de salud mental (anexo 11. C. Form. 1C0C01-135-08-24). Si el resultado es positivo, debe ser referido al equipo de salud mental de la red a la que corresponde.
116. Un paciente en atención cardiometabólica que cumpla con los criterios establecidos para la atención paliativa debe ser referido de acuerdo a escala NECPAL para recibir los servicios brindados bajo esta modalidad.
117. Los equipos de atención domiciliar dirigida y programada deben brindar asistencia domiciliar cuando los pacientes tengan limitaciones en la movilidad de carácter temporal o permanente de acuerdo a los criterios consignados en los documentos normativos relacionados.

vii. Flujo de información en la red del ISSS.

118. Los registros de pacientes crónicos metabólicos se consignan en los siguientes instrumentos institucionales:
 - a) Sistema Informático de Farmacia (SAFISSS)
 - b) Sistema Estadístico de Salud (SES)
 - c) Sistema de Agenda Médica.
 - d) Módulo de Emergencia.
 - e) Hoja de ingreso y egreso.
 - f) Registro de pacientes con enfermedades crónicas metabólicas, el cual debe ser llenado de forma mensual y reportado a nivel central.
 - g) Plataforma de OPS/OMS previa creación de usuario y contraseña para el registro de datos.
119. El responsable del programa a nivel local, completa de acuerdo a los periodos establecidos, los parámetros a evaluar en la plataforma del sistema de monitoreo y evaluación de HEARTS de OPS/OMS.
120. El responsable del programa a nivel local (clínicas empresariales, clínicas comunales, unidades médicas) debe enviar la información relacionada con el abordaje de la enfermedad cardiometabólica a su cabeza de red correspondiente.
121. El responsable del programa en la cabeza de red, a su vez, debe enviar el consolidado de la información al responsable del programa en el Departamento Planificación en Salud, que incluye:
 - a) El registro nominal de pacientes.
 - b) La información institucional sobre la clasificación de la cronicidad, evaluación de riesgo cardiovascular, estratificación y caracterización de los pacientes con enfermedades cardiometabólicas.



VII. Responsabilidades del personal.

- 1. Responsable del programa para el abordaje integral de la enfermedad cardiometabólica en el ISSS del Departamento Planificación en Salud.**
 - a) Divulga la presente norma.
 - b) Implementa actividades de supervisión, regulación y control de los requerimientos de la presente norma.
 - c) Solicita información necesaria para el desarrollo del programa.
 - d) Presenta informe de los resultados del programa a las autoridades.

- 2. Director local**
 - a) Facilita la divulgación y cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente norma.
 - b) Brinda apoyo al personal para la ejecución correcta de las actividades establecidas.
 - c) Toma acciones apropiadas a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en la presente norma.

- 3. Responsable del programa a nivel local.**
 - a) Divulga lo establecido en la presente norma.
 - b) Vigila el cumplimiento de todo lo establecido en esta norma.
 - c) Realiza el monitoreo, supervisión, evaluación y análisis de toda situación que afecta al servicio del paciente y establece oportunamente las medidas correctivas.

- 4. Médicos tratantes.**
 - a) Cumplen todo lo establecido en esta norma.
 - b) Refieren o solicitan interconsulta a médico especialista según necesidad, o cuando el riesgo del paciente haya aumentado, debiendo ir acompañada dicha referencia de los estudios correspondientes, según norma de Referencia, Retorno e Interconsulta vigente.
 - c) Participan permanentemente en el programa de educación médica continua diseñado por el centro de atención, cabeza de red o de la Coordinación Institucional.
 - d) Solicitan evaluación por el equipo de cuidados paliativos en los pacientes crónicos complejos según los criterios establecidos de acuerdo al lineamiento técnico de atención en salud, atención paliativa en el ISSS.

- 5. Médico especialista.**
 - a) El médico especialista asignado a la consulta de enfermedades cardiometabólicas debe cumplir las funciones descritas en el presente documento.
 - b) Proporciona asesoría y apoyo técnico a los médicos generales que lo soliciten en su centro de atención cuando sea requerido.
 - c) Participa activamente como facilitador en el desarrollo del Plan Educativo al personal, así como en la evaluación del programa.
 - d) Solicita evaluación por el equipo de cuidados paliativos en los pacientes crónicos complejos según los criterios establecidos de acuerdo al lineamiento técnico de atención en salud, atención paliativa en el ISSS.

- 6. Personal de enfermería.**
 - a) La enfermera asignada a la consulta de enfermedades cardiometabólicas, además de las funciones descritas anteriormente debe:
 - b) Verificar que el expediente contenga todos los elementos necesarios para la consulta.



- c) Asistir y participar en las diferentes actividades educativas y preventivas dirigidas al paciente (pre y post consulta).

7. Educador en salud.

- a) Implementa acciones de promoción de la salud a través de ejes temáticos prioritarios relacionados con estilos de vida saludables enfocados en nutrición, actividad física, consumo de tabaco, entre otros. Lo anterior debe estar incorporado al plan de trabajo de su centro.
- b) Participa en el tamizaje de enfermedades cardiometabólicas cuando sea requerido.

8. Los equipos de visita domiciliar dirigida y programada

- a) Brindan asistencia domiciliar cuando los pacientes tengan limitaciones en la movilidad de carácter temporal o permanente de acuerdo a los criterios consignados en los documentos normativos relacionados.

9. El profesional de nutrición

- a) Proporciona atención, seguimiento nutricional e intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad individual a pacientes en aspectos de alimentación, nutrición y ejercicio a aquellos pacientes del programa que lo ameriten y sean referidos por los médicos. Así como participa activamente en las estrategias para la prevención de enfermedades crónico-metabólicas y de promoción de la salud.
- b) Determina que la atención nutricional sea personalizada de acuerdo a las necesidades del paciente y tomando en cuenta sus condiciones socioeconómicas.

10. Equipo de salud mental

- a) Colabora con actividades de prevención de riesgo de la enfermedad cardiometabólica y de adherencia al tratamiento médico, reducción de peso, uso apropiado del ocio, educación sexual y otros.

11. El profesional de trabajo social (donde aplique)

- a) Contacta a los pacientes faltistas a sus consultas en caso que se requiera.
- b) Participa en actividades educativas de índole colectivo (grupo de apoyo) de los pacientes con riesgo cardiometabólico y realiza visitas domiciliarias a pacientes que lo ameriten para estudios de caso.

VIII. Registros y formularios utilizados en el procedimiento

1. Registro de Actividades de Promoción.
2. Formulario “Atención de Inscripción Cardiometabólica” (C. Form. 1C0C01-131-08-24).
3. Formulario “Atención Cardiometabólica Subsecuente” (C. Form. 1C0C01-132-08-24).
4. Recomendaciones para la toma de presión arterial
5. Vía clínica hipertensión arterial.
6. Vía clínica de diabetes mellitus.
7. Tabla de riesgo de cardiovascular
8. Tablas de la cronicidad.
9. Formulario “Matriz de Registro de las Enfermedades Cardiometabólicas” (C. Form. 1C0C01-136-08-24).
10. Formulario “Evaluación de Daño a Órgano Blanco” (C. Form. 1C0C01-133-08-24).
11. Formulario “Componente de Salud Mental” (C. Form. 1C0C01-135-08-24).
12. Formulario “Evaluación de Pie en Riesgo” (C. Form. 1C0C01-134-08-24).
13. Escala de evolución de factores de riesgo para diabetes mellitus (escala de Findrisc).



IX. Indicadores del programa.

N°	Nombre del indicador	Formula	Estándar
1	Porcentaje de pacientes hipertensos controlados	$\frac{\text{Número de pacientes hipertensos, con TA} < 140/90 \text{ mm Hg.}}{\text{Total de hipertensos atendidos en el periodo.}} \times 100$	50%
2	Porcentaje de pacientes hipertensos y diabéticos con TA <130/80 mmHg	$\frac{\text{Número de pacientes hipertensos con diabetes mellitus con TA} < 130 \text{ mmHg}}{\text{Total de hipertensos con diabetes atendidos en el periodo.}} \times 100$	50%
3	Porcentaje de pacientes hipertensos con diabetes con HbA1c en meta. (%)	$\frac{\text{Número de pacientes hipertensos y diabéticos con HbA1c en meta}}{\text{Total de hipertensos y diabéticos atendidos en el periodo.}} \times 100$	50%
4	Porcentaje de pacientes diabéticos sin hipertensión arterial controlados. (%)	$\frac{\text{Número de pacientes con diabetes mellitus que tienen HbA1c en meta}}{\text{Total de diabéticos atendidos en el periodo.}} \times 100$	50%



X. Anexos

Anexo 1: Informe mensual de actividades educativas y de promoción en salud del programa de atención cardiometabólica.

CELEBRACIONES MUNDIALES	ACTIVIDADES REALIZADAS*	N° DE PERSONAS ATENDIDAS	RESULTADOS OBTENIDOS **
Día Mundial del Riñón	a) b) c)		
Día Mundial de la Actividad Física.			
Día Mundial de la Salud: hipertensión arterial.			
Día Mundial sin Tabaco			
Día Mundial del Corazón			
Día Mundial de la Diabetes.			

*Describir las actividades realizadas que pueden ser: charlas educativas, talleres, ferias de salud, caminatas, etc.

** Aplica solo para ferias de salud. Se describirán el número de personas detectadas con las siguientes condiciones: pre-hipotensos, hipertensos, diabéticos, pacientes con sobrepeso u obesidad, tabaquistas, etilistas, etc.



Anexo 2. Formulario “Atención de Inscripción Cardiometaabólica” (C. Form. 1C0C01-131-08-24)

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL GERENCIA DE SALUD PROGRAMA DE ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOMETABÓLICA ATENCIÓN DE INSCRIPCIÓN CARDIOMETABÓLICA													
NOMBRE DEL PACIENTE: _____						TIPO ASEGURADO: <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> CONYUGUE <input type="checkbox"/> B. PEN. <input type="checkbox"/> B. EMP. <input type="checkbox"/> H.EMP							
No. DE AFILIACIÓN: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____						ESTADO CIVIL: SOLTERO: <input type="checkbox"/> CASADO: <input type="checkbox"/> OTROS: <input type="checkbox"/>							
No. DE DUI: _____				SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		EDAD: _____		FECHA DE CONSULTA: ____/____/____		HORA CONSULTA: ____ AM ____ PM			
MUNICIPIO: _____						ZONA: URBANA: <input type="checkbox"/> RURAL: <input type="checkbox"/>							
ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:													
ACTIVIDAD FISICA:			SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES HTA EN PRIMERA LINEA DE CONSAGUINIDAD:				SI	NO			
REDUCCIÓN DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS:			SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES DISLIPIDEMIA EN PRIMERA LINEA DE CONSAGUINIDAD:				SI	NO			
ALIMENTACIÓN POCO SALUDABLE:			SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES ENF. CORONARIA EN PRIMERA LINEA DE CONSAGUINIDAD:				SI	NO			
CUMPLE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:			SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES ENF. RENAL CRÓNICA EN PRIMERA LINEA DE CONSAGUINIDAD:				SI	NO			
CONSUMO DE TABACO:			SI	NO	ANTECEDENTES DE DIABETES GESTACIONAL:				SI	NO			
CONSUMO DE ALCOHOL:			SI	NO	RIESGO SOCIAL (DETALLAR):				SI	NO			
TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO (ANSIEDAD/DEPRESIÓN):			SI	NO					SI	NO			
ANTECEDENTES FAMILIARES DIABETES EN PRIMERA LINEA DE CONSAGUINIDAD:			SI	NO	ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR PREVIA:				SI	NO			
FUR: ____/____/____		PLANIF. FAMILIAR:		SI	NO	OTROS (REACCIÓN A MEDICAMENTOS, DEPENDENCIA FISICA O MENTAL):				SI	NO		
DATOS RELEVANTES:													
SIGNOS O SÍNTOMAS RELEVANTES (PRESENTE ENFERMEDAD)													
PÉRDIDA DE PESO NO INDUCIDA:			SI	NO	EDEMA DE MIEMBRO. INF.:		SI	NO	SÍNTOMAS APNEA DEL SUEÑO:		SI	NO	
POLIURIA Y/O POLIDIPSIA:			SI	NO	ESTREÑIMIENTO:		SI	NO	INTOLERANCIA AL FRIO:		SI	NO	
VISIÓN BORROSA:			SI	NO	VISITAS A U/E:		SI	NO	FATIGA:		SI	NO	
CEFALEA:			SI	NO	INGRESOS HOSP. RECIENTES:		SI	NO	OTROS:				
DISNEA Y/O ORTOPNEA:			SI	NO	SÍNTOMAS SUGEST. A TB:		SI	NO					
SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRIA:													
TENSION ART.:		FC:	FR:	SPO2:	RCV HEARTS:	PESO (KG):	TALLA (MTS):	IMC:	CINTURA:	CADERA:	INDICE		
/ mm/Hg													
EXAMEN FÍSICO POR SISTEMAS:													
CABEZA Y CUELLO:		NORMAL <input type="checkbox"/>	ANORMAL <input type="checkbox"/>	EXTREMIDADES:		NORMAL <input type="checkbox"/>	ANORMAL <input type="checkbox"/>						
TORAX/PULMONES:		NORMAL <input type="checkbox"/>	ANORMAL <input type="checkbox"/>	NEUROLÓGICO:		NORMAL <input type="checkbox"/>	ANORMAL <input type="checkbox"/>						
CARDIOVASCULAR:		NORMAL <input type="checkbox"/>	ANORMAL <input type="checkbox"/>	PIEL Y TEGUMENTOS:		NORMAL <input type="checkbox"/>	ANORMAL <input type="checkbox"/>						
ABDOMEN:		NORMAL <input type="checkbox"/>	ANORMAL <input type="checkbox"/>	PIE:		NORMAL <input type="checkbox"/>	ANORMAL <input type="checkbox"/>						
OTROS:													

C. Form. 1C0C01-131-08-24



VACUNACIÓN:																	
INFLUENZA:		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No. DE DOSIS:		NEUMOCOCO:		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No. DE DOSIS:		COVID:		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No. DE DOSIS:	
DIAGNÓSTICOS:																	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	OBESIDAD:		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	TIPO		I:	II:	III:	IV:				
DIABETES MELLITUS:		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SOBREPESO:		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	HIPOTIROIDISMO:					SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA:		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DAÑO ORGANO:		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	HIPERTIROIDISMO:					SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
DISLIPIDEMIA:		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR:													
CLASIFICACIÓN POR CRONICIDAD		NO C. LEVE		NO C. MODERADO		NO C. GRAVE		C. LEVE		C. MODERADO		C. GRAVE					
PLAN DE ACCIÓN/SALUD: Px																	
MEDICAMENTO:			DOSIS:			TIEMPO Tx			MEDICAMENTO:			DOSIS:			TIEMPO Tx		
1									6								
2									7								
3									8								
4									9								
5									10								
PLAN DE ACCIÓN/SALUD:																	
PRESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA:																	
PLAN NUTRICIONAL:																	
GRUPOS DE AUTOAYUDA:																	
REFERENCIAS:																	
EXÁMENES INDICADOS:																	
PRÓXIMA CITA:									INTERCONSULTA:								
DÍAS DE INCAPACIDAD:									DOCUMENTO INCAPACIDAD:								
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE: _____									FIRMA Y SELLO: _____								



Anexo 3. Formulario “Atención Cardiometabólica Subsecuente” (C. Form. 1C0C01-132-08-24)

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL GERENCIA DE SALUD PROGRAMA DE ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOMETABÓLICA ATENCIÓN CARDIOMETABÓLICA SUBSECUENTE													
NOMBRE DEL PACIENTE: _____						TIPO ASEGURADO: <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> CONYUGUE <input type="checkbox"/> B. PEN. <input type="checkbox"/> B. EMP. <input type="checkbox"/> H.EMP							
No. DE AFILIACIÓN: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____						ESTADO CIVIL: SOLTERO: <input type="checkbox"/> CASADO: <input type="checkbox"/> OTROS: <input type="checkbox"/>							
No. DE DUI: _____			SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		EDAD: _____		FECHA DE CONSULTA: ____/____/____		HORA CONSULTA: ____ AM ____ PM				
MUNICIPIO: _____						ZONA: URBANA <input type="checkbox"/>			RURAL <input type="checkbox"/>				
ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:													
ACTIVIDAD FÍSICA:				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CONSUMO DE TABACO:				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
REDUCCIÓN DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS:				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CONSUMO DE ALCOHOL:				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
ALIMENTACIÓN POCO SALUDABLE:				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO (ANSIEDAD/DEPRESIÓN):				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
CUMPLE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		RIESGO SOCIAL (DETALLAR):				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR PREVIA:				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
FUR: ____/____/____		PLANIF. FAMILIAR:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		OTROS (REACCIÓN A MEDICAMENTOS, DEPENDENCIA FÍSICA O MENTAL):				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
DATOS RELEVANTES:													
SIGNOS O SÍNTOMAS RELEVANTES (PRESENTE ENFERMEDAD):													
PÉRDIDA DE PESO NO INDUCIDA:			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		EDEMA DE MIEMBRO. INF.:			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SÍNTOMAS APNEA DEL SUEÑO:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
POLIURIA Y/O POLIDIPSIA:			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ESTREÑIMIENTO:			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		INTOLERANCIA AL FRÍO:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
VISIÓN BORROSA:			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		VISITAS A U/E:			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FATIGA:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
CEFALEA:			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		INGRESOS HOSP. RECIENTES:			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		OTROS:			
DISNEA Y/O ORTOPNEA:			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SÍNTOMAS SUGEST. A TB:			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRIA:													
TENSION ART.:		FC:	FR:	SPO2:	RCV HEARTS:	PESO (KG):	TALLA (MTS):	IMC:	CINTURA:	CADERA:	INDICE:		
/ mm/Hg													
EXAMEN FÍSICO POR SISTEMAS:								ESTUDIOS DE LABORATORIO					
CABEZA Y CUELLO:		NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>		EXTREMIDADES:		NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>		TGC		Hbca1: (25)			
TORAX/PULMONES:		NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>		NEUROLOGICO:		NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>		LDL:		CREATININA:			
CARDIOVASCULAR:		NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>		PIEL Y TEGUMENTO:		NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>		HDL:		NU:			
ABDOMEN:		NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>		PIE:		NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>		Otros:		TFG: (27)			
OTROS ESTUDIOS:													

C. Form. 1C0C01-132-08-24



VACUNACIÓN:											
INFLUENZA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No. DE DOSIS:	NEUMOCOCO:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No. DE DOSIS:	COVID:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No. DE DOSIS:
DIAGNÓSTICOS:											
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	OBESIDAD:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	TIPO	I:	II:	III:	IV:	
DIABETES MELLITUS:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SOBREPESO:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	HIPOTIROIDISMO:			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DAÑO ORGANO:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	HIPERTIROIDISMO:			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
DISLIPIDEMIA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR:								
CLASIFICACIÓN POR CRONICIDAD	NO C. LEVE		NO C. MODERADO		NO C. GRAVE		C. LEVE		C. MODERADO		C. GRAVE
PLAN DE ACCIÓN/SALUD: Px											
MEDICAMENTO:	DOSIS:		TIEMPO Tx		MEDICAMENTO:	DOSIS:		TIEMPO Tx			
1					6						
2					7						
3					8						
4					9						
5					10						
PLAN DE ACCIÓN/SALUD:											
PRESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA:											
PLAN NUTRICIONAL:											
GRUPOS DE AUTOAYUDA:											
REFERENCIAS:											
EXÁMENES INDICADOS:											
PRÓXIMA CITA:						INTERCONSULTA:					
DÍAS DE INCAPACIDAD:						DOCUMENTO INCAPACIDAD:					
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE: _____						FIRMA Y SELLO: _____					



• “Diccionario de los formularios de inscripción y subsecuente”

Antecedentes:

Concepto	Definición	Bibliografía
<p>Actividad física</p>	<p>Cualquier movimiento del cuerpo producido por los músculos que conlleva un gasto energético por encima del nivel de reposo. (OMS).</p> <p>18 a 64 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades físicas aeróbicas moderadas durante al menos 150 a 300 minutos. • actividades físicas aeróbicas durante al menos 75 a 150 minutos. <p>Adultos de 65 o más años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las mismas recomendaciones de los adultos de 18 a 64 años. • Se recomienda la realización de actividades físicas variadas, de 3 o más días a la semana, para mejorar la capacidad funcional. <p>Mujeres durante el embarazo y el puerperio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todas mujeres que no esté contraindicado durante el embarazo y puerperio, pueden realizar actividades aeróbicas moderadas durante al menos 150 minutos a lo largo de la semana. <p>Personas con enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se recomiendan actividades físicas aeróbicas moderadas durante al menos 150 a 300 minutos. • O actividades físicas aeróbicas intensas durante al menos 75 a 150 minutos. 	<p>Actividad física [Internet]. Oms.int. [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity</p>

<p>Alimentación poco saludable</p>	<p>Una dieta poco saludable es aquella en que no existe un equilibrio en la ingesta de alimentos de todos los grupos nutricionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alto consumo de sal • Alto consumo de azúcar • Ingesta de grasas trans • Bajo consumo de frutas y verduras. • Baja ingesta de fibras. 	<p>Ciencias de la salud. Alimentación y salud: consecuencias de una dieta poco saludable [Internet]. VIU España. 2017 [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/alimentacion-y-salud-consecuencias-de-una-dieta-poco-saludable</p>
---	---	---



Tratamiento farmacológico	<p>Tratamiento con cualquier sustancia, diferente que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal.</p> <p>La adherencia al tratamiento la podemos medir con la siguiente escala Moresby</p>	<p>Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2011 [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/terapia-farmacologica</p>
Consumo de tabaco	<p>Es una enfermedad crónica causada por la adicción a la nicotina y la exposición permanente a más de 7.000 sustancias, muchas de ellas tóxicas y cancerígenas.</p> <ul style="list-style-type: none">• Fumador leve: consumir menos de 5 cigarrillos diarios.• Fumador moderado: fuma un promedio de 6 a 15 cigarrillos diarios.• Fumador severo: fuma más de 16 cigarrillos por día en promedio.	<p>Tabaquismo [Internet]. Argentina.gob.ar. 2017 [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/tabaquismo</p>
Abuso de consumo de alcohol	<p>Se define el consumo excesivo y peligroso de alcohol como un patrón de consumo que eleva el nivel de alcohol en la sangre.</p> <ul style="list-style-type: none">• Bebedor ligero: 1-2 UBE/día• Bebedor moderado: 3-6 UBE/día• Bebedor alto: 7-8 UBE/día• Bebedor excesivo: 9-12 UBE/día• Gran riesgo: > 13 UBE/día <p>UBE/día: Unidad de bebida estándar que es igual a: 1 UBE a 10 g alcohol.</p>	<p>Definición de los niveles de consumo de alcohol [Internet]. Nih.gov. [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-effects-health/overview-alcohol-consumption/definicion-de-los-niveles-de-consumo-de-alcohol</p>
Trastorno del estado de ánimo: (ansiedad/depresión)	<p>Los trastornos del estado de ánimo son trastornos de la salud mental caracterizados por la existencia de alteraciones emocionales, consistentes en periodos prolongados de tristeza excesiva (depresión), de exaltación o euforia excesivas (manía).</p>	<p>Corel W. Generalidades sobre los trastornos del estado de ánimo [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/profesional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/generalidades-sobre-los-trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo</p>
Enfermedad cardiovascular previa	<p>Constituyen un grupo de trastornos del corazón y los vasos sanguíneos que incluyen cardiopatías coronarias, enfermedades cerebrovasculares.</p>	<p>OEHHA. Enfermedades Cardiovasculares [Internet]. Oehha.ca.gov. 2018 [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: https://oehha.ca.gov/calenviroscreen/indicator/enfermedad-cardiovascular</p>
Reacción a medicamentos	<p>Una reacción adversa a un fármaco (o efecto adverso) es un término que se utiliza para referirse</p>	<p>Smith March DE. Reacciones adversas a los fármacos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en:</p>



	<p>a los efectos no deseados de un fármaco y drogas que provocan malestar o resultan peligrosos.</p>	<p>https://www.msmanuals.com/es/profesional/farmacolog%C3%ADa-cl%C3%ADnica/reacciones-adversas-a-los-f%C3%A1rmacos/reacciones-adversas-a-los-f%C3%A1rmacos</p>
Dependencia física	<p>El estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, enfermedad o la discapacidad, precisas de la atención de otra u otras personas para realizar actividades básicas de la vida.</p> <ul style="list-style-type: none">• Grado I: dependencia moderada, considerada cuando la persona dependiente necesita ayuda para realizar gran parte de las actividades de la vida diaria, como mínimo una vez al día o tiene necesidad de ayuda intermitente o limitada por su autonomía personal.• Grado II: Dependencia severa, considerada cuando la persona dependiente necesita ayuda para realizar gran parte de las actividades de la vida diaria dos o tres veces al día, pero que no requiere la presencia permanente de un cuidador, o necesita una ayuda extensa para su autonomía personal.• Grado III: Gran dependencia, considerada cuando la persona dependiente necesita ayuda para realizar gran parte de las actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia continuada y necesaria de otra persona.	<p>Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2011 [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/dependencia-fisica</p>
Dependencia mental	<p>Es un estado mental en el que las personas pierden la capacidad de resolver sus problemas y de tomar decisiones.</p> <ul style="list-style-type: none">• Grado I: dependencia moderada, considerada cuando la persona dependiente necesita ayuda para realizar gran parte de las actividades de la vida diaria, como mínimo una vez al día o tiene necesidad de ayuda intermitente o limitada por su autonomía personal.• Grado II: Dependencia severa, considerada cuando la persona dependiente necesita ayuda para realizar gran parte de las actividades de la vida diaria dos o tres veces al día, pero que no requiere la presencia permanente de un cuidador, o necesita una ayuda extensa para su autonomía personal.• Grado III: Gran dependencia, considerada cuando la persona dependiente necesita ayuda para realizar gran parte de las actividades	<p>Trastorno de la personalidad dependiente [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000941.htm</p>



	básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia continuada y necesaria de otra persona.	
--	---	--

Signos y síntomas relevantes (Presente enfermedad):

Concepto	Definición	Bibliografía
Pérdida de peso no inducida	Es una pérdida de peso significativa o clínicamente relevante del 5% o más del peso corporal en un periodo de seis meses a un año.	National Institute for Health and Care Excellence (NICE). "Weight loss: Evidence review." NICE Clinical Knowledge Summaries, 2021
Poliuria	Emisión de una cantidad anormalmente grande de orina. Esta cantidad puede variar de una persona a otra y también durante el día y la noche.	National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). "Definition & Facts for Polyuria." U.S. Department of Health and Human Services, 2022
Polidipsia	Sed excesiva como síntoma de enfermedad o alteración psicológica.	Gallego N, Rodrigo D. Poliuria y polidipsia. En: Protocolos Diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. Asociación Española de Pediatría. Madrid: AEP; 2008.
Visión borrosa	Condición oftalmológica en la cual una persona percibe una imagen distorsionada o poco clara de los objetos en su campo visual.	American Academy of Ophthalmology. "Blurry Vision." EyeSmart, 2022, https://www.aao.org/eye-health/symptoms/blurry-vision .
Cefalea	Síntoma que incluye a todo dolor localizado en el cráneo, estas pueden clasificarse como primarias o secundarias.	Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018.
Disnea	Sensación subjetiva de dificultad para respirar, que se experimenta como molestia respiratoria o falta de aire.	American Thoracic Society. "Dyspnea." American Thoracic Society's Documents Library, 2022,
Ortopnea	Se define como la dificultad para respirar cuando se está acostado y que se mejora cuando en posición vertical.	Circulation Research. "Orthopnea." Circulation Research Glossary, 2022



Edema de miembros inferiores	Inflamación de los tejidos blandos secundaria a la acumulación de líquido intersticial.		Goldman MP, Weiss RA. Understanding the Pathophysiology of Venous Ulcers. Dermatol Surg. 2017
	Grado	Descripción	
	1	Leve depresión sin distorsión visible del contorno, desaparición casi instantánea.	
	2	Depresión hasta 4 mm y desaparición en 15 segundos	
	3	Depresión hasta 6 mm y recuperación en 1 minuto.	
4	Depresión profunda hasta de 1 cm con persistencia de 2 a 5 minutos.		

Estreñimiento	El estreñimiento es un trastorno en la frecuencia de la defecación o en el tamaño o consistencia de las heces.	Mearin, F., & Ciriza, C. (2017). Manejo clínico del estreñimiento crónico en la población adulta. Gastroenterología y Hepatología.
Síntomas sugestivos a tuberculosis	Personas que presenten los siguientes signos y síntomas sugestivos, tales como: tos persistente con expectoración por quince días o más, esputo sanguinolento, dolor torácico, fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso y apetito.	Lineamientos técnicos para la prevención y control de la tuberculosis 2020.
Síntomas de apnea del sueño	El síndrome de apnea del sueño(SAS) como la suspensión del flujo aéreo durante el sueño por más de 10 segundos. Signos y síntomas: ronquidos, sueño excesivo diurno, nocturia, hipertensión arterial, cefalea, alteraciones mentales, impotencia sexual, reflujo gastroesofágico, edema maleolar, congestión faríngea.	Serrano, M. C., Martín, C. G., & Fernández, M. A. (2017). Asociación entre la apnea obstructiva del sueño y el síndrome metabólico en pacientes atendidos en un centro de sueño en España. Medicina Clínica
Intolerancia al frío	Es una sensibilidad anormal a un ambiente frío a o una temperatura fría.	Rodríguez-Bartolomé, A., Valverde-Moreno, M., & Saavedra-Santana, P. (2018). Intolerancia al frío en población general y su relación con la composición corporal y la actividad física. Nutrición Hospitalaria
Fatiga	Se refiere a la sensación persistente de agotamiento físico, mental o emocional, que puede interferir en las actividades diarias y la calidad de vida de una persona.	American Academy of Family Physicians (AAFP). "Chronic Fatigue Syndrome." American Family Physician, 2021



Signos vitales y somatometría:

Concepto	Definición		
Riesgo cardiovascular HEARTS	Riesgo cardiovascular	%	
	Bajo	<5%	
	Moderado	5 a <10%	
	Alto	10 a < 20%	
	Muy alto	20 a <30%	
	Critico	≥30%	
Índice de masa corporal (IMC)	Categoría según IMC	Rango	
	Normopeso	18.5-24.9	
	Sobrepeso	25.0-29.9	
	Obesidad tipo I	30.0-34.9	
	Obesidad tipo II	35.3-39.9	
	Obesidad tipo III	40.0-49.9	
	Obesidad tipo IV	≥50.0	
Índice de cintura cadera.	1. Valor Cintura normal en hombres < 94 cm mujeres < 80 cm. 2. Índice cintura/cadera: división del perímetro de la cintura entre el perímetro de la cadera en centímetros.		
	Riesgo	Mujer	Hombre
	bajo	<0.8	<0.94
	moderado	0.81-0.84	0.95-0.99
	alto	>0.85	Mayor 1



Enfermedad Renal Crónica	Categoría	Descripción	Rango
	G1	Normal o alto	> 90
	G2	Levemente disminuido	60-89
	G3a	Descenso leve-moderado	45-59
	G3b	Descenso moderado-grave	30-44
	G4	Descenso grave	15-29
	G5	Fallo renal	< 15
Categorías por FGe (Filtrado glomerular estimado), descripción y rango (ml/ min/1,73 m2) KDIGO 2012			

Anexo 4. Recomendaciones para la toma de presión arterial

No.	Recomendaciones	Descripción.
1.	No conversar.	Hablar o escuchar de forma activa agrega hasta 10 mmHg.
2.	Apoyar el brazo a la altura del corazón	No apoyar el brazo agrega hasta 10 mmHg.
3.	Colocar el manguito en el brazo sin ropa	La ropa gruesa agrega hasta 5-50 mmHg.
4.	Usar el tamaño de manguito adecuado.	Un manguito pequeño agrega de 2 a 10 mmHg.
5.	Apoyar los pies.	No apoyar los pies agrega hasta 6 mmHg
6.	No cruzar las piernas.	Tener las piernas cruzadas agrega de 2 a 8 mm Hg
7.	Tener la vejiga vacía.	Tener la vejiga llena agrega hasta 10 mmHg
8.	Apoyar la espalda.	No apoyar la espalda agrega hasta 6 mmHg
	Indicaciones generales: <ul style="list-style-type: none"> • Medir la presión arterial en un lugar tranquilo y libre de ruidos. • Usar monitores automáticos validados o, si no disponibles, aneroides calibrados. 	



Anexo 5. Vía clínica de hipertensión arterial

Vía Clínica de Hipertensión

A MEDICIÓN PRECISA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

MIDA LA PRESIÓN ARTERIAL A TODOS LOS ADULTOS Y EN TODAS LAS CONSULTAS

- 1 No conversar
- 2 Apoyar el brazo a la altura del corazón
- 3 Colocar el Brazalete en el brazo sin ropa
- 4 Usar el tamaño de brazalete adecuado
- 5 Apoyar los pies
- 6 No cruzar las piernas
- 7 Tener la vejiga vacía
- 8 Apoyar la espalda

Siempre que estén disponibles, utilizar dispositivos automáticos validados para el brazo

B RIESGO CARDIOVASCULAR

DESCUBRA EL RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y COMO MODIFICARLO

CALCULADORA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Utilice la aplicación de HEARTS para evaluar su riesgo cardiovascular.

Escanee el código para acceder a la Calculadora de Riesgo Cardiovascular

Esta aplicación no reemplaza el juicio clínico

C PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

INICIE EL TRATAMIENTO INMEDIATAMENTE LUEGO DE CONFIRMAR HIPERTENSIÓN

Presión Arterial $\geq 140/90$ mmHg en todos los HIPERTENSOS

Presión Sistólica ≥ 130 mmHg en HIPERTENSOS DE ALTO RIESGO (Enfermedad Cardiovascular Establecida, Diabetes, Enfermedad Renal Crónica, Puntaje de Riesgo $\geq 10\%$)

Riesgo cardiovascular	Todos los Hipertensos	Hipertensos de ALTO RIESGO	
		CON enfermedad cardiovascular establecida	SIN enfermedad cardiovascular establecida
META de presión arterial $<140/90$ mmHg	✓		
META de presión arterial sistólica < 130 mmHg		✓	✓
ASPIRINA 100 mg/día		✓	
Estatina dosis alta: ATORVASTATINA 40 mg/día		✓	
Estatina dosis moderada: ATORVASTATINA 20 mg/día			✓

Evitar el consumo de alcohol

Índice de masa corporal entre 18,5 y 24,9

Evitar alimentos altos en sodio

- 1

IECA O ARA II dosis media + HCTZ 12.5 MG

1 MES
- 2

Paciente fuera de meta luego de repetir medicación: IECA O ARA II dosis alta + HCTZ 12.5 MG

1 MES
- 3

Paciente fuera de meta luego de repetir medicación: IECA O ARA II dosis alta + HCTZ 12.5 MG + AMLODIPINO 5 MG

1 MES
- 4

Paciente fuera de meta luego de repetir medicación: IECA O ARA II dosis alta + HCTZ 25 mg + amlodipina 5 mg

1 MES

Paciente fuera de meta:
Consulta con el próximo nivel de atención

Realizar 30 minutos de actividad física diariamente

Mantener una alimentación saludable

No fumar

Pacientes bajo control	Seguimiento mínimo cada 6 MESES	Seguimiento mínimo cada 3 MESES	Suministro de medicación para 3 MESES	Vacunación		
				Influenza	Neumococo	COVID
Todos los hipertensos	✓		✓	✓	✓	✓
Hipertensos de ALTO RIESGO		✓	✓	✓	✓	✓

Organización Panamericana de la Salud

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

EVALÚE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN CADA VISITA

AGRUPE LA MEDICACIÓN EN UNA SOLA TOMA DIARIA

NO APLICA PARA MUJERES EMBARAZADAS O CON SOSPECHA DE EMBARAZO.



Anexo 6. Vía clínica de diabetes mellitus.

VÍA CLÍNICA
DIABETES MELLITUS TIPO 2

1er y 2do nivel de atención

Criterios para la detección de diabetes en adultos asintomáticos

- En adultos con IMC ≥ 25 Kg/m² que tengan uno o más de los siguientes factores: antecedentes familiares en primer grado, antecedentes de ECV, hipertensión arterial, inactividad física.
- En personas con prediabetes se deben hacer la prueba anualmente.
- Antecedentes de diabetes gestacional, hacerse la prueba cada 3 años.
- Personas en general arriba de 40 años.

Criterios diagnósticos	Prediabetes	Diabetes Mellitus
A1c	5,6-6,4 %	$\geq 6,5\%$
Glucosa ayunas	100-125 mg/dl	≥ 126 mg/dl
Glucemia 2 horas después 75 gr	140-199 mg/dl	≥ 200 mg/dl
Glucemia al azar		≥ 200 mg/dl

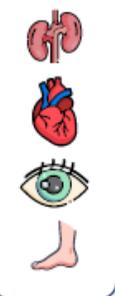
Manejo de riesgo cardiovascular

	Con ECV	Sin ECV
Aspirina 100 mg	Si	No
Atorvastatina 40 mg/día		10-20 mg/día

Riesgo cardiovascular



Vigilancia de daño a órgano



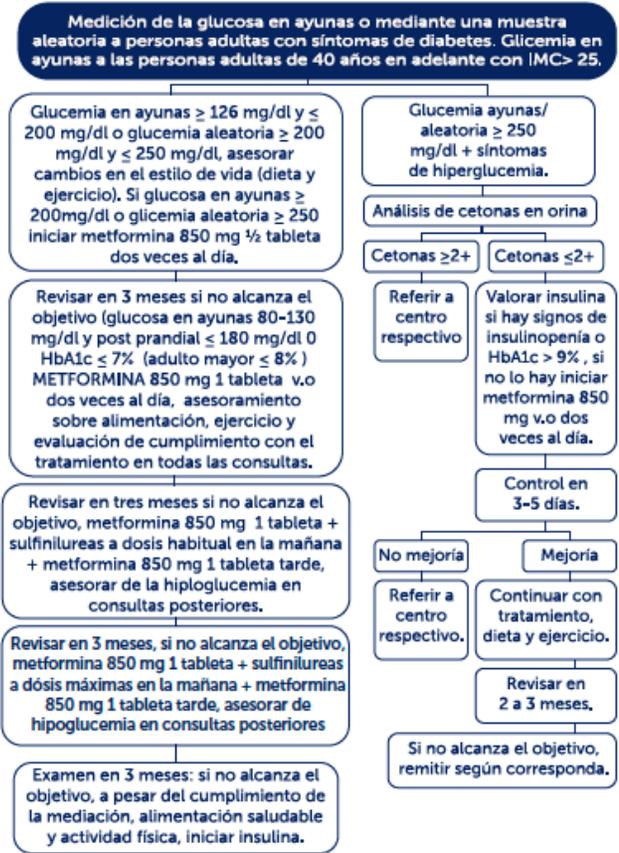
Alimentación balanceada



No fumar



Índice de masa corporal entre 18,5 y 24,9



30 min. de actividad física



Evite alimentos altos en sodio



Evite consumo de alcohol

Adaptado de algoritmo Servicio de Endocrinología





Anexo 7. Tabla de riesgo cardiovascular.



- Paso 1. Seleccione la sección de la tabla para personas con o sin diabetes mellitus.
- Paso 2. Seleccione el cuadro para hombre o mujeres según corresponda.
- Paso 3. Seleccione la columna de no fumador o fumador.
- Paso 4. Seleccione el rango de edad que corresponde.
- Paso 5. Dentera del cuadro seleccionado, busque la celda más cercana donde la presión arterial sistólica y colesterol sérico de la persona se interceptan.
- Paso 6. si el colesterol total en sangre se mide en mg/dl divida entre 38 para pasar a mmol.

Anexo 8. Tablas de cronicidad.

CLASIFICACIÓN CRONICIDAD

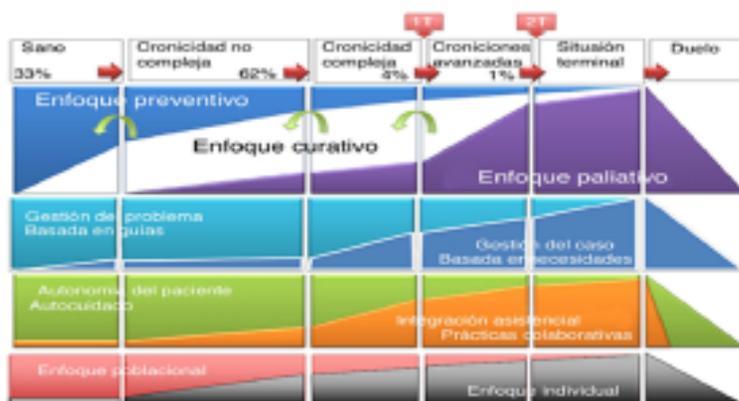


Figura 1 El continuum de la complejidad. 1T: primera transición paliativa. 2T: segunda transición paliativa. Fuente: C. Blay, PPAC 2016.

- ✓ **Enfermedad Crónica no Complejas:**
- ✓ Buen control de su enfermedad.
- ✓ No condiciones severas de Salud.

- ✓ **Enfermedad Crónica Compleja:**
- ✓ Con dos o más enfermedades crónicas
- ✓ Mal control de su enfermedad a pesar de seguimiento en consulta.
- ✓ Condiciones severas de salud.
- ✓ Requieren visitas frecuentes al servicio de emergencia.
- ✓ Necesidad de ingresos recurrentes.
- ✓ Ingesta de múltiples fármacos.

- ✓ **Enfermedad Crónica avanzada:** Cumplirán los criterios de necesidad de cuidados paliativos y el instrumento NECPAL y se atenderán de acuerdo al portafolio de servicio y normativas institucionales vigentes.



**ENFERMEDAD CRÓNICA NO COMPLEJA
DIABETES MELLITUS
ESTRATIFICACIÓN: LEVE**

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	PROGRAMACIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none">HbA1c en meta.Sin ninguna otra enfermedad crónica.Función renal: FG: G1, G2, G 3a + proteínas < 30mg/gr.LDL < 100 mg/dl.TG < 150 mg/dl.Con un criterio de los anteriores alterado pasa a la siguiente categoría.	<ul style="list-style-type: none">Médico generalEnfermeraNutricionistaOdontologíaEducador en saludOptometristaOftalmólogoTelemedicina	<ul style="list-style-type: none">Realizar cálculo de RCV HEARTS.Verificar cumplimiento de esquema nacional de Inmunización.Vigilancia de daño a órgano.Brindar consejería de complicaciones en el embarazo y uso método de PF en mujeres en edad fértil.Referir a atención de alto riesgo reproductivo, si paciente desea embarazo.Verificar tamizaje neoplásico de acuerdo a normativas vigentes.Orientar sobre medidas nefroprotectoras.Verificar progresión o logro de metas .Evaluación del pie según riesgo.Evaluación de sintomatología respiratoria (TB).Educación nutricional.Consejería circuito de consulta.Incentivar a realizar actividad física.Toma de medidas antropométricas.Evaluación bucal.Entre otras.	<ul style="list-style-type: none">Control cada 4 -6 meses.Evaluación anual de pie en riesgo según resultado.Evaluación pruebas función renal inicial y cada 6 meses.HbA1c y glucosa en ayunas inicial y dos veces al año.Perfil lipídico inicial y cada 12 mesesEvaluación del ojo inicial por optometrista y conducta según resultado.ECG cada 12 meses.RCV inicial y cada año.Evaluación bucal por odontólogo general cada 24 meses.	<ul style="list-style-type: none">Clínica comunalClínica empresarialUnidad médica



ENFERMEDAD CRÓNICA NO COMPLEJA DIABETES MELLITUS ESTRATIFICACIÓN: MODERADA

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	PROGRAMACIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> HbA1c de 7,51-7,99% de manera repetida a pesar de cambios del estilo de vida. Función renal: FG G3b,+ proteínas <30mg/gr. G1,G2, G3a + proteínas 30-300mg/gr. LDL >101-190 mg/dl. TG: <500 mg/dl. Con un criterio de los anteriores alterado pasa a la siguiente categoría. 	<ul style="list-style-type: none"> Médico general Enfermera Nutricionista Odontología Educador de salud Optometrista Oftalmólogo Telemedicina 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar calculo de RCV HEARTS. Verificar cumplimiento de esquema nacional de Inmunización. Vigilancia de daño a órgano. Brindar consejería de complicaciones en el embarazo y uso método de PF en mujeres de edad fértil. Referir a atención de alto riesgo reproductivo, si paciente desea embarazo. Verificar tamizaje neoplásico de acuerdo a normativas vigentes. Orientar sobre medidas nefroprotectoras. Verificar progresión o logro de metas. Evaluación del pie según riesgo Evaluación de sintomatología respiratoria (TB) Solicitar evaluación por nutricionista. Consejería circuito de consulta. Incentivar a realizar actividad física. Toma de medidas antropométricas. Evaluación bucal. Valorar grupos de intervención (clínica tabaco y salud Mental). Atención o visita domiciliar cuando aplique. Entre otras. 	<ul style="list-style-type: none"> Control cada 4-6 meses. Evaluación de pie en riesgo según resultado. Perfil lipídico inicial y según criterio clínico. Evaluación pruebas función renal inicial y cada 3 – 6 meses Glucemia en ayunas y HbA1c inicial y tres veces al año. Evaluación del ojo inicial por optometrista y conducta según resultado. ECG cada 12 meses. RCV Inicial y cada año. Evaluación bucal cada 12 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> Clínica comunal Clínica empresarial Unidad médica



ENFERMEDAD CRÓNICA NO COMPLEJA DIABETES MELLITUS ESTRATIFICACIÓN: GRAVE

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	PROGRAMACIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Diabetes Mellitus: HbA1c de 8 -8.9 de manera repetida a pesar de cambios del estilo de vida. Pacientes con HTA + DM. Tabaquismo. Pérdida de la autonomía. Episodio de hipoglucemia de 1 a 2 al mes. Función renal FG: G3b y proteínas 30-300mg/g G1,G2 , G3a + proteínas >300mg/g y < 500mg/g LDL > 191 mg/dl. TG: 500mg/dl- 999 mg/dl. Con tuberculosis en programa de TAES estable de acuerdo a normativa de TB. 	<ul style="list-style-type: none"> Médico general Enfermera Nutricionista Odontología Educador en salud Optometrista Oftalmólogo Telemedicina 	<ul style="list-style-type: none"> I/C con medicina interna , cirugía o medicina familiar según necesidad. Consejería circuito de consulta. Incentivarlo a integrarse en grupos de actividad física. Medidas antropométricas completas. RCV HEARTS. Inmunización según esquema nacional de vacunación. Tamizaje para neoplasia. Verificar los avances en el logro de metas. Seguimiento de daño a órgano. Evaluación del pie según riesgo. Evaluación nutricional. Evaluación bucal. Medidas nefroprotectoras. Evaluación de visita domiciliar, cuando aplique. Valorar mandar a grupos de intervención (clínica tabaco y salud mental). Evaluación de sintomatología respiratoria (TB). Consejería de complicaciones en el embarazo y uso método de PF en mujeres de edad fértil. Se contraindica el embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> Control cada 3 meses. Perfil lipídico inicial y según criterio clínico. Evaluación pruebas función renal a criterio médico. HbA1c y glucemia en ayunas cuatro veces al año. Evaluación inicial del ojo por optometrista y conducta según resultado. ECG según criterio médico. Prueba de esfuerzo si hay alteraciones o sospecha de isquemia silente. Evaluación bucal cada 12 meses. RCV Inicial y cada año. 	<ul style="list-style-type: none"> Clínica comunal Clínica empresarial Unidad médica



ENFERMEDAD CRÓNICA COMPLEJA DIABETES MELLITUS ESTRATIFICACIÓN: LEVE

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	PROGRAMACIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN.
<ul style="list-style-type: none"> HbA1c 9 -9.9% de manera repetida a pesar de cambios del estilo de vida. Acompañado de otras enfermedades crónicas. Con visitas ocasionales al servicio de emergencia relacionados a descompensación de la enfermedad. Con hospitalizaciones ocasionales en el año relacionados a descompensación de la enfermedad. Episodios de hipoglucemia de 3 o 4 veces /mes. Enfermedad cardiovascular aterosclerótica documentada. Función renal: <ul style="list-style-type: none"> - G1,G2 , G3a + proteínas > 500mg/g - G4, G5 + proteínas <30mg/g TG:≥ 1000mg/dl. Obesidad tipo II (con por lo menos 1 condición seria relacionada a la obesidad o tener más de 100 libras arriba del peso ideal. Obesidad tipo III o IV. Con un criterio de los anteriores alterado pasa a la siguiente categoría. 	<ul style="list-style-type: none"> Médico internista o médico familiar / subespecialistas Equipo multidisciplinario Trabajo social Personal de enfermería Odontología Educador en salud Nutricionista Fisiatra/fisioterapeuta (cuando aplique) Psicólogo Personal asignado a las visitas de los diferentes niveles Equipo cirugía bariátrica Optometrista Oftalmólogo Telemedicina Otros 	<ul style="list-style-type: none"> Incentivarlo a integrarse en grupos de actividad física. Consejería circuito de consulta. Medidas antropométricas completas. Evaluación por equipo multidisciplinario. Inmunización según esquema nacional de vacunación. Tamizaje para neoplasia. Medidas nefroprotectoras. Seguimiento de daño a órgano. Evaluación nutricional. Evaluación del pie según riesgo. Evaluación bucal. Valorar mandar a grupos de intervención (clínica tabaco , Salud Mental). Valorar evaluación por equipo de cirugía bariátrica. Evaluación de sintomatología respiratoria (TB). Atención o visita domiciliar cuando aplique. Consejería de complicaciones en el embarazo y uso método de PF en mujeres de edad fértil. Se contraindica el embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> Control de 2 a 4 meses. Perfil lipídico según criterio médico. ECG según criterio médico. Prueba de esfuerzo si hay alteraciones o sospecha de isquemia silente. Evaluación pruebas función renal a criterio médico. Evaluación hepática a criterio médico. Evaluación inicial del ojo por optometrista y conducta según resultado HbA1c y glucemia en ayunas cuatro veces al año. Evaluación bucal cada 12 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> UM con consulta especializada. Consulta externa de hospitales.



ENFERMEDAD CRÓNICA COMPLEJA DIABETES MELLITUS ESTRATIFICACIÓN: MODERADA

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	PROGRAMACIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> HbA1c 10%-11.9%. Acompañado de múltiples enfermedades crónicas, la mayoría con dificultad en su control. Mal control glucémico a pesar de ajustes frecuentes de tratamiento. Hipoglucemias con neuroglucopenias 1 episodio por semana a pesar de ajuste de tratamiento habitual. Con daño a múltiples órganos. Embarazo con DM controlada Función renal: G4,G5 +proteínas 30-300mg/g. Con un criterio de los anteriores alterado pasa a la siguiente categoría. 	<ul style="list-style-type: none"> Médico subespecialistas / internista/cirujano Perinatólogo Trabajadora social Enfermera Educador en salud Nutriología Odontología Equipo de salud mental Fisiatra-fisioterapeuta Equipo cuidados paliativos Optometrista Oftalmólogo Telemedicina Otros 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación por equipo multidisciplinario. Evaluación nutricional. Inmunización según esquema nacional de vacunación. Tamizaje para neoplasia. Medidas nefroprotectoras. Verificar los avances en el logro de metas. Valoración de visita domiciliar cuando aplique. Evaluación del pie según riesgo Valorar evaluación por criterios NECPAL. Evaluación de sintomatología respiratoria (TB). Consejería de complicaciones en el embarazo y uso método de PF en mujeres de edad fértil. Se contraindica el embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> Control individualizado de acuerdo a condición de paciente. Indicar: Perfil lipídico a criterio médico. Evaluación función renal a criterio médico. EKGa criterio médico. Evaluación bucal cada 12 meses HbA1c y glucemia en ayunas cuatro veces al año Prueba de esfuerzo si hay alteraciones o sospecha de isquemia silente Evaluación del ojo según resultado de examen previo. Control prenatal según riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> UM con consulta especializada. Consulta externa de hospitales



**ENFERMEDAD CRÓNICA COMPLEJA
DIABETES MELLITUS
ESTRATIFICACIÓN: GRAVE**

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	PROGRAMACIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> HbA1c ≥ 12. Mal control glucémico a pesar de ajustes frecuentes al tratamiento. Hipoglucemias con neuroglucopenias de 2 o más episodios por semana a pesar de ajuste de tratamiento. Con daño a múltiples órganos. Con visitas frecuentes al año al servicio de emergencia relacionados a descompensación de la enfermedad a pesar de un tratamiento establecido. Con hospitalizaciones frecuentes en el año relacionados a descompensación de la enfermedad a pesar de un tratamiento establecido. Pérdida de la autonomía. Función renal: FG: G3b, g4 y G5 + proteínas > 300mg/g. Embarazada con DM descontrolada. 	<ul style="list-style-type: none"> Médico sub especialistas/ internista/cirujano. Perinatología Intervención de equipo multidisciplinario Odontología Telemedicina Trabajadora social Enfermera Equipo de atención nutricional Equipo de salud mental Fisiatra –fisioterapeuta (cuando aplique) Equipo de cuidados paliativos Otros 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación por equipo multidisciplinario. Evaluación nutricional. Inmunización según esquema nacional de vacunación. Evaluación por criterios NECPAL. Evaluación de daño a órgano. Evaluación de sintomatología respiratoria (TB). Atención o visita domiciliar cuando aplique. Consejería de complicaciones en el embarazo y uso método de PF en mujeres de edad fértil. 	<ul style="list-style-type: none"> Control individualizado. Evaluación según necesidad por el equipo multidisciplinario. Evaluación bucal cada 12 meses. Control prenatal según riesgo. Perfil lipídico según criterio médico. HbA1c y glucosa en ayunas cuatro veces al año. Evaluación función renal a criterio médico. Evaluación del ojo según resultado de examen previo. ECG según criterio clínico. Prueba de esfuerzo si hay alteraciones o sospecha de isquemia silente. 	<ul style="list-style-type: none"> UM con consulta especializada Consulta externa de hospitales



ENFERMEDAD CRÓNICA NO COMPLEJA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESTRATIFICACIÓN: LEVE

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	PROGRAMACIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con valores de presión arterial en meta en controles. • Sin ninguna otra enfermedad crónica. • No HVI. • Función renal: • FG: G1, G2,G3a + proteínas <30mg/gr. • LDL < 100 mg/dl. • TG < 150 mg/dl. • Con un criterio de los anteriores alterado pasa a la siguiente categoría. 	<ul style="list-style-type: none"> • Médico general • Enfermera • Educador en salud • Telemedicina • otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería fuera de consulta. • Incentivar a integrarse en grupos de actividad física. • Medidas antropométricas completas. • RCV HEARTS. • Vigilancia de inmunización según esquema nacional de vacunación. • Medidas nefroprotectoras. • Valorar mandar a grupos de intervención (clínica tabaco y salud mental). • Vigilancia de signos de daño a órgano. • Verificar progresión o logro de metas . • Atención o visita domiciliar cuando aplique. • Consejería de complicaciones en el embarazo y uso método de PF en mujeres de edad fértil. • Si paciente desea embarazo referir a atención de alto riesgo reproductivo previo aval. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control cada 6 meses. • HbA1c una vez al año. • 1 control anual para evaluar daño a órgano. • Evaluación pruebas función renal inicial y cada 6 meses. • Perfil lipídico inicial y cada 12 meses. • ECG cada 12 meses. • Rx tórax inicial y luego cada 5 años. • RCV calcular cada año. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínica comunal • Clínica empresarial • Unidad médica



ENFERMEDAD CRÓNICA NO COMPLEJA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESTRATIFICACIÓN: MODERADA

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	PROGRAMACIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Presión arterial en meta en controles subsecuentes.• No HVI.• Función renal:<ul style="list-style-type: none">- FG: G3b,+ proteínas <30mg/gr- G1,G2, G3a + proteínas 30-300mg/gr.• LDL >101-190 mg/dl.• TG:<500mg/dl.• Con un criterio de los anteriores alterado pasa a la siguiente categoría	<ul style="list-style-type: none">• Médico general• Enfermera• Telemedicina• Educador de salud• Otros	<ul style="list-style-type: none">• Consejería fuera de consulta.• Incentivar a integrarse en grupos de actividad física.• Medidas antropométricas completas.• RCV HEARTS.• Inmunización según esquema nacional de vacunación.• Verificar la progresión o logro de metas.• Vigilancia de signos de daño a órgano.• Medidas nefroprotectoras.• Valorar mandar a grupos de intervención (clínica tabaco y salud mental).• Consejería de complicaciones en el embarazo y uso método de PF en mujeres de edad fértil.• Si paciente desea embarazo referir a atención de alto riesgo reproductivo.	<ul style="list-style-type: none">• Control cada 4-6 meses.• HbA1c una vez al año.• Evaluar daño a órgano según riesgo.• ECG cada 12 meses.• Evaluación pruebas función renal inicial y cada 4-6 meses.• Perfil lipídico inicial y según criterio clínico.• RX inicial y luego cada 5 años.• RCV cada año.	<ul style="list-style-type: none">• Clínica comunal• Clínica empresarial• Unidad médica



ENFERMEDAD CRÓNICA NO COMPLEJA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESTRATIFICACIÓN: GRAVE

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	PROGRAMACIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Presión arterial no está en meta. Acompañado de alguna otra enfermedad metabólica. Cardiomegalia g1 Pérdida de la autonomía. Tabaquista. Función renal: <ul style="list-style-type: none"> - FG: G3b y proteínas 30-300mg/g. - G1,G2 , G3a + proteínas >300mg/g < 500mg/g. LDL > 191 Mg/dl. TG:500-999mg/dl. 	<ul style="list-style-type: none"> Medicina general Medicina familiar Medicina interna Enfermera Telemedicina Educador de salud Otros. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación por nutricionista o educación nutricional. Consejería circuito de consulta. Incentivar a integrarse en grupos de actividad física. I/C con medicina familiar /medicina interna según necesidad. Medidas antropométricas completas. RCV HEARTS. Inmunización según esquema nacional de vacunación. Verificar los avances en el logro de metas. Visita domiciliar (cuando aplique). Seguimiento de daño a órgano. Medidas nefroprotectoras. Evaluación de ECG. Valorar ECO selectivo si ECG y RX tórax es anormal. Valorar mandar a grupos de intervención (clínica tabaco y salud mental). Consejería de complicaciones en el embarazo y uso método de PF en mujeres de edad fértil. 	<ul style="list-style-type: none"> Control cada 1-3 meses. HbA1c una vez al año. Evaluar daño a órgano según riesgo. ECG cada 12 meses. Evaluación pruebas función renal a criterio médico. Perfil lipídico inicial y según criterio clínico. Evaluación del ojo inicial si paciente no está en meta. RCV cada año. 	<ul style="list-style-type: none"> Clínica comunal Clínica empresarial Unidad médica



**ENFERMEDAD CRÓNICA COMPLEJA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL
ESTRATIFICACIÓN: LEVE**

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	PROGRAMACIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Prescripción y consumo > 3 antihipertensivos de manera permanente. • Acompañado de múltiples enfermedades crónicas, la mayoría compensadas. • Cardiopatía dilatada con FEVI > 50%. • Con visitas ocasionales al servicio de emergencia relacionadas a descompensación de su enfermedad. • Con hospitalización ocasionales relacionados a descompensación de la enfermedad. • Con enfermedad cardiovascular aterosclerótica documentada. • Función renal: <ul style="list-style-type: none"> - FG G1,G2 , G3a + proteínas >500mg/g. - G4, G5 + proteínas <30mg/g. • Sospecha de hipertensión secundaria. • TG:>1000mg/dl. • Obesidad tipo II (con por lo menos 1 condición seria relacionada a la obesidad o tener más de 100 libras arriba del peso ideal) . • Obesidad tipo III o IV. 	<ul style="list-style-type: none"> • Médico internista/ subespecialista • Equipo multidisciplinario • Trabajadora social • Enfermera • Educador en salud • Nutrióloga o nutricionista • Telemedicina • Equipo de cirugía bariátrica • Otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación por nutricionista o educación nutricional. • Incentivar a integrarse en grupos de actividad física. • Evaluación por equipo multidisciplinario. • Medidas antropométricas completas. • RCV HEARTS. • Verificar los avances en el logro de metas. • Inmunización según esquema nacional de vacunación. • Tamizaje para neoplasia. • Medidas nefroprotectoras. • Visita domiciliar(cuando aplique). • Seguimiento de daño a órgano. • Valorar mandar a grupos de intervención (clínica tabaco y salud mental). • Valorar ECO selectivo si ECG y RX tórax es anormal. • Valorar evaluación equipo de bariátrica. • Consejería de complicaciones en el embarazo y uso método de PF en mujeres de edad fértil. • Se contraindica el embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Control individualizado. • evaluar daño a órgano. • Evaluación del ojo según resultado de examen previo. • Evaluación pruebas función renal a criterio médico. • Perfil lipídico inicial y según criterio clínico. • ECG y ECO según criterio clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> • UM con consulta especializada • Consulta externa de hospitales



**ENFERMEDAD CRÓNICA COMPLEJA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL
ESTRATIFICACIÓN MODERADA**

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	PROGRAMACIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Mal control de la PA a pesar de buena adherencia al tratamiento. Acompañado de múltiples enfermedades crónicas, la mayoría descompensadas. Prescripción y consumo más de 4 antihipertensivos. Cardiopatía dilatada con FEVI > 50%. Con daño a varios órganos. Embarazo con HTA controlada. Función renal: - FG4,G5 +proteínas 30-300mg. Con un criterio de los anteriores alterado pasa a la siguiente categoría. 	<ul style="list-style-type: none"> Médico subespecialista / internista Ginecólogo/ Perinatólogo Intervención de equipo multidisciplinario Trabajadora social Enfermera Educador en salud Nutriología Telemedicina Equipo de salud mental Fisiatra-fisioterapeuta Equipo cuidados paliativos Equipo de cirugía bariátrica Otros. 	<ul style="list-style-type: none"> Intensificar educación. Evaluación nutricional. Medidas antropométricas completas. Evaluación por equipo multidisciplinario. Inmunización según esquema nacional de vacunación. Tamizaje para neoplasia . Medidas nefroprotectoras. Verificar los avances en el logro de metas. Seguimiento de daño a órgano. Valorar grupos de intervención(clínica tabaco y salud mental). Evaluación equipo de bariátrica. Valorar evaluación por criterios NECPAL. Atencion o visita domiciliar cuando aplique. Consejería de complicaciones en el embarazo y uso método de PF en mujeres de edad fértil. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación individualizado por equipo multidisciplinario. Evaluación del ojo según resultado de examen previo. Pruebas de función renal a criterio médico. Perfil lipídico inicial y según criterio clínico. Control prenatal cada mes. ECG y ECO según criterio clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> UM con consulta especializada Consulta externa de hospitales



ENFERMEDAD CRÓNICA COMPLEJA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESTRATIFICACIÓN: GRAVE

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	PROGRAMACIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatía dilatada con FEV < 50%. • Con arritmias de carácter maligno. • Mal control de la PA a pesar de ajustes frecuentes de tratamiento. • Prescripción y consumo de múltiples medicamentos permanente para el control de su enfermedad. • Con daño a múltiples órganos. • Con visitas frecuentes al año al servicio de emergencia relacionados a descompensación de la enfermedad a pesar de tratamiento establecido. • Con hospitalizaciones frecuentes en el año relacionados a descompensación de la enfermedad a pesar de tratamiento establecido. • Pérdida de la autonomía. • Función renal: FG: G3b, G4 y G5 + proteínas > 300mg/g. • Embarazada con HTA descontrolada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Médico sub especialistas /internista • Perinatología • Intervención de equipo multidisciplinario • Trabajadora social • Enfermera • Educador en salud • Nutrióloga • Equipo de salud mental • Fisiatra – fisioterapeuta (cuando aplique) • Telemedicina • Equipo de cuidados paliativos • Otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación por equipo multidisciplinario según necesidad. • Evaluación nutricional. • Medidas antropométricas. • Inmunización según esquema nacional de vacunación. • Conferencias medicas (cuando aplique). • Verificar los avances en el logro de metas. • Visita domiciliar cuando aplique. • Seguimiento de daño a órgano. • Tamizaje para neoplasia • Evaluación por criterios NECPAL. • Consejería de complicaciones en el embarazo y uso método de PF en mujeres de edad fértil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control individualizado. • Evaluación según necesidad por el equipo multidisciplinario. • Evaluación bucal cada 12 meses. • Prueba de esfuerzo individualizado. • Control prenatal según criterio médico. • Evaluación función renal a criterio médico. • Perfil lipídico inicial y según criterio clínico • Evaluación del ojo según resultado de examen previo. • ECG y ECO según criterio clínico. • Visita domiciliar individualizado. 	<ul style="list-style-type: none"> • UM con consulta especializada • Consulta externa de hospitales



ESTRATIFICACIÓN LEVE DISLIPIDEMIA Pacientes entre 40 y 70 años sin DM ni HTA

CRITERIOS	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	PROGRAMACIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none">LDL < 116 mg/dlTG: 150 - 499 mg/dl.Con un criterio de los anteriores alterado pasa a la siguiente categoría.	<ul style="list-style-type: none">Médico generalEnfermeraTelemedicinanutricionista	<ul style="list-style-type: none">Consejería circuito de consulta.Incentivar a integrarse en grupos de actividad física.RCV HEARTS.Tamizaje para neoplasia.Verificar medidas antropométricas.Valorar grupos de intervención (clínica tabaco y salud mental).Evaluación nutricional.	<ul style="list-style-type: none">Control cada 6 meses.Pruebas de función renal cada 12 meses.Lípidos cada 12 meses.Glucemia en ayunas cada 12 meses.TSH inicial y luego a criterio clínico.ECG cada 12 meses.PFH cada 12 meses.RCV cada año.	<ul style="list-style-type: none">Clínica comunalClínica empresarialUnidad Médica



**ESTRATIFICACIÓN MODERADA
DISLIPIDEMIA
Pacientes entre 40 y 70 años sin DM ni HTA**

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	PROGRAMACIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> LDL:116 a <190 mg/dl. TG 500-999mg/dl. Con un criterio de los anteriores alterado pasa a la siguiente categoría. 	<ul style="list-style-type: none"> Médico general Enfermera Nutricionista Telemedicina Otros 	<ul style="list-style-type: none"> Consejería metabólica. incentivar a integrarse en grupos de actividad física. RCV HEARTS. Verificar medidas antropométricas. Tamizaje para neoplasia. Valorar grupos de intervención(clínica tabaco y salud mental). Evaluación nutricional. 	<ul style="list-style-type: none"> Control cada 4 meses mientras no logre la meta, luego cada 12 meses con los objetivos alcanzados. Glucemia en ayunas cada 6 meses. Pruebas de función renal cada 12 meses. TSH inicial luego a criterio clínico. PFH cada 12 meses. Fracción de lípidos alterados cada 4 meses en ajuste de dosis luego cada 12 meses. ECG cada 12 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> Clínica comunal Clínica empresarial Unidad médica.



**ESTRATIFICACIÓN GRAVE
DISLIPIDEMIA
Pacientes entre 40 y 70 años sin DM ni HTA**

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	PROGRAMACIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Hipercolesterolemia familiar o congénita. • Hipertrigliceridemia aislada > 1000 mg/dl. • LDL\geq190mg/dl 	<ul style="list-style-type: none"> • Internista y subespecialista • Enfermera • Telemedicina • Nutricionista • Otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería metabólica. • incentivarlo a integrarse en grupos de actividad física. • RCV HEARTS. • Verificar medidas antropométricas. • Valorar grupos de intervención(clínica tabaco y salud mental. • Evaluación Nutricional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control individualizado. • ECG cada 12 meses. • ECO individualizado. • Glucemia en ayunas cada 6 meses. • TSH inicial y luego a criterio clínico. • Pruebas de función renal cada 12 meses. • PFH cada 6 meses • Lípidos cada 4 meses durante ajuste de dosis, luego cada 12 meses con objetivos alcanzados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad medica • Consulta especializada



ESTRATIFICACIÓN LEVE OBESIDAD

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	PROGRAMACIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Obesidad de tipo I 30-34,9 kg/m²• Si criterio anterior alterado pasa a la siguiente categoría	<ul style="list-style-type: none">• Médico general• Telemedicina• Enfermera	<ul style="list-style-type: none">• Incentivarlo a integrarse en grupos de actividad física.• Consejería circuito de consulta.• Medidas antropométricas completas.• Tamizaje neoplasia.• Valorar grupos de intervención (clínica tabaco y salud mental).• RCV HEARTS.	<ul style="list-style-type: none">• Control cada 12 meses.• Seguimiento cada 2 años si hay avances, luego alta.• Glucemia en ayunas cada 12 meses.• Pruebas de función renal y hepática cada año.• Perfil lipídico inicial y según criterio clínico.• TSH inicial y luego a criterio clínico.	<ul style="list-style-type: none">• Clínica comunal• Clínica empresarial• Unidad Médica



ESTRATIFICACIÓN MODERADA OBESIDAD

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	PROGRAMACIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Obesidad de tipo II 35-39,9 kg/m².• Si criterio anterior alterado pasa a la siguiente categoría.	<ul style="list-style-type: none">• Médico general• nutricionista• Enfermera• Telemedicina• Equipos de salud mental• Otros	<ul style="list-style-type: none">• Incentivar a integrarse en grupos de actividad física.• Consejería metabólica.• Evaluación nutricional.• Medidas antropométricas completas.• Tamizaje por neoplasia.• RCV HEARTS.• Valorar grupos de intervención (clínica tabaco y salud mental).	<ul style="list-style-type: none">• Control cada 6 meses.• Seguimiento cada año si hay avances.• Pruebas renal y hepática cada año.• Perfil lipídico inicial y según criterio clínico.• Glucemia en ayunas cada 12 meses.• TSH inicial y luego a criterio clínico.	<ul style="list-style-type: none">• Clínica comunal• Clínica empresarial• Unidad Médica

**ESTRATIFICACIÓN GRAVE
OBESIDAD**

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	PROGRAMACIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad de tipo III (mórbida) 40-49,9 kg/m². • Obesidad de tipo IV (extrema) > 50 kg/m² 	<ul style="list-style-type: none"> • Internista y subespecialista • Trabajadora social • Enfermera • Telemedicina • Psicólogo • Nutricionista • Equipo de cirugía bariátrica. • Otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería metabólica. • Incentivar a integrarse en grupos de actividad física. • Medidas antropométricas. • valorar polisomnografía. • RCV HEARTS. • Evaluación de equipo cirugía bariátrica. • Valorar grupos de intervención(clinica tabaco y salud mental). • Evaluación nutricional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control individualizado. • Lípidos individualizado. • Test tolerancia a glucosa inicial y posteriormente Glucemia en ayunas cada 12 meses. • Pruebas renal, hepáticas cada año. • Perfil lipídico y tiroideo inicial y según criterio clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta especializada



Anexo 10. Formulario “Evaluación de Daño de Órgano Blanco” (C. Form. 1C0C01-133-08-24)

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL GERENCIA DE SALUD PROGRAMA DE ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOMETABÓLICA EVALUACIÓN DE DAÑO DE ÓRGANO BLANCO									
NOMBRE DEL PACIENTE: _____					TIPO ASEGURADO: <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> CONYUGUE <input type="checkbox"/> B. PEN. <input type="checkbox"/> B. EMP. <input type="checkbox"/> H.EMP				
No. DE AFILIACIÓN: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____					ESTADO CIVIL: SOLTERO: <input type="checkbox"/> CASADO: <input type="checkbox"/> OTROS: <input type="checkbox"/>				
No. de DUI: _____		SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		EDAD: _____		FECHA DE CONSULTA: ____/____/____		HORA CONSULTA: ____ AM ____ PM	
					ZONA: URBANA <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/>				
EVALUACIÓN DEL OJO									
RESULTADO (__/__/__)					PLAN:				
					NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE MÉDICO TRATANTE				
RESULTADO (__/__/__)									
					NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE MÉDICO TRATANTE				
RESULTADO (__/__/__)									
					NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE MÉDICO TRATANTE				
EVALUACIÓN DEL RIÑÓN									
FECHA	INDICE ALBUMINURIA/ CREAT.	HEMATURIA/PRO TEINURIA	Creat.	Filt. Glom. (28)	ESTADIO (Función Renal) (29)	CALCIO	POTASIO	HEMOGRAMA	OTROS
__/__/__									
__/__/__									
__/__/__									
PLAN EVALUACIÓN DEL RIÑÓN									
__/__/__								FIRMA Y SELLO DE MÉDICO	
__/__/__								FIRMA Y SELLO DE MÉDICO	
__/__/__								FIRMA Y SELLO DE MÉDICO	

C. Form. 1C0C01-133-08-24



EVALUACIÓN DEL CORAZÓN													
FECHA	ECG : norma		BRDHH		BRIHH		HVI (32)		Isquemia		Otros		Detalle Anormalidades
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
__/__/__													FIRMA Y SELLO DE MÉDICO
__/__/__													FIRMA Y SELLO DE MÉDICO
__/__/__													FIRMA Y SELLO DE MÉDICO
PLAN EVALUACIÓN DEL CORAZÓN													
__/__/__													FIRMA Y SELLO DE MÉDICO
__/__/__													FIRMA Y SELLO DE MÉDICO
__/__/__													FIRMA Y SELLO DE MÉDICO
RADIOGRAFIA DE TORAX (Cada 4 años) (colocar si es Sugestiva a Cardiopatía Hipertensiva 31)													
__/__/__													FIRMA Y SELLO DE MÉDICO
__/__/__													FIRMA Y SELLO DE MÉDICO
__/__/__													FIRMA Y SELLO DE MÉDICO
ECOCARDIOGRAMA TT (CUANDO APLIQUE)													
RESULTADO (__/__/__)								PLAN					
RESULTADO (__/__/__)								PLAN					



Anexo 11. Formulario “Componente de Salud Mental” (C. Form. 1C0C01-135-08-24)

	<p>Instituto Salvadoreño del Seguro Social Gerencia de Salud Programa de Atención de la Enfermedad Cardiometabólica COMPONENTE DE SALUD MENTAL</p>	<p>Afiliación n.º: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Fecha: <input style="width: 30%;" type="text"/> / <input style="width: 30%;" type="text"/> / <input style="width: 30%;" type="text"/></p>
Información General		
Nombres y Apellidos: <input style="width: 100%;" type="text"/>		Edad: <input style="width: 50px;" type="text"/>
Lugar de trabajo: <input style="width: 100%;" type="text"/>		Sexo: <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
Evaluación del estado de salud mental:		
<p>Marque la palabra Si, únicamente si lo que se le pregunta lo ha sentido durante los últimos 30 días (1 mes)</p>		
1. ¿Ha tenido frecuentes dolores de cabeza?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
2. ¿Ha tenido mal apetito?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
3. ¿Ha dormido mal?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
4. ¿Se asusta con facilidad?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
5. ¿Sufre de temblor de manos?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
7. ¿Sufre de mala digestión?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
8. ¿No puede pensar con claridad?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
9. ¿Se siente triste?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
10. ¿Llora con mucha frecuencia?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
12. ¿Tiene dificultad de tomar decisiones?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en la vida?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
15. ¿Ha perdido interés en la cosas?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
16. ¿Siente usted que es una persona útil?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
19. ¿Ha tenido sensaciones desagradables en su estómago?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
20. ¿Se cansa con facilidad?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
<p>Un resultado > a 11 puntos es necesario referir a equipos de salud mental.</p>		
Resultado: Plan:	Firma y sello:	

C. FORM. 1C0C01-135-08-24



Anexo 12. Formulario “Evaluación del Pie en Riesgo” (C. Form. 1C0C01-134-08-24)

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL GERENCIA DE SALUD PROGRAMA DE ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOMETABÓLICA EVALUACIÓN DEL PIE EN RIESGO				
NOMBRE DEL PACIENTE: _____			TIPO ASEGURADO: <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> CONYUGUE <input type="checkbox"/> B. PEN. <input type="checkbox"/> B. EMP. <input type="checkbox"/> H.EMP	
No. DE AFILIACIÓN: ____/____/____/____/____/____/____/____/____			RIESGO: <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> R	
No. de DUI: _____ SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M EDAD: _____		HORA DE CONSULTA: _____ AM _____ PM		
EVALUAR	RESULTADO			
	FECHA: ____/____/____		FECHA: ____/____/____	
Apariencia general del pie	MIEMBRO IZQUIERDO NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	MIEMBRO DERECHO NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	MIEMBRO IZQUIERDO NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	MIEMBRO DERECHO NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>
Presencia de onicomiosis	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
NEUROLÓGICO:				
HISTORIA CLINICA				
TIENE PARESTESIA (HORMIGUEO):	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TIENE HIPERALGESIA (QUEMAZÓN):	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TIENE DOLOR PUNZANTE O PINCHAZOS:	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TIENE PERDIDA DE LA SENSIBILIDAD:	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CALAMBRES:	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EXÁMEN FÍSICO				
REFLEJO AQUILEANO:	MI NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	MI NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	MI NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	MD NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>
CALLOSIDADES EN EL PIE:	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RESULTADO PRUEBA DIAPASON, MONOFILAMENTO O TOQUE LIGERO:	MI NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	MD NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	MI NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	MD NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>
EXISTENCIA DEFORMIDAD:	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
VASCULAR ARTERIAL				
HISTORIA CLINICA				
CLAUDICACIÓN INTERMITENTE:	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DOLOR EN REPOSO:	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
REVASCULARIZACIÓN DISTAL PREVIA (PROCEDIMIENTO VASCULAR PREVIO):	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
REVASCULARIZACIÓN PERMEABLE (PULSO PERMEABLE):	MI NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	MD NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	MI NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	MD NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>
VALORACIÓN POR CIRUJANO VASCULAR PERIFÉRICO:	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SE CORROBORÓ ISQUEMIA:	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

C. Form. 1C0C01-134-08-24



EXÁMEN FÍSICO				
PULSO TIBIAL POSTERIOR:	MI NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	MD NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	MI NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	MD NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>
PULSO PEDIO:	MI NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	MD NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	MI NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	MD NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>
VASCULAR VENOSO				
HISTORIA CLINICA				
PESANTEZ DE EXTREMIDADES:	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EDEMA VESPERTINO LEVE O GRAVE:	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ECCEMA EN PIERNAS:	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ÚLCERA VENOSA PREVIA:	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EXÁMEN FÍSICO				
PIGMENTACIÓN OCRES:	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
VENAS VARICOSAS VISIBLES:	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ÚLCERA ACTIVA:	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CLASIFICACIÓN DEL PIE (30)				
Plan				
INCAPACIDAD				
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE				
Pie en riesgo: Una persona con Diabetes que tiene riesgo de desarrollar una ulcera en el pie por tener minimamente neuropatía diabética o EAP.				
ESTRATIFICACIÓN POR RIESGO PIE DIABÉTICO				
Riesgo bajo (categoría 0)	Presencia de diabetes. Sin pérdida de la sensibilidad protectora (PSP), enfermedad arterial periférica (EAP) o deformidad del pie.	Examen cada 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> Educación sobre hábitos saludables para los pies y factores de riesgo. Auto inspección diaria de los pies. Cuidado adecuado de los pies y las uñas. Calzado bien ajustado y ejercicio físico en la medida de lo posible. 	
Riesgo moderado (categoría 1)	PSP	Revisión cada 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Educación sobre la PSP. Auto inspección diaria de los pies. Cuidado profesional de los pies, zapatos a medida, plantillas ortopédicas a medida y calcetines para diabéticos. Referencia a un especialista en rehabilitación para que proporcione un plan de acondicionamiento físico (prescripción de ejercicios) basado en los factores de riesgo. 	
Riesgo alto (categoría 2)	PSP ± EAP/deformación/ evidencia de presión/ onicomiosis	Revisión cada 3-6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Educación sobre la EAP, la deformación, la presión y/o la onicomiosis. Auto inspección diaria de los pies. Cuidado profesional de los pies, zapatos a medida, plantillas ortopédicas a medida y calcetines para diabéticos. Estudios vasculares ± derivación si procede. Tratamiento del dolor isquémico, si está presente. Tratamiento de las deformidades, si las hay, con zapatos ortopédicos Referencia a un ortopedista si es necesario. Referencia a un especialista en rehabilitación para que proporcione un plan de acondicionamiento físico (prescripción de ejercicios) basado en los factores de riesgo. 	
Riesgo muy alto (categoría 3)	Presencia de diabetes con historia previa de ulceración/amputación	Revisión cada 1-3 meses	<ul style="list-style-type: none"> Educación sobre el riesgo de recurrencia. Auto inspección diaria de los pies. Cuidado profesional de los pies, zapatos a medida, plantillas ortopédicas a medida y calcetines para diabéticos. Derivación a un especialista en rehabilitación para que proporcione un plan de acondicionamiento físico (prescripción de ejercicios) basado en los factores de riesgo. Calzado modificado y/o prótesis en función del nivel de amputación. 	
Riesgo urgente	Úlcera activa/infección/ Charcot activo/ isquemia crítica	Se requiere atención urgente	<ul style="list-style-type: none"> Referencia a servicios como una clínica de recuperación de heridas o extremidades 	



Anexo 13. Escala de evolución de factores de riesgo para diabetes mellitus (escala de Findrisco).

1. EDAD (años)	Menos de 45 años	(0 puntos)	<input type="checkbox"/>	
	45- 54 años	(2 puntos)	<input type="checkbox"/>	
	55 - 64 años	(3 puntos)	<input type="checkbox"/>	
	Más de 64 años	(4 puntos)	<input type="checkbox"/>	
2. IMC (Kg/m2)	Menos de 25 Kg/m2	(0 puntos)	<input type="checkbox"/>	
	25 -30 Kg/m2	(1 punto)	<input type="checkbox"/>	
	Mayor de 30 Kg/m2	(2 puntos)	<input type="checkbox"/>	
3. PC (cm) HOMBRE	♀ mujer	♂ hombre		
	< 80 cm	< 94 cm	(0 puntos)	<input type="checkbox"/>
	80 -88 cm	94 -102 cm	(3 puntos)	<input type="checkbox"/>
	> 88 cm	> 102 cm	(4 puntos)	<input type="checkbox"/>
4. EJERCICIO (30 min/diarios)	SI	(0 puntos)	<input type="checkbox"/>	
	NO	(2 puntos)	<input type="checkbox"/>	
5. Frecuencia FRUTA o VERDURAS (Diario)	Cada día	(0 puntos)	<input type="checkbox"/>	
	NO Cada día	(1 punto)	<input type="checkbox"/>	
6. Toma medicacion HTA regularmente	NO	(0 puntos)	<input type="checkbox"/>	
	SI	(2 puntos)	<input type="checkbox"/>	
7. Le han detectado alguna vez, en un control médico, un nivel muy alto de glucosa en su sangre?	NO*	(0 puntos)	<input type="checkbox"/>	
	SI	(5 puntos)	<input type="checkbox"/>	
8. Antecedentes familiares. (SI/NO) diagnosticado de diabetes (tipo 1 o tipo 2)	NO	(0 puntos)	<input type="checkbox"/>	
	SI: Abuelos, tíos, primos	(3 puntos)	<input type="checkbox"/>	
	SI: Padres, hermanos o hijos	(5 puntos)	<input type="checkbox"/>	

* Comprobar el resultado de la medición actual de la glucemia (mayores de 45 años). Se consideran altos valores de prediabetes

TOTAL de puntos:

TOTAL escala de RIESGO	Valor	
BAJO	0-7	
LIGERAMENTE ALTO	8-11	
MODERADO	12-14	
ALTO	15-20	Derivación al médico
MUY ALTO	21	Derivación al médico



Anexo 14: Personal que participó en actualización del documento

Equipo técnico coordinador

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Dra. Silvia G. Mendoza de Ayala	Jefa de Sección	Sección Normalización
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Equipo que elaboró el documento

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Equipo que revisó y validó el documento

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Dr. Samuel G. Henríquez Olivares.	Jefe Departamento Planificación en Salud	Subgerencia de Organización de Servicios de Salud
Dr. Jaime A. Castro Figueroa	Subgerente de Organización de Servicios de Salud	Subgerencia de Organización de Servicios de Salud
Dr. Jaime U. Hernández Quezada	Director	Unidad Médica Puerto de la Libertad
Dra. Yanira E. Hernández de Orellana	Directora	Clínica Comunal Monte Maria
Licda. María Elena Jovel de Henríquez	Jefa	Depto. de Enfermería
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Dra. Mayra Marroquín Ortega	Directora	Clínica Comunal Santa Lucía



Dr. José William Valiente Solís	Director	Unidad Médica Quezaltepeque
Dr. Roilan A. Álvarez García	Director	Clínica Comunal El Calvario Ahuachapán
Dr. Mauricio E. López	Director	Unidad Médica Chalchuapa
Dra. Sandra C Barrera Azenón	Directora	Unidad Médica Ahuachapán
Dr. Herbert F. Murcia Ortiz	Director	Unidad Médica Aguilares.
Dr. Emanuel Moncada Castaneda	Director	Unidad Médica Nejapa
Dra. Emelinda Jeannette Escobar de Ayala	Directora	Unidad Médica Cojutepeque
Dr. Jonathan Hernández	Jefe Consulta Externa	Unidad Médica Santa Tecla
Dr. José Enrique Estrada Guillen	Director	Unidad Médica Zacatecoluca
Licda. Rosa Lilian Ventura Zelaya	Jefe de Educación para la Salud II	Unidad Médica Soyapango
Dr. Oscar Armando Gómez Rosales	Director	Unidad Médica Ilobasco
Dr. Alfredo Andrés Hernández Granadeño	Director	Unidad Médica San Vicente
Dr. Luis A. Gómez Arce	Director	Clínica Comunal San Rafael
Dr. Ángel Jonathan Grijalva Lemus	Director	Unidad Médica Metapán
Dra. Verónica Iveth Rodríguez de García	Directora	Clínica Comunal Santa Catarina
Dra. Marjory Janeth Montano	Directora	Clínica Comunal Santa Bárbara



XI. Registro de actualización del documento

		Lineamientos Técnicos de Atención en Salud “Abordaje integral de la enfermedad cardiometabólica en el ISSS”		LTAS-006
Modificaciones				
Versión	Fecha	Naturaleza de la modificación	Aprobado	
0.0	Marzo 2009	Lineamientos para el manejo integrado de las enfermedades crónicas metabólicas,	Dr. Nelson Nolasco Perla. Director General ISSS.	
1.0	Junio 2014	Manual de organización, funcionamiento y lineamientos normativos de clínicas metabólicas.	Dr. Ricardo Cea Rouannet Director General ISSS.	
2.0	Septiembre 2024	Actualización de documento “Lineamientos Técnicos de Atención en Salud Abordaje integral de la enfermedad cardiometabólica en el ISSS” dejando sin efecto el “Manual de organización, funcionamiento y lineamientos normativos de clínicas metabólicas” de junio de 2014	Dra. Mónica Guadalupe Ayala Directora General ISSS.	



XII. Registro de adendas

 ISSS		Lineamientos Técnicos de Atención en Salud “Abordaje integral de la enfermedad cardiometabólica en el ISSS”		LTAS-006
# Adenda	Fecha	Detalle de la modificación	Aprobado	
1				
2				
3				
4				
5				