

Mejora de la **calidad** en la **atención** a pacientes con **diabetes mellitus**

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA VÍA DE ATENCIÓN INTEGRADA, **CAMPECHE**



En la actualidad, las enfermedades crónicas no transmisibles representan el problema de salud más importante para la población adulta de México



Instituto Nacional
de Salud Pública

Mejora de la **calidad** en la **atención** a pacientes con **diabetes mellitus**

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE
UNA VÍA DE ATENCIÓN INTEGRADA,
CAMPECHE

Editor

Pedro Jesús Saturno Hernández

Coautores

Ofelia Poblano Verástegui, Arturo Cuauhtémoc
Bautista Morales, Omar Acosta Ruiz, José de Jesús
Vértiz Ramírez, Manuel Poblano Murrieta



Instituto Nacional
de Salud Pública

**Mejora de la calidad en la atención a pacientes con diabetes mellitus:
desarrollo e implementación de una Vía de Atención Integrada, Campeche**

Primera edición, 2023

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública

Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán

62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN: 978-607-511-239-8

Hecho en México

Made in Mexico

Coordinación editorial: Carlos Oropeza Abúndez

Edición: Ana Tlapale Vázquez

Producción editorial: Andrea Montiel Bautista

Fotografía: Saúl Gabriel Díaz Sánchez

Citación sugerida:

Saturno Hernández PJ, Poblano Verástegui O, Bautista Morales AC, Acosta Ruiz O, Vértiz Ramírez JJ, Poblano Murrieta M. Mejora de la calidad en la atención a pacientes con diabetes mellitus: desarrollo e implementación de una Vía de Atención Integrada, Campeche. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2023.

Contenido

Prológo	8
Resumen ejecutivo	9
Introducción	10
Objetivos y características de la Vía de Atención Integrada	13
Objetivos	13
Población diana	13
Límites del proceso considerado para la Vía de Atención Integrada	13
Aspectos y servicios contemplados	13
Ámbito o contexto	13
Usuarios finales	14
Servicios implicados	14
Desarrollo de la Vía de Atención Integrada	15
Proceso de elaboración	15
Documentos operativos para la implementación de la vía de atención integrada	16
I. Matriz temporal de actividades	17
II. Hoja de variaciones	22
III. Hoja de información para el paciente y su familia	23
IV. Encuesta de experiencia de la atención	25
Evaluación de la Vía de Atención Integrada	27
Indicadores	27
Análisis de la hoja de variaciones	27
Análisis de la encuesta de experiencia de la atención	27
Referencias	29
Anexos	31
1. Mapeo básico y diagramas de flujo detallados del proceso de atención	31
2. Preguntas clínicas y organizacionales para la construcción de la Vía de Atención Integrada	51
3. Fichas técnicas de los indicadores para evaluar la Vía de Atención Integrada	63

Agradecimientos

Autoridades participantes y facilitadores en la implementación de la VAI

Dra. Liliana De Los Ángeles Montejo León, **Secretaria de Salud**

Dr. Miguel Briceño Dzib, **Director de Servicios de Salud**

Dra. Idalia Ceballos Solórzano, **Subdirectora de Salud Pública**

Dr. Hugo Enrique Grajales Campos, **Jefe del Departamento de Medicina Preventiva**

Dr. Luis José Autún Sánchez, **Coordinador del 2do. nivel de atención - Dirección de Atención Médica**

Mtra. Sagrario del Socorro Pereyra Zetina, **Coordinadora Estatal de Trabajo Social - Dirección de Atención Médica**

Mtra. Josefa Castillo Avendaño, **Coordinadora Estatal de Enfermería - Dirección de Atención Médica**

Dr. Ricardo Alberto López Cosgalla, **Subdirector operativo del T. M. Hospital General de Especialidades "Dr. Javier Buenfil Osorio"**

L.T.S. Grayel Minelia Euan Ucan, **Supervisora de Trabajo Social del T. M. Hospital General de Especialidades "Dr. Javier Buenfil Osorio"**

L.N. Karla Elizabeth Carrillo Olivares, **Coordinadora de la Uneme EC Campeche**

Personal participante en evaluación de Indicadores

LN Alma Esther Poot González, PS Ana Paola Sánchez Alpuche, CD Andrea Ortiz Montalvo, LN Ariani Rocío Ávila Torres, Lic Avy Selene Baeza Novelo, CD Beatriz A. Panti Morales, C Carlos Espadas Pérez, LN Carmen Hernández Bucio, Gerontóloga Carolina Fuentes González, Lic César Ávila Zapata, PSS en nut Danira Vivas Carrillo, LTS Francis Gissel Rodríguez Medina, Psic Gonzalo Enrique Brito Moreno, LCPAP Héctor Hugo Zubieta Balan, PS Jorge Emanuel Cruz Vázquez, TSC Jorge Manuel Cruz Vázquez, C Juan de Dios Rodríguez Carballo, PSS QFB Julianne Adamary Matos Hernández, Gerontóloga Leslie Zumárraga Domínguez, Gerontóloga Leticia Guadalupe Chi Flores, LG Leticia Guadalupe Chi Flores, PSS en gerontología Lidia Palma Arjona, PSS gerontología Litzzy Del Socorro Cahuich Chan, PSS nut Magaly Can Navarrete, TS Nayeli Cantarell Gutiérrez, TS Nayeli del C. Cantarell Gutiérrez, TS Paulina del Rosario Urdapilleta Yerbes, CD Rafael Domínguez Chan, Dr Saúl Gabriel Díaz Sánchez, PSS QFB Shirley del Carmen Luciano Reyes, Gerontóloga Silhi Calderón Reyes, LC Víctor Manuel Poot Aguilar, Lic Yuliana Guadalupe Roquis Rodríguez

Grupo elaborador de la vía de atención integrada

Secretaría de Salud de Campeche

Nivel estatal

Medicina

Dra. Marilú Guadalupe Poot López
Dra. Iris De los santos De los santos
Dra. Idalia Ceballos Solórzano
Dra. Viviana Yadira Solano Montejo

Odontología

C.D. Yohanna Solhanlle Brito Moreno

Psicología

Psic. Arneris del Carmen Cab Martínez

Nutrición

L.N. Nadia Melina Carrillo Alvarado
L.N. Abigail Ávila Mijangos

Informática

L.I. Luis L. Pisté Puc

Trabajo social

L.T.S. Samantha Herrera Rivas

Soporte administrativo

Ing. David Alfredo Gómez Noh
L.T. Erick Ricardo Cardozo Sánchez

Gerontología

L.G. Marcos Vázquez Turriza

Nivel aplicativo

Medicina

Dr. Laureano Eduardo Arroyo López
Dr. Alfredo Che Chan
Dra. Litzaxaya del Carmen Como Romero
Dra. Yalia Irais Rodríguez Toz
Dra. María de Fátima Díaz Sansores
Dr. Miguel Ángel Sosa Zumárraga
Dr. Hyrum José Montejo Barrancos

Enfermería

Enf. Olivia Eugenia Arroyo Cherres
Enf. Amada del Pilar Dzul Cabrera
Enf. María Verónica Serrano Chamis
Enf. Yahaira Guadalupe Novelo Cambranis

Psicología

Psic. Gonzalo Enrique Brito Moreno

Nutrición

L.N. Aracely Olive Denis

Trabajo social

L.T.S. Nayeli del Carmen Cantarell Gutiérrez

Promoción

Prom. Josefina Angélica Caballero Balam

Nivel jurisdiccional

Medicina

Dr. Jorge Antonio Cú Gómez

Activación física

L.E.F. Luis Humberto Martínez Cosgalla

Grupo de seguimiento a la implementación de la Vía de Atención Integrada

Nivel estatal

Medicina

Dra. Idalia Ceballos Solórzano
Dr. Saúl Gabriel Díaz Sánchez

Psicología

Psic. Arneris del Carmen Cab Martínez

Nutrición

L.N. Abigail Ávila Mijangos
L.N. Carmen Hernández Bucio

Informática

L.I. Luis L. Pisté Puc

Soporte administrativo

Ing. David Alfredo Gómez Noh
L.T. Erick Ricardo Cardozo Sánchez

Nivel jurisdiccional

Medicina

Dr. Jorge Antonio Cú Gómez

Nutrición

L.N. Darinka De la Torre Poot

Activación física

L.E.F. Luis Humberto Martínez Cosgaya

Nivel aplicativo

Medicina

Dr. Laureano Eduardo Arroyo López
Dr. Alfredo Che Chan
Dra. Litzaxaya del Carmen Como Romero
Dra. María de Fátima Díaz Sansores
Dr. Miguel Ángel Sosa Zumárraga
Dr. Aquímidés Herminio Yc Rivera

Enfermería

Enf. Judith Chan Vázquez

Nutrición

L.N. Aracely Olive Denis
L.N. Mary Estefany Vargas Chávez

Trabajo social

L.T.S. Cynthia Cardeña García
L.T.S. Nayely del Carmen Cantarell Gutiérrez

Gerontología

L.G. Leticia Guadalupe Chi Flores

Psicología

Psic. Gonzalo Enrique Brito Moreno

Editor

Dr. Pedro Jesús Saturno Hernández, INSP

Coautores

Dra. Ofelia Poblano Verástegui, MGDS. Arturo Cuauhtémoc Bautista Morales, MSP. Omar Acosta Ruiz, Mtro. José de Jesús Vértiz Ramírez, L.N. Manuel Poblano Murrieta. INSP

Prológo

La diabetes mellitus tipo 2 es padecimiento crónico que conlleva una gran carga económica para los servicios de salud de cualquier nación. Pero más allá de eso, representa una gran causa de disminución de la calidad de vida y de discapacidad en las personas que viven con esta enfermedad.

A lo largo de los últimos años, México ha experimentado un aumento progresivo en la prevalencia de esta enfermedad y Campeche no es ajeno a esta situación, como lo demuestran las últimas ediciones de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, un esfuerzo invaluable de investigación por parte del Instituto Nacional de Salud Pública. Campeche ha ocupado los primeros lugares de prevalencia de este padecimiento, por lo que ha sido necesario redoblar esfuerzos para disminuir las complicaciones a largo plazo y trabajar para construir mejores ambientes para que las nuevas generaciones gocen y ejerzan su derecho a la salud.

A estos esfuerzos se suma el presente documento, resultado de cinco años de investigación, iniciado por personal de nuestra Secretaría y continuado por compañeros de distintas áreas de la salud que siguen la esencia de esa iniciativa: entregar un modelo de trabajo que garantice que todas las personas con diabetes accedan de manera justa y equitativa a una atención integral y de calidad en materia de salud.

Así, nuestra Vía de Atención Integrada en diabetes mellitus aspira a ser el modelo de atención no solamente para la diabetes sino de la hipertensión y de la detección de riesgo cardiovascular en nuestro estado y quizá en un futuro para otras entidades y países que vean en este documento una oportunidad para fortalecer sus sistemas de salud.

Sirvan pues estas líneas a manera de prólogo como un agradecimiento al trabajo conjunto del personal de la Secretaría de Salud del Estado de Campeche, al personal de Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas del INSP y a la Fundación Mundial de la Diabetes por poner sus ojos en nuestro estado como punta de lanza en la investigación en salud pública.

¡Enhorabuena!

Dra. Liliana de los Ángeles Montejo León
Secretaria de Salud y Directora General del Indesalud Campeche

Resumen ejecutivo

El presente documento expone la Vía de Atención Integrada (VAI) para la atención de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) elaborada por personal de nivel operativo, jurisdiccional y estatal del estado de Campeche, en coordinación con el grupo de investigadores de la Dirección de Calidad del Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas del Instituto Nacional de Salud Pública; con financiamiento de la Fundación Mundial para la Diabetes a través del proyecto “Mejora de la calidad en el cuidado de la diabetes: desarrollo e implementación de vías clínicas”. Lo anterior con la finalidad de contribuir a la mejora de la detección, atención y seguimiento de personas con este padecimiento.

El Estado de Campeche se encuentra ubicado al Occidente de la Península de Yucatán, su capital y ciudad más poblada es San Francisco de Campeche. La prestación de la atención de los servicios de salud se brinda a través de cuatro hospitales comunitarios, cuatro hospitales generales y un hospital de especialidades, así como, a través de unidades de salud las cuales se encuentran organizadas en tres jurisdicciones sanitarias; también, para el caso particular de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, se brinda atención a través de la Unidad de Especialidades Médicas (Uneme).

La diabetes mellitus (DM) representa un problema de salud pública internacional, la cual ocupa el décimo lugar entre las principales causas de enfermedad en México (2019). México tiene la tasa de mortalidad por DM más alta entre los países latinoamericanos. En cuanto a la prevalencia de diabetes en el estado de Campeche, se ha estimado que es del 14.0%, la cual está por arriba de la media nacional (10.3%).

Para el desarrollo de la Vía de Atención Integrada se siguieron los pasos señalados en el manual del Dr. Pedro Saturno para tal fin; por lo que el equipo de trabajo estableció los límites del proceso, definió las características y especificaciones que deberá cumplir la atención al paciente con DM2; elaboró un mapeo básico del proceso; identificó preguntas clave clínicas y organizacionales; revisó la experiencia local e internacional en cuanto al manejo de este tipo de pacientes. Posteriormente se diseñó un primer borrador de la VAI incluyendo formatos y documentos principales (matriz temporal, hoja de variaciones, hoja de información para el paciente y su familia, encuesta de experiencia de la atención) y se elaboró indicadores para su evaluación. Previa a la implementación de la VAI, ésta y los instrumentos e indicadores fueron validados.

Introducción

La Vía de Atención Integrada (VAI) organiza y determina la secuencia y duración de las intervenciones de todo tipo de personal sanitario y departamentos para un particular tipo de caso. Una vía de atención integrada es una herramienta de diseño o planificación de la calidad desarrollada sistemáticamente, asegurando que se tenga en cuenta la mejor evidencia y a todos los implicados (clientes y coprovedores) y debe ser sometida a una evaluación de su aplicación y efectividad.¹ La característica principal es la de organizar las actividades y definir las responsabilidades de todo el personal relacionado con la atención, considerando que este proceso es multidisciplinario.

La diabetes mellitus (DM) representa un problema de salud pública internacional: en 2019 se estimó en 463 millones el número de personas diagnosticadas.² En México ocupa el décimo lugar entre las principales causas de enfermedad (2019).³ Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 (Ensanut 2018-19), el 10.3% de los adultos ≥ 20 años (8.6 millones de personas) tienen diagnóstico de DM.⁴

En la actualidad, las enfermedades crónicas no transmisibles representan el problema de salud más importante para la población adulta de México. México tiene la tasa de mortalidad por DM más alta entre los países latinoamericanos.⁵

En la Ensanut de Medio Camino 2016 se señala que sólo 20.9% de los pacientes que acuden para la vigilancia y control de la DM refiere que le revisaron los pies, a 15.2% y 4.8% se les realizó en el último año la prueba de hemoglobina glucosilada o microalbuminuria, respectivamente. Además, más del 45% de los encuestados refirió no recibir indicación médica para prevenir o retrasar alguna complicación. A partir de la entrevista a pacientes con diagnóstico de diabetes, 54.5% reportó visión disminuida, 41.2% ardor, dolor o pérdida de sensibilidad en los pies, entre otras complicaciones frecuentes.⁶

En cuanto a la prevalencia de diabetes en el estado de Campeche, se ha estimado que es de 14.0%, la cual está por arriba de la media nacional (10.3%).⁴ Dentro del estado, la Jurisdicción I en Campeche tienen 4,984 pacientes diagnosticados con DM a diciembre de 2019 de acuerdo con el Sistema de Información de Enfermedades Crónicas.⁷ De los pacientes con DM, sólo acuden regularmente a consulta alrededor de 50%. Entre ellos, el 77% están monitorizados midiendo la hemoglobina glucosilada (HbA1c) y menos de 40% de ellos tienen $HbA1c \leq 7\%$.

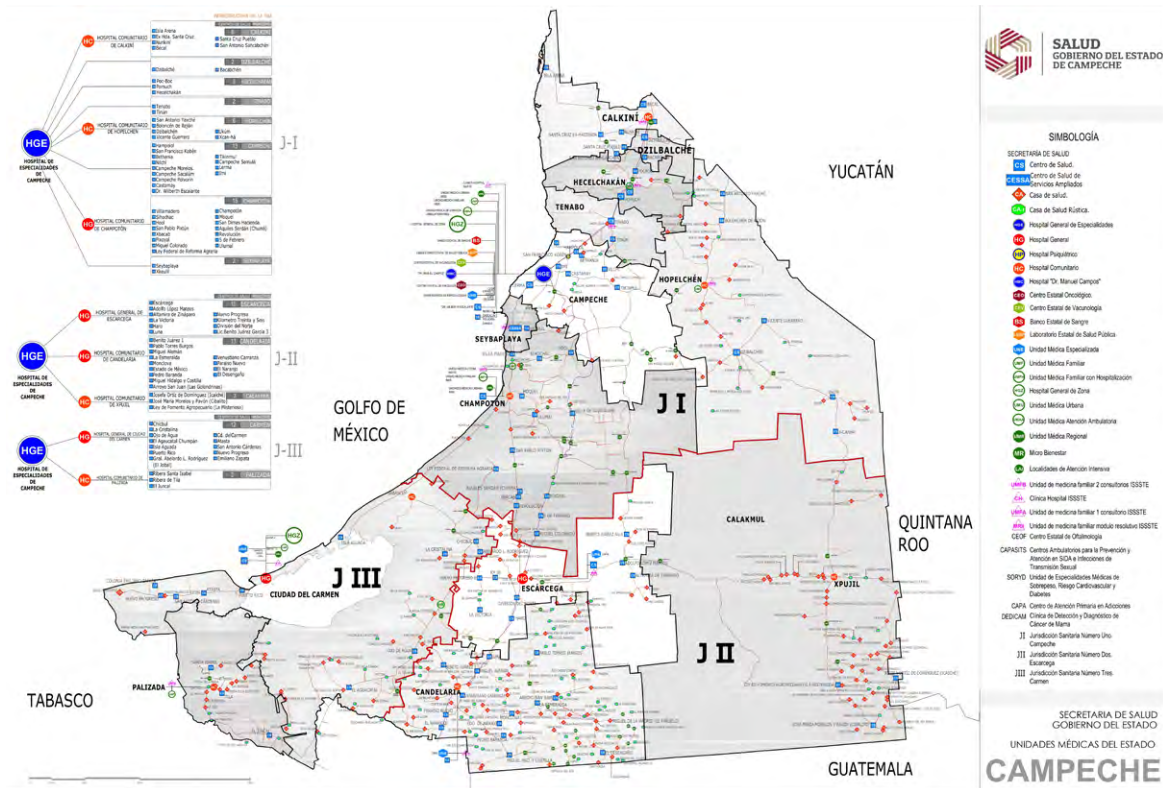
El Estado de Campeche se encuentra ubicado al Occidente de la Península de Yucatán, frente al mar. Su capital y ciudad más poblada es San Francisco de Campeche. Tiene una superficie de 56,858.84 km², lo que representa el 2.86% del territorio del país. Cuenta con una población total para el 2020 de 928,363 habitantes, 294,077 responden a la Ciudad de Campeche.

La prestación de la atención de los servicios de salud se brinda a través de cuatro hospitales comunitarios, cuatro hospitales generales y un hospital de especialidades, así como a través de unidades de salud, las cuales se encuentran organizadas en tres jurisdicciones sanitarias: Jurisdicción Sanitaria 1 Campeche; Jurisdicción Sanitaria 2 Escárcega y Jurisdicción Sanitaria 3 Carmen con 49, 26 y 15 unidades de salud respectivamente. Para el caso

particular de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, se brinda atención a través de la Uneme.

La presente VAI forma parte de los productos obtenidos del proyecto “Mejora de la calidad en el cuidado de la diabetes: desarrollo e implementación de vías clínicas” financiado por la Fundación Mundial para la Diabetes (Quality improvement in care of Diabetes: development and implementation of clinical pathways).

Esta vía se elaboró con la participación de personal de la Secretaría de Salud del Estado de Campeche en coordinación con el grupo de investigadores de la Dirección de Calidad del Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas del Instituto Nacional de Salud Pública.



Infraestructura de la Secretaría de Salud en el estado de Campeche

Origen del proyecto y selección de Centros de Salud participantes

Para el desarrollo de la Vía de Atención Integrada para la atención de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) fue necesaria la conformación de un equipo de trabajo conformado por el personal que está directamente involucrado en el proceso de atención, el cual provino de los centros de salud seleccionados por la Secretaría de Salud del Estado a partir de las unidades de la Jurisdicción Sanitaria I de Campeche con base en los núcleos básicos existentes, recursos humanos para la atención, recursos o acceso disponible a laboratorios, insumos, número de pacientes diagnosticados y en control con diagnóstico de dia-

betes mellitus, etc. Participaron tanto unidades urbanas como rurales, así como la Uneme de enfermedades crónicas (tabla 1).

La finalidad de la VAI plasmada en este documento es garantizar la mayor calidad posible en el proceso de atención de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 a partir de la evidencia científica disponible y de los recursos existente en el ámbito local, así como servir de guía en cada una de las fases de atención para el prestador de los servicios de salud, el paciente y su familia.

Para la elaboración de la VAI con sus instrumentos y formatos fue necesario seleccionar previamente el proceso de atención a diseñar con base en el alto volumen de pacientes; la elevada variabilidad clínica en las actuaciones de los profesionales, así como en la necesidad de coordinación entre estos; interés estratégico para el centro o el sistema de salud; alto costo económico; curso clínico predecible o con evidencia clara sobre su manejo.

Tabla 1. Características de las unidades participantes en la Vía de Atención Integrada para la atención a la diabetes en Campeche

Unidades participantes	CLUES	Tipología	Consultorios de medicina general	Consultorios de otras áreas	Áreas y servicios
Centro de salud Dr. Wilberth Escalante	CCSSA000264	Urbano de 12 Núcleos Básicos Y Más	9	2	Nutrición Laboratorio Clínico Psicología Medicina General Estomatología Medicina Preventiva Planificación Familiar
Centro de salud Imí	CCSSA000305	Rural de 02 Núcleos Básicos	1	0	Planificación Familiar Medicina Preventiva Medicina General
Centro de salud Kobén	CCSSA000334	Rural de 01 Núcleo Básico	1	0	Medicina General Medicina Preventiva Planificación Familiar
Centro de salud Lerma	CCSSA001500	Urbano de 04 Núcleos Básicos	2	1	Planificación Familiar Medicina General Medicina Preventiva Estomatología
Centro de salud Morelos	CCSSA001541	Urbano de 08 Núcleos Básicos	4	1	Medicina General Odontología Trabajo Social Psicología Nutrición Medicina Preventiva
Uneme Crónicas	CCSSA017636	Unidad de Especialidades Médicas (Uneme)	1	3	Medicina Interna Nutrición Psicología Trabajo Social Farmacia Enfermería

Fuente: Elaboración propia con base en el catálogo de Clave única de Establecimientos de salud

Objetivos y características de la Vía de Atención Integrada

Objetivos

General

Mejorar la calidad de la atención para los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 a través del desarrollo e implementación de vías de atención integrada en cinco centros de salud pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria I Campeche.

Específicos

- a. Desarrollar una Vía de Atención Integrada adaptada al contexto para la atención de pacientes con DM2 en la Jurisdicción Sanitaria I de la Secretaría de Salud del Estado de Campeche.
- b. Implementar la Vía de Atención Integrada desarrollada en los centros de salud de primer nivel de atención participantes en el Estado de Campeche.
- c. Captar de forma oportuna pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2.
- d. Captar de forma oportuna a pacientes que presenten diabetes mellitus tipo 2.
- e. Realizar un diagnóstico integral del paciente con diabetes mellitus tipo 2.
- f. Identificar comorbilidades y complicaciones, y canalizar de forma oportuna a los servicios correspondientes.
- g. Iniciar de forma oportuna el tratamiento de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus.
- h. Homogeneizar el seguimiento de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus.
- i. Evaluar el efecto de la implementación de la Vía de Atención Integrada en la calidad de la atención para pacientes con diagnóstico de DM2 en los centros de salud participantes.
- j. Difundir la experiencia por diversos medios para promover la sostenibilidad y la ampliación de la vía.

Población diana

Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Límites del proceso considerado para la Vía de Atención Integrada

Desde el tamizaje para la captación de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, tanto en comunidad como en la unidad, hasta el seguimiento de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en control por un año. No se excluyen de la vía a aquellos pacientes con diagnóstico previo de diabetes mellitus, a quienes se les incorporará de acuerdo con la fase del proceso de atención en que se encuentren.

Aspectos y servicios contemplados

Actuaciones del personal de salud en la captación, atención y seguimiento de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Ámbito o contexto

La presente vía se desarrolla en la capital del Estado: San Francisco de Campeche, con 294,077 habitantes. La atención que se brinda a esta población es a través de las 49 unidades pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria I, tres hospitales comunitarios y un hospital de Especialidades, así como de la Uneme Crónicas.

Unidades participantes: Centro de salud Dr. Wilberth Escalante, Centro de salud Imí, Centro de salud Kobén, Centro de salud Lerma, Centro de salud Morelos, Uneme Crónicas, Hospital.

Usuarios finales

Personal involucrado o responsable del proceso de atención del paciente con diagnóstico de diabetes mellitus: vigilantes, administrativos, personal de laboratorio, médicos, enfermería, trabajo social, psicología, odontología, nutrición, promoción, activación física.

Servicios implicados

Servicios generales: vigilancia

Administrativo: admisión, archivo clínico, trabajo social, administración

Área médica: médicos generales, médicos integristas, odontólogos

Área psicología

Área de nutrición

Área de enfermería

Servicios auxiliares: laboratorio, promoción

Uneme crónicas (admisión)

Hospital (admisión)

Desarrollo de la Vía de Atención Integrada

Proceso de elaboración

Posterior a la selección del proceso y equipo de trabajo se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- El equipo de trabajo estableció los límites del proceso. En el caso de la presente vía, se acordó que el inicio es al momento del tamizaje a la población general y el final cuando el paciente, una vez diagnosticado e instaurado su tratamiento, logre su control durante un año.
- Definición de las características y especificaciones que deberá cumplir la atención al paciente con diabetes mellitus tipo 2. Mapeo básico del proceso; es decir, la división del proceso de atención en distintos segmentos con el objetivo de marcar una ruta clara de la atención evitando desvíos del punto central, que es el paciente con DM2. El mapeo permite a su vez analizar cada uno de los segmentos identificando los subprocesos o actividades que lo componen y con ello desarrollar diagramas de flujo para cada uno de los segmentos identificados (anexo 1).
- Se identificaron preguntas clave clínicas y organizacionales (anexo 2) que debe responder la VAI con relación al proceso de atención, en este sentido la vía debe explicar con claridad y precisión ¿Qué actividades deben hacerse en la atención del paciente con DM2?, ¿Cuándo deben hacerse estas actividades?, ¿Cómo deben hacer las actividades?, ¿Quién es el responsable de realizar la actividad? y, ¿Dónde deben realizarse estas actividades?
- Revisión de la experiencia local e internacional y revisión bibliográfica de la evidencia en cuanto al manejo de los pacientes con diabetes mellitus.
- Diseño consensuado del primer borrador de la VAI incluyendo formatos y documentos principales (matriz temporal, hoja de variaciones, hoja de información para el paciente y su familia, encuesta de experiencia de la atención).
- Elaboración de indicadores mediante los cuales será evaluada, incluyendo los formatos y documentos para registro y obtención de datos.
- Validación de la VAI, incluyendo sus instrumentos e indicadores.

En total se realizaron 43 sesiones, de las cuales, 25 fueron presenciales con una duración de cinco horas efectivas cada una, y 18 virtuales con una duración aproximada de dos horas cada una, en las cuales el grupo de apoyo técnico guio a los participantes de la Secretaría de Salud en la discusión, análisis y elaboración de instrumentos de cada etapa del proceso de atención a la diabetes mellitus tipo 2.

En el desarrollo de estas sesiones se busca diseñar como equipo un proceso de atención que beneficie principalmente al paciente, pero también que facilite, estandarice y coordine el esfuerzo de todo el personal involucrado en la atención. Para lograr lo anterior, el personal involucrado expresa la forma en cómo realiza las distintas actividades, así como los recursos con los que cuentan para ello, tanto materiales como de capital humano; se compara la evidencia científica disponible y se elabora una nueva propuesta del proceso de atención mejorado. Posterior a las sesiones, de forma asíncrona, cada integrante del equipo en lo individual nuevamente revisa la

propuesta y busca material que lo complemente. En la siguiente reunión, cada participante tiene la oportunidad de exponer su propuesta de mejora del proceso al equipo. Esta serie de actividades se llevan a cabo las veces que se consideren necesarias hasta llegar a un consenso. De esta forma se diseñan los distintos instrumentos que contempla la VAI.

Documentos operativos para la implementación de la vía de atención integrada

En los siguientes párrafos se presentan los principales instrumentos que forman parte de la VAI, así como una breve explicación de cada uno de ellos.

I. Matriz temporal de actividades

Es el documento central de la VAI. En ella se detallan las actividades a realizar por cada uno de los miembros del personal de salud involucrado en la atención de los pacientes con diabetes mellitus, así como su secuencia y periodicidad, que sirve como referencia para el personal que llevarán a cabo su aplicación. Consiste en una tabla en la que las columnas representan las unidades de tiempo y las filas las actividades y responsabilidades.


1. Matriz temporal de actividades iniciales: tamizaje, diagnóstico, valoración basal, tratamiento inicial, atención al entorno familiar

Nombre del paciente:				No. de expediente:	
Responsable	Día 0	Día 1		Día 1	
	Tamizaje en la comunidad (adultos >20 años)	Tamizaje en unidad (adultos >20 años)		Diagnóstico (tras tamizaje en comunidad, en unidad o en entorno familiar)	
				Valoración basal-1	
				Tratamiento inicial (no farmacológico y farmacológico)	
Personal de salud que visite comunidad (promotor de salud, trabajo social, enfermería, activador, psicólogo, médico)	Aplicación de cuestionario de factores de riesgo con consentimiento y preguntar síntomas (poliuria, polifagia, polidipsia)	↓	↓	↓	↓
	-En caso de tamiz <10 y sin síntomas: dar orientación sobre hábitos saludables y repetir tamizaje en un año.				
	- En caso de tamiz >10 o con síntomas: toma de glicemia capilar y agendar cita en la unidad.				
	Si el paciente tiene seguridad social: entregar el cuestionario y dar orientación.				
Se registra el paciente para seguimiento					
Trabajo social		Preguntar sobre seguridad social Otorga ficha de consulta		Preguntar sobre seguridad social Otorga ficha de consulta	
Enfermería	- Aplicación de cuestionario de factores de riesgo con consentimiento y preguntar síntomas (poliuria, polifagia, polidipsia)	↓	↓	-Solicita expediente o apertura	Enfermería o promotor: -Aplicación de cuestionario de actividades laborales y domésticas -Indagar disponibilidad de tiempo (30-60 min.) para actividad física
	-En caso de tamiz <10 y sin síntomas: dar orientación sobre hábitos saludables y repetir tamizaje en 1 año.			-Solicita cartilla y actualiza vacunación	Enfermería o nutriólogo: -Realiza historia nutricional
	- En caso de tamiz >10 o con síntomas: Determinación de HbA1c (opción 1) o toma de glicemia capilar: sigue consulta			-Registro de somatometría -Registro de signos vitales -Registro de glicemia o HbA1c	-Realiza recordatorio 24h
	- Dar recomendaciones según IMC ¹			-Entrega de expediente a personal médico	


1. Matriz temporal de actividades iniciales: tamizaje, diagnóstico, valoración basal, tratamiento inicial, atención al entorno familiar (continuación)

Responsable	Día 0	Día 1	Día 1		Día 1	
	Tamizaje en la comunidad (adultos >20 años)	Tamizaje en unidad (adultos >20 años)	Diagnóstico (tras tamizaje en comunidad, en unidad o en entorno familiar)		Valoración basal-1	Tratamiento inicial (no farmacológico y farmacológico)
Medicina			-Interrogatorio sobre signos y síntomas de DM2		-Valoración de riesgo cardiovascular con HEARTS	-Se valora si se requiere prescripción de fármacos
			-Se revisan resultados de laboratorio		Complementar historia clínica con enfoque en atención a diabetes: -Exploración física por aparatos y sistemas	Se da tratamiento farmacológico inicial ² :
			-Solicitud de glucosa plasmática en ayuno o curva de tolerancia oral a la glucosa o HbA1c en casos de puntaje de tamiz ≥ 10 y glucemia capilar en ayuno ≥ 100 mg/dL o casual > 140 mg/dL.		-Valoración de fondo de ojo	
			-Otorga cita en 15 días para confirmación diagnóstica		-Valoración podológica instrumentada	
					-Valoración bucal	
			-Se identifican criterios diagnósticos		-Valoración de la función renal (índice de filtrado glomerular) a través de la calculadora HEARTS	-Recomendar caminata 30 minutos por día, 5 veces a la semana
			-Se registran los hallazgos en tarjeta de control de crónicos		-Valoración nutricional	Recomendaciones del cuidado del pie: -Corte recto de uñas -Calzado adecuado -Hidratación de pies -Secado interdigital -Revisión cuidadosa de la planta del pie
			-Se informa a paciente su diagnóstico de DM2		-Se identifican criterios de referencia inmediata a urgencias ³	
			-Se solicita perfil de lípidos		-Se identifican criterios de referencia a medicina interna Uneme ⁴	-Prevención de lesiones o caídas en casa
			-Se solicita examen general de orina		-Referencia a Nutrición	-Realizar 5 tiempos de comida, 3 comidas principales, 2 colaciones
		-Se solicita a paciente acudir con las personas con las que habita habitualmente		-Referencia a Odontología		
				-Referencia a Activador físico		
				-Se invita a participar en grupos de ayuda mutua		
				Se otorga cita médica en 21 a 30 días		

1. Matriz temporal de actividades iniciales: tamizaje, diagnóstico, valoración basal, tratamiento inicial, atención al entorno familiar (continuación)

Responsable	Dia 2 7 a 14 días después del día 1		Dia 3 21 a 22 días después del día 1		Dia 3 21 a 22 días después del día 1		Dia 3 21 a 22 días después del día 1	
	Valoración basal-2 Tratamiento		Valoración basal-3 Tratamiento		Tratamiento		Grupo de Ayuda Mutua (GAM)	
Trabajo Social, Enfermería o Promotor	-Recepción del paciente		-Recepción del paciente					
	-Pregunta sobre seguridad social		-Pregunta sobre seguridad social					
	-Otorga ficha de consulta		-Otorga ficha de consulta					
	-Programa y realiza visitas domiciliarias para valoración de entorno familiar		-Agenda cita para familiar					
Odontología	-Apertura de historia clínica odontológica		-Revisión y seguimiento de los diagnósticos encontrados en la valoración inicial					
	-Diagnóstico de salud bucal							
	-Elaboración de plan de tratamiento/ seguimiento odontológico							
	-Control de placa bacteriana							
	-Profilaxis							
	-Odontoxesis							
	-Aplicación tópica de flúor							
	-Agenda próxima cita							
Nutrición	-Se realiza historia clínica nutricional		-Revisión de recordatorio de 24 horas					
	-Solicita recordatorio de 24 horas		-Valoración por somatometría					
	-Evaluación y diagnóstico por IMC		-Indaga sobre apego del plan nutricional					
	-Elaboración de plan nutricional		-Ajuste de plan nutricional					
	-Invitación a participar en grupos GAM		-Agenda próxima cita 1 mes					
	-Agenda próxima cita en 15 días							
Activador físico, promotor o enfermería	-Se realiza evaluación de la condición física de los pacientes valorando limitaciones físicas		- Aplicación de cuestionario PAR-Q		-Actividad física: individual: Se establecen metas alcanzables lugar para realizar ejercicio y programa guía			
	-Se instruye sobre la pirámide de actividad física.		-Elaboración de aprobación médica para realizar actividad física					
	-Se les capacita en: Gimnasia, fortalecimiento, actividad rítmica, aerobics, flexibilidad		-Elaboración de plan individual de prescripción de ejercicio físico (sólo si no acude a grupos GAM)					
	-Envía al paciente con el coordinador del GAM		-Se asigna horario para realizar actividad física grupal					
			-Se solicita acudir con ropa cómoda y calzado apropiado		-Actividad Física Grupal: GAM, Metas y programa guía			

1. Matriz temporal de actividades iniciales: tamizaje, diagnóstico, valoración basal, tratamiento inicial, atención al entorno familiar (continuación)

Responsable	Día 2 7 a 14 días después del día 1	Día 3 21 a 22 días después del día 1		Día 3 21 a 22 días después del día 1	Día 3 21 a 22 días después del día 1
	Valoración basal-2 Tratamiento	Valoración basal-3 Tratamiento		Tratamiento	Grupo de Ayuda Mutua (GAM)
Responsable de los grupos GAM (promotor o enfermería)	-Informa sobre los beneficios de pertenecer al GAM -Informa horarios y fecha de actividad física grupal, código de vestimenta y calendario de temas a recibir -Registra en lista de asistentes	- Elaboración de plan grupal de prescripción de ejercicio físico (sólo si acude a grupos GAM)			-Se recibe y presenta a GAM protocolo de presentación de integrantes imparte tema educativo 10 minutos -Imparte taller programado -Realiza actividad física grupal
Enfermería	-Solicita la cartilla. -Registro de paciente -Somatometría y toma de signos vitales -Valoración podológica instrumentada. -Reporte de inasistentes a trabajo social. - Toma de glicemia capilar -Registro de hallazgos en tarjeta de control de crónicos	-Visita domiciliaria o llamada telefónica (en caso de que el paciente no acuda a la cita programada) -Solicita cartilla -Registro de somatometría -Registro de signos vitales -Registro de glicemia o HbA1c -Entrega de expediente a personal médico			
Medicina	-Complementar DX a la basal e historia clínica. -Valoración de perfil de lípidos. -Valoración de química sanguínea. -Biometría hemática. Descartar anemia moderada a severa. -Examen general de orina -Interpretación de la valoración podológica. -Valoración de la función renal (índice de filtrado glomerular) con calculadora HEARTS - Genera la nota médica con los hallazgos encontrados		Tratamiento no farmacológico: -Recomendar caminata 30 minutos por día, 5 veces a la semana. -Recomendaciones del cuidado del pie. (corte recto de uñas, calzado adecuado, hidratación de pies, secado interdigital, revisión cuidadosa de la planta del pie). -Prevención de lesiones o caídas en casa. -Realizar 5 tiempos de comida, 3 comidas principales, 2 colaciones.		
	-Valorar referencia de paciente (ver Criterios de Referencia en Rotafolio de la VAI). -Registra hallazgos en tarjeta de control de crónicos -Invita a ser acompañado por diferentes miembros de la familia para tamizaje -Se cita a la próxima reunión de GAM. -Se agenda próxima cita		Tratamiento farmacológico: -Ajuste o inicio de tratamiento farmacológico. -Valoración y prescripción de tratamiento para colesterol y triglicéridos ⁵		

2. Matriz temporal de seguimiento y control

Día 4 (Entre 45 a 60 días después del día 1) y controles mensuales posteriores			
Responsable		Responsable	
Trabajo Social, Enfermería o Promotor	-Pregunta sobre signos y síntomas de Covid-19	Medicina	Valoración
	-Recepción del paciente		-Interrogatorio sobre signos y síntomas de DM2
	-Pregunta sobre seguridad social		-Exploración física por aparatos y sistemas
	-Otorga ficha de consulta		-Valoración de fondo de ojo (anual)
	-Seguimiento a listado de inasistentes para reagendar cita o programar visita domiciliaria		-Valoración podológica visual (instrumentada trimestral)
Enfermería	-Solicita a archivo expediente		-Valoración bucal (trimestral)
	-Toma de glicemia capilar		-Valoración del riesgo cardiovascular a través de la calculadora HEARTS (anual)
	-Toma y registro de somatometría		-Monitoriza efectos adversos de los medicamentos
	-Toma y registro de signos vitales		-Revisión de estudios de laboratorios complementarios
	-Solicita laboratorios realizados		-Valoración de función renal (índice de filtrado glomerular) con calculadora HEARTS (anual)
	-Reporte de inasistentes a trabajo social		-Valoración nutricional
Odontología	-Seguimiento y manejo de los diagnósticos encontrados en la valoración inicial		-Aplicación de cuestionario de detección de depresión o ansiedad (anual)
			-Se identifican criterios de referencia inmediata a urgencias ² :
Nutrición			-Se identifican criterios de referencia a medicina interna Uneme ³
	-Valoración por somatometría		Tratamiento farmacológico
	-Indaga sobre apego del plan nutricional		Se realiza ajuste de tratamiento
	-Ajuste de plan nutricional		Tratamiento no farmacológico
Coordinador GAM	-Seguimiento de actividades de promoción (talleres, pláticas)		-Recomendar caminata 30 minutos por día, 5 veces a la semana
	-Seguimiento de actividades físicas		-Prevención de lesiones o caídas en casa. Se invita a participar en grupos GAM (en caso de entrada a la Vía en esta fase)
Activador físico o promotor o Enfermería	-Retroalimentación y 5 minutos de experiencia		-Recomienda realizar 5 tiempos de comida, 3 comidas principales, 2 colaciones
	-Se instruye calentamiento movimiento articular 10 minutos se realiza actividad principal 30 minutos		-Recomendaciones del cuidado del pie: -corte recto de uñas -calzado adecuado -hidratación de pies -secado interdigital
	-Se realiza parte final recuperación 5 minutos		-revisión cuidadosa de la planta del pie
	-Ejercicio de respiración		Actividades complementarias
		Se solicitan laboratorios de control según corresponda;	
	-Estiramientos, retroalimentación	-Hemoglobina glucosilada (trimestral)	
		-Depuración de creatinina (anual)	
	-Examen general de orina (trimestral)		
	-Solicitud de perfil de lípidos (anual)		
	-Envío a medicina interna (anual)		
	-Envío a oftalmología (anual)		
	-Referencia a: Nutrición, Odontología, Activador físico, en caso de entrada a la Vía en esta fase (valoración descrita en día 2)		
	-Se otorga cita médica en 21 a 30 días		

Recomendaciones para el paciente según IMC:

IMC 18.5-24.9: - Vigile peso - Realizar actividad física 30 minutos al día 5 veces por semana

- Alimentación correcta

IMC 25-29.9: - Acudir a consulta médica - Acudir a GAM - Realizar actividad física 30 minutos al día 5 veces por semana - Alimentación correcta

IMC ≥30: - Además de lo anterior requiere consulta inmediata

²Tratamiento farmacológico inicial:

-HbA1c >6.5 a <8 Metformina 425mg c/24 hrs

-HbA1c >8 a <10 Terapia dual Metformina + Glibenclamida; con IMC < 30 Metformina + Linagliptina (IMC >30)

-HbA1c >10% Insulinización en existencia

³Criterios de referencia inmediata a urgencias:

- Disminución agudeza visual súbita - Anasarca - Uremia - Hiperazoemia (urea >2000 mg/Dl) - Pie diabético grado III

-Insuficiencia respiratoria - Angor típico

⁴Criterios de referencia a medicina interna Uneme:

- Edema - Proteinuria grado IV - Necrobiosis diabética - Disminución de agudeza visual

⁵ Tratamiento para colesterol y triglicéridos:

-Colesterol > 200 Triglicéridos >150 Fibratos y Atorvastatina

-Colesterol y triglicéridos <250. Dieta y ejercicio. Tratamiento nutricional.

-En adultos de 40 – 75 años sin diabetes, se recomienda iniciar tratamiento según los niveles de C-LDL:

Entre 100 – 189 mg/dl, y muy alto riesgo (>10%) se recomienda estatina de alta intensidad;

Entre 155 – 189 mg/dl, con alto riesgo (5 – 10%) se recomienda estatina de alta intensidad;

Mayor de 190 mg/dl, con riesgo moderado (1 – 5%) se recomienda estatina de moderada intensidad

II. Hoja de variaciones

Forma parte de las herramientas de evaluación de la VAI diseñada. Consiste en la identificación de las diferencias entre la actividad planificada y la realizada. Estas diferencias se engloban en cuatro causas principales: dependientes del paciente, dependientes del personal, dependientes de la institución y dependientes de la comunidad. Las hojas de variaciones son la mejor fuente de datos para un análisis retrospectivo de las actividades a implementar.

HOJA DE VARIACIONES DE LA VÍA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE LA CALIDAD EN ATENCIÓN DEL PACIENTE CON DM2. CENTRO DE SALUD: _____							
FECHA	NOMBRE DEL PACIENTE	CONSULTORIO	TURNOS	VARIACIÓN Y CAUSA	COD.	ACCIÓN TOMADA	FIRMA

LISTA DE CÓDIGOS DE VARIACIONES

A) CONDICIONES DEL PACIENTE

- A1** No cuenta con ayuno > 8 hrs para toma glucémica.
- A2** No cuenta con ayuno para determinación de lípidos >12 hrs.
- A3** Negación para realizarse el estudio.
- A4** Inasistencia del paciente.
- A5** Otras causas.

B) DEPENDIENTE DEL PERSONAL SANITARIO

- B1** Falta de cooperación del personal (especifique médico, enfermería, trabajador social, nutrición, activador físico, psicólogo, odontólogo, promotor etc.)
- B2** Atendió más de 20 consultas.
- B3** No contar con conocimiento o capacitación de la implementación de la vía.
- B4** Inasistencia del personal.
- B5** Otras causas.

C) DEPENDIENTE DE LA INSTITUCIÓN

- C1** Falta de herramientas impresas.
- C2** Falta de personal.
- C3** Falla del glucómetro o ausencia de equipo.
- C4** Falta del equipo de perfil de lípidos.
- C5** Falta de tiras glucémicas.
- C6** Falta de báscula funcional.
- C7** Falta de tiras de microalbúmina.
- C8** Falta de baumanómetros.
- C9** Sin surtimiento de medicamentos de ECNT.
- C10** Otras causas.

D) DEPENDIENTE DE LA COMUNIDAD

- D1** Costumbres de la comunidad.
- D2** Desastres climáticos.
- D3** Urgencias epidemiológicas.
- D4** Recomendaciones empíricas de familiares o vecinos.
- D5** Remedios empíricos.
- D6** Otras causas.

III. Hoja de información para el paciente y su familia

En esta hoja se explica de una forma gráfica y sencilla lo que se espera que ocurra en el proceso de tamizaje y posterior a él, dependiendo del resultado obtenido. Además, se explica lo que se espera ocurra en la primera cita a consulta. Con ello el paciente y su familia disponen de información anticipada de las actividades que se van a realizar durante el proceso. Lo anterior incrementa la colaboración y disminuye la ansiedad en él y su familia.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE (Tamizaje)



**PASO 1:
BIENVENIDA**

Todos los pacientes merecen ser atendidos con respeto y empatía.



**PASO 2:
APLICACIÓN DE ENCUESTA**

Se pesa al paciente y se aplica un breve cuestionario de factores de riesgo.





**PASO 3:
RESULTADOS**

Resultados menor a 10 = Salud



**PASO 4:
ESTILO DE VIDA SALUDABLE**

"Actúe hoy, para cambiar el mañana"



HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE (Tamizaje)



**PASO 1:
BIENVENIDA**

Todos los pacientes merecen ser atendidos con respeto y empatía.





**PASO 2:
APLICACIÓN DE ENCUESTA**

Se pesa al paciente y se aplica un breve cuestionario de factores de riesgo.





**PASO 3:
RESULTADOS**

Resultados mayor a 10 = Monitoreo



**PASO 4:
MONITOREO DE PRESIÓN Y GLUCOSA**







**PASO 5:
ÓRDEN DE ANÁLISIS DE LABORATORIO**



**PASO 6:
ACUDIR A CONSULTA CON RESULTADOS**

"Actúe hoy, para cambiar el mañana"



SALUD SECRETARÍA DE SALUD | **SALUD** GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE | Instituto Nacional de Salud Pública | **WORLD DIABETES FOUNDATION** | **ECM**

Consulta Primera vez

- 1 Bienvenida del paciente**
Todos los pacientes merecen ser atendidos con paciencia y empatía

Citas

 - Entrega de fichas
 - Recepción de documentación del paciente
- 2 Medición de: SOMATOMETRÍA**

 - Hemoglobina glucosilada
 - Presión arterial
 - Signos vitales
 - Peso
 - Talla
 - Cintura
- 3 Historia Clínica**
Reflejando todos los datos de salud del paciente

 - Ojos
 - Corazón
 - Riñones
 - Pulmones
 - Sensibilidad y dolor
 - Salud sexual
 - Otras enfermedades
- 5 Tratamiento**

FARMACOLÓGICO
Medicamentos

NO FARMACOLÓGICO
Hábitos saludables
- 6 Atención y estudios complementarios**

 - Nutrición
 - Odontología
 - Psicología
 - Ultrasonido
 - Rayos X
 - Laboratorios

SALUD SECRETARÍA DE SALUD | **SALUD** GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE | Instituto Nacional de Salud Pública | **WORLD DIABETES FOUNDATION** | **ECM**

Consulta Subsecuente

- 1 Bienvenida del paciente**
Todos los pacientes merecen ser atendidos con paciencia y empatía

Citas

 - Entrega de fichas
 - Recepción de documentación del paciente
- 2 Medición de: SOMATOMETRÍA**

 - Hemoglobina glucosilada
 - Presión arterial
 - Signos vitales
 - Peso
 - Talla
 - Cintura
- 3 Interpretación y valoración de estudios complementarios**
El médico valora de acuerdo con los criterios de referencia
- 5** El paciente se canaliza a sus consultas de control habitual en su centro de salud

Integración

Grupo de acompañamiento mutuo en su centro de salud

Se otorga la próxima cita programada
- 6** El paciente se canaliza a la unidad de especialidades médicas (UNEME)

Tratamiento Anual

Regresa a su centro de salud para

Continuar control médico
- 7**

IV. Encuesta de experiencia de la atención

Es un instrumento que permite identificar las áreas de oportunidad existentes en la prestación del servicio que se brinda al paciente con diabetes mellitus. Es una encuesta breve que se aplica entre 5 y 10 minutos, está conformada por 17 preguntas en las que se explora qué servicios le han atendido, cómo le han brindado esa atención, si le han explicado en relación con su estado de salud, los tratamientos que le han prescrito, etc.

ENCUESTA DE EXPERIENCIA DE LA ATENCION EN DIABETES MELLITUS
 ¡Gracias por responder esta encuesta de calidad de la atención de los servicios en salud

Esta encuesta llevará de 5 a 10 minutos y nos ayudará a proveer mejor cuidado de su salud, así como la forma de atenderle

Sexo: Hombre Mujer

Su edad se encuentra entre: 20-59 años 60 o más

Tiempo de ser diagnosticado con diabetes mellitus:
 menos de un año 1 a 10 año más de 10 años

En los últimos tres meses:

1. ¿El médico le ha solicitado laboratorios para conocer sus niveles de azúcar en sangre? Sí No

2. ¿El médico le ha solicitado otros estudios de laboratorios? Sí No

3. ¿El médico o enfermera le revisaron sus pies? Sí No

4. ¿El médico le explicó la causa de su enfermedad (diabetes mellitus)? Sí No

5. ¿El médico le revisó sus ojos? Sí No

6. Durante su atención médica ¿fue referido a alguno de los siguientes servicios de salud?
 Marcar los servicios que señale el paciente.

Medicina Interna Oftalmología Uneme EC Gerontología

En su última consulta:

7. Durante su estancia en la unidad médica ¿Cuáles acciones de las siguientes le realizaron?
 Peso Talla Glucosa Toma de presión arterial

8. Después de su consulta ¿se siente motivado para continuar su tratamiento? Sí No

Continúa/

/continuación.

9. ¿Comprendió las instrucciones que le brindaron para continuar con su tratamiento? Sí No

10. ¿Le surtieron todos los medicamentos que le prescribieron para el control de su diabetes mellitus? Sí No

11. En el caso de que no le hayan surtido todos los medicamentos. Por favor, indique cuáles le hicieron falta.

Insulina Metformina Glibenclamida Linagliptina Otros

12. ¿Le aclararon todas sus dudas? Sí No

13. Durante la consulta ¿fue valorado o le han explicado acerca de las siguientes áreas?

Salud sexual (infecciones, problemas de función, dudas)

Revisión bucal (dientes, encías etc.)

Revisión psicológica (estado de ánimo, depresión, etc.)

Revisión nutricional (alimentos permitidos, colaciones, etc.)

Revisión de aptitud física (ejercicios a realizar, tiempo, intensidad, etc.)

Participación en el GAM (días, horarios, actividades, etc.)

14. Durante su estancia en la unidad de salud ¿ha sido invitado a integrarse al Grupo de Ayuda Mutua? Sí No

¿Le gustaría ser parte de él? Sí No

¿Por qué? _____

15. ¿Cuál es su opinión de los servicios que recibió en el centro de salud?

Excelente Bueno Regular Malo

¿Por qué? _____

16. ¿Considera que ha mejorado en el control de su enfermedad? Sí No

17. ¿Qué sugiere que podemos hacer para mejorar la atención a su salud?

¡Gracias por su participación, sus respuestas nos ayudarán a mejorar su atención!

Evaluación de la Vía de Atención Integrada

Indicadores

Los indicadores servirán para monitorizar si la VAI se implementa como se espera y si se consiguen los resultados que se persiguen en la implementación de los procesos de atención. Los indicadores son la forma en que se puede cuantificar el grado de cumplimiento de una actividad clave, por lo que es de utilidad para valorar y mejorar la VAI. Dentro del proceso de construcción de los indicadores, se presta especial atención en que sean capaces de medir el aspecto que queremos medir y estar respaldado por evidencia científica; es decir, que sean válidos. También en que exista un alto grado reproducibilidad de los resultados cuando el indicador es aplicado por observadores diferentes; es decir, que sean fiables. Por último, que sean posibles de medir y que no requieran el consumo de mucho tiempo o recursos; es decir, factibles. En el anexo 3 podrá encontrar las fichas técnicas diseñadas para cada uno de los indicadores, las cuales incluyen: segmento al que pertenece, área, subárea, número de indicador que le corresponde, nombre del indicador, tipo de indicador, forma de medición, descripción, nivel de evidencia y fuerza recomendación de donde surge, fuente de datos, estándar propuesto y referencias bibliográficas. En la tabla 2 se muestra un resumen de los indicadores diseñados.

Análisis de la hoja de variaciones

Como ya se señaló en el apartado de “Documentos operativos para la implementación de la Vía de Atención Integrada”, la “Hoja de variaciones” forma parte de las herramientas de evaluación de la VAI diseñada, la cual consiste en la identificación

de las diferencias entre la actividad planificada y la realizada. Esta constituye la mejor fuente de datos para el análisis retrospectivo de la actividad y la mejora continua de la calidad, tanto del servicio diseñado por la VAI como de la VAI en sí misma. Además, se cuenta con un apartado en el que se indica la forma en que fue solucionada esta variación, por lo que, en los casos en los que se encuentren situaciones repetitivas, sería necesario integrar las soluciones propuestas y posibles alternativas al diseño de la VAI. Por lo anterior, es importante estar atentos a la aparición de estas variaciones que pueden poner en evidencia problemas previamente no vistos ni sentidos por el personal.

Análisis de la encuesta de experiencia de la atención

La “Encuesta de experiencia de la atención” que se muestra en el apartado de “Documentos operativos para la implementación de la Vía de Atención Integrada” es un instrumento que también permite identificar las áreas de oportunidad existentes en la prestación del servicio que se brinda al paciente con DM2, desde la perspectiva del usuario de estos servicios, por lo que permite la integración del paciente como vigilante y evaluador del proceso diseñado. En ella se indaga sobre los procesos de atención brindados, la forma como estos son percibidos por los usuarios, la comprensión sobre la información brindada durante su atención, así como los aspectos que los usuarios consideran importantes mejorar. Lo anterior permite identificar las áreas de oportunidad desde una visión externa al sistema de salud y fortalecer el apego a las actividades diseñadas al considerar al usuario en la mejora de la atención que se le otorga.

Tabla 2. Resumen de indicadores

Segmento	Tipo	Nombre del indicador
Tamizaje	Porcentaje	T1.1 Porcentaje de personas ≥ 20 años tamizadas para DM2 en la Comunidad
	Compuesto <i>All-or-none</i>	T1.2 Porcentaje de personas ≥ 20 años captadas en la comunidad con tamizaje completo (calificación ≥ 10 + toma de glicemia en la unidad)
	Porcentaje	T2 Porcentaje de personas ≥ 20 años tamizadas para DM2 en la unidad
Integración diagnóstica	Porcentaje	ID1 Porcentaje de personas con diagnóstico correcto de DM2
Valoración basal del paciente	Compuesto <i>All-or-none</i> Porcentaje Porcentaje Porcentaje Porcentaje	VB1 Porcentaje de personas con DM2 que cuentan con valoración basal completa
		VB1.1 Porcentaje de personas con DM2 con valoración podológica instrumentada
		VB1.2 Porcentaje de personas con DM2 con valoración de vida sexual
		VB1.3 Porcentaje de personas con DM2 con revisión de fondo de ojo
		VB1.4 Porcentaje de personas con DM2 con valoración nutricional instrumentada (aplicación de tres herramientas)
	Porcentaje	VB1.5 Porcentaje de personas con DM2 con detección de depresión o ansiedad en personas con DM2
Atención del entorno familiar (EF)	Compuesto <i>All-or-none</i>	EF1 Porcentaje de personas ≥ 20 años tamizadas que conviven con el paciente con DM2 de recién diagnóstico
Prescripción del tratamiento no farmacológico (TNF)	Compuesto <i>All-or-none</i>	TNF_AF1 Porcentaje de personas con DM2 con indicación médica de consulta con nutrición y actividad física
Prescripción del tratamiento farmacológico (TF)	Porcentaje	TF1 Porcentaje de personas con DM2 con tratamiento farmacológico inicial adecuado
	Porcentaje	TF2 Porcentaje de personas con DM2 y factores de riesgo cardiovascular con uso adecuado de estatinas.
	Porcentaje	TF3 Porcentaje de personas con DM2 y proteinuria con prescripción de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o antagonistas de los receptores de la angiotensina II
Implementación de grupos de ayuda mutua (GAM)	Porcentaje	GAM1 Porcentaje de personas con DM2 de recién diagnóstico que son invitados a participar en el GAM
	Porcentaje	GAM2 Porcentaje de personas con DM2 de recién diagnóstico que asiste al GAM
Evaluación y monitoreo (EM)	Compuesto <i>All-or-none</i> Porcentaje	EM.1 Porcentaje de personas con DM2 que cuentan con evaluación y monitoreo integral
		PC1 Porcentaje de personas con DM2 que cumplen con metas de control de los niveles séricos de glucosa y de hemoglobina glucosilada
	Porcentaje	PC2 Porcentaje de personas con DM2 y riesgo cardiovascular con control de lípidos
	Porcentaje	PC3 Porcentaje de personas con DM2 con control por un año.

Referencias

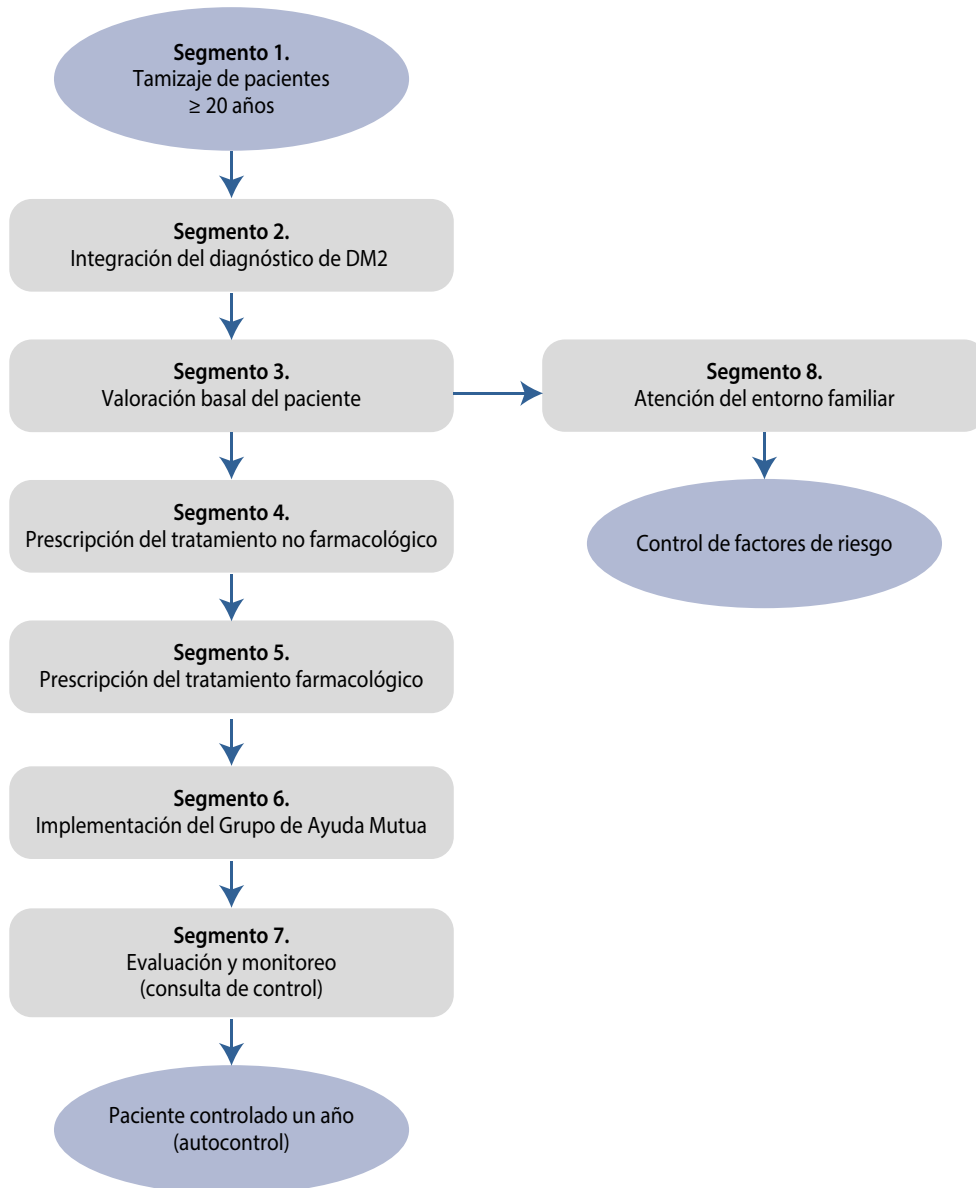
1. Saturno-Hernández PJ. Cómo lograr la excelencia en la atención sanitaria: Construcción, implementación y evaluación de Vías Clínicas. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2018.
2. Abdi A, Jalilian M, Sarbarzeh PA, Vlasisavljevic Z. Diabetes and COVID-19: A systematic review on the current evidences. *Diabetes Res Clin Pract.* 2020;166:108347. <https://doi.org/10.1016/j.diabetes.2020.108347>
3. Secretaría de Salud. Veinte principales causas de enfermedad Nacional. México SS: 2019. Disponible en: <https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2019/principales/nacional/institucion.pdf>
4. Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, *et al.* Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2020. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
5. Dávila-Cervantes CA, Agudelo-Botero M. Sex disparities in the epidemic of type 2 diabetes in Mexico: national and state level results based on the Global Burden of Disease Study, 1990–2017. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2019;12:1023-33. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S205198>
6. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición MC 2016. Cuernavaca: INSP, 2017. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/index.php>
7. Sistema de Información en Enfermedades Crónicas. Tablero de enfermedades crónicas (Diabetes Mellitus). Dirección General de Información en Salud, 2023. Disponible en: <http://www.tablerocronicassic-sinba.org/TableroSIC/SIC-DiabetesMellitus>
8. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. México: IMSS, 2018. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/718GER.pdf>
9. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, *et al.* Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care.* 2023;46(Suppl 1):S19–40. <https://doi.org/10.2337/dc23-S002>
10. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención. México: Cenetec, 2013. Disponible en: <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-093-08/RR.pdf>
11. González-Hernández Y, Sada-Díaz E, Escobar-Gutiérrez A, Muños-Torrice M, Torres-Rojas M. Asociación de tuberculosis y diabetes mellitus: mecanismos inmunológicos involucrados en la susceptibilidad. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex.* 2009;22(1):48-55. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2009/in091h.pdf>
12. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Diagnóstico y tratamiento en casos nuevos de tuberculosis pulmonar. México: Cenetec, 2009. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/070_GPC_CasosnvosTBP/Tuberculosis_casos_nuevos_ER_CENETEC.pdf
13. Diario Oficial de la Federación. NOM 2015 DM. Estrategia de Grupos de Ayuda Mutua, Enfermedades crónicas Lineamientos de Operación 2017. Programa de salud en el adulto y en el anciano. México: 2009. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5168074

14. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Diagnóstico y tratamiento de retinopatía diabética. México: Cenetec, 2015. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/171_GPC_RETINOPATIA_DIABETICA/Imss_171ER.pdf
15. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Detección de retinopatía diabética en el primer nivel de atención. México: Cenetec, 2014. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-735-14-Deteccion_de_retinopatia_diabetica/735GER.pdf
16. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Manejo integral del pie diabético en adultos en el segundo nivel de atención. México: Cenetec, 2013. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/ISSSTE_679_13_Piediabetico/GER679.pdf
17. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención. México: Cenetec, 2013. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/093_GPC_Diabmellitus2/SSA_093_08_EyR.pdf
18. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, Secretaría de Salud. Protocolo clínico para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes. Ciudad de México: Cenaprece, SS, 2011. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/22201/ProtocoloClinico_diagnostico_tratamientoDM.pdf

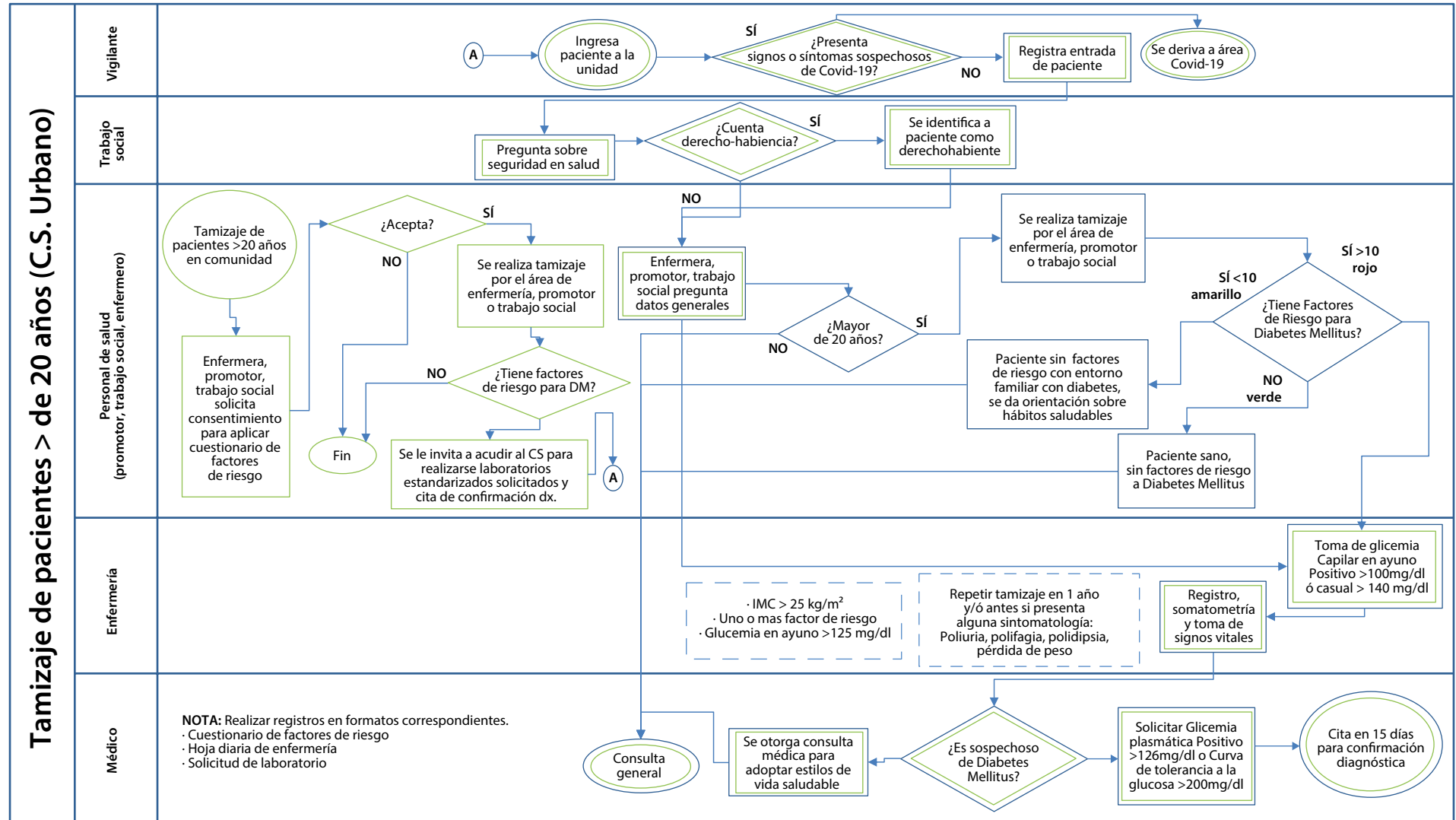
Anexo 1.

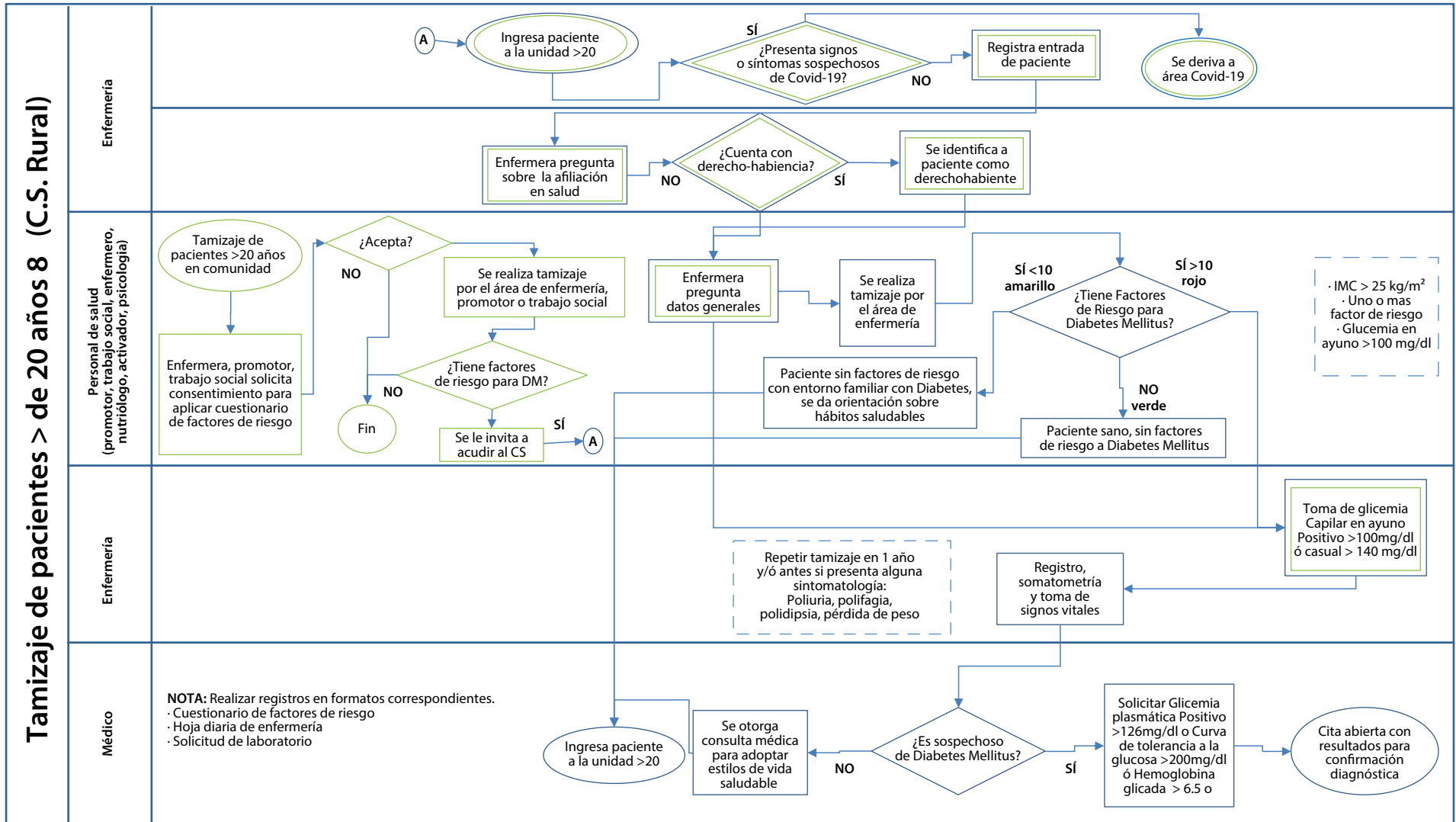
Mapeo básico y diagramas de flujo detallados del proceso de atención

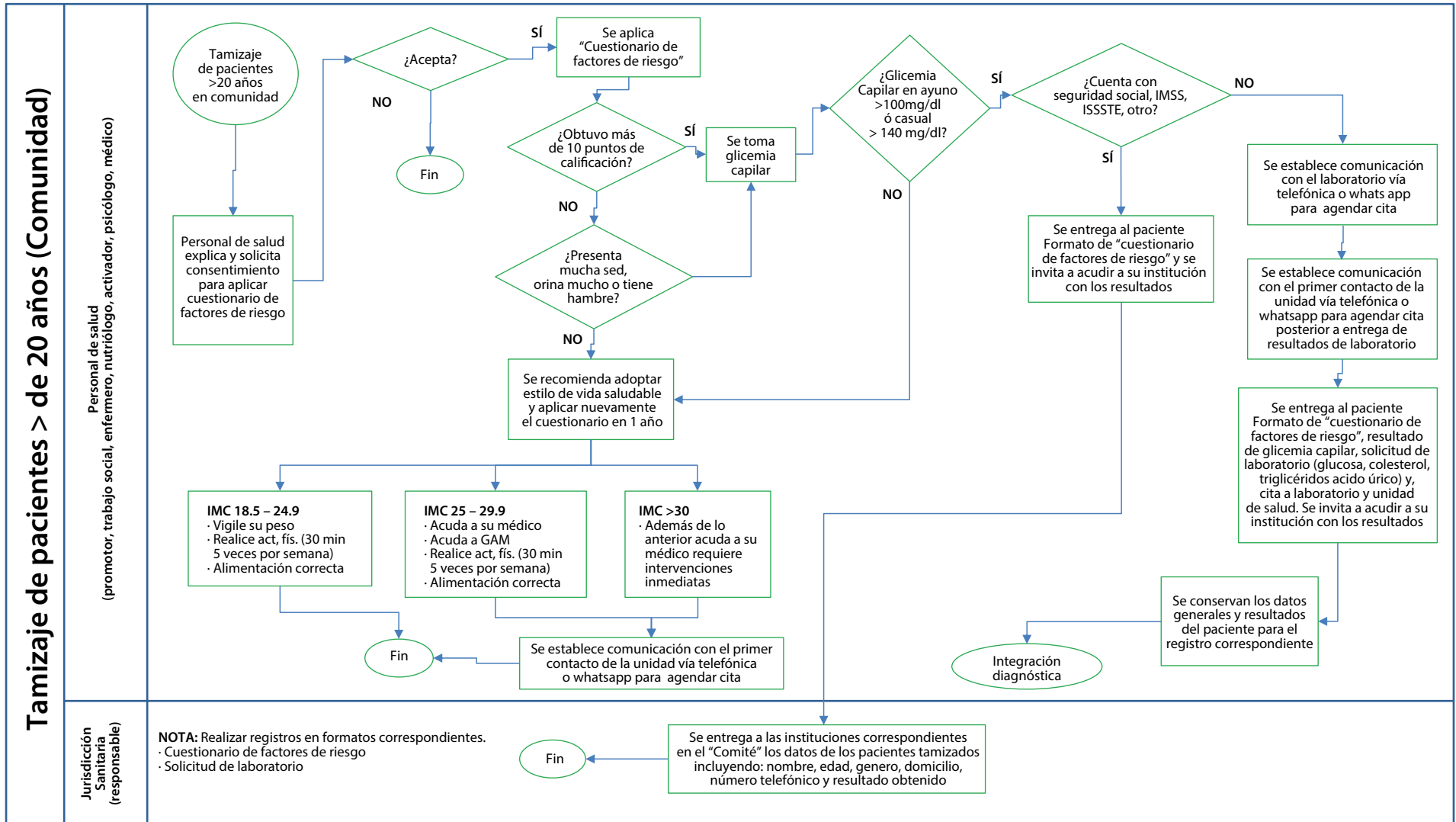
Mapeo básico

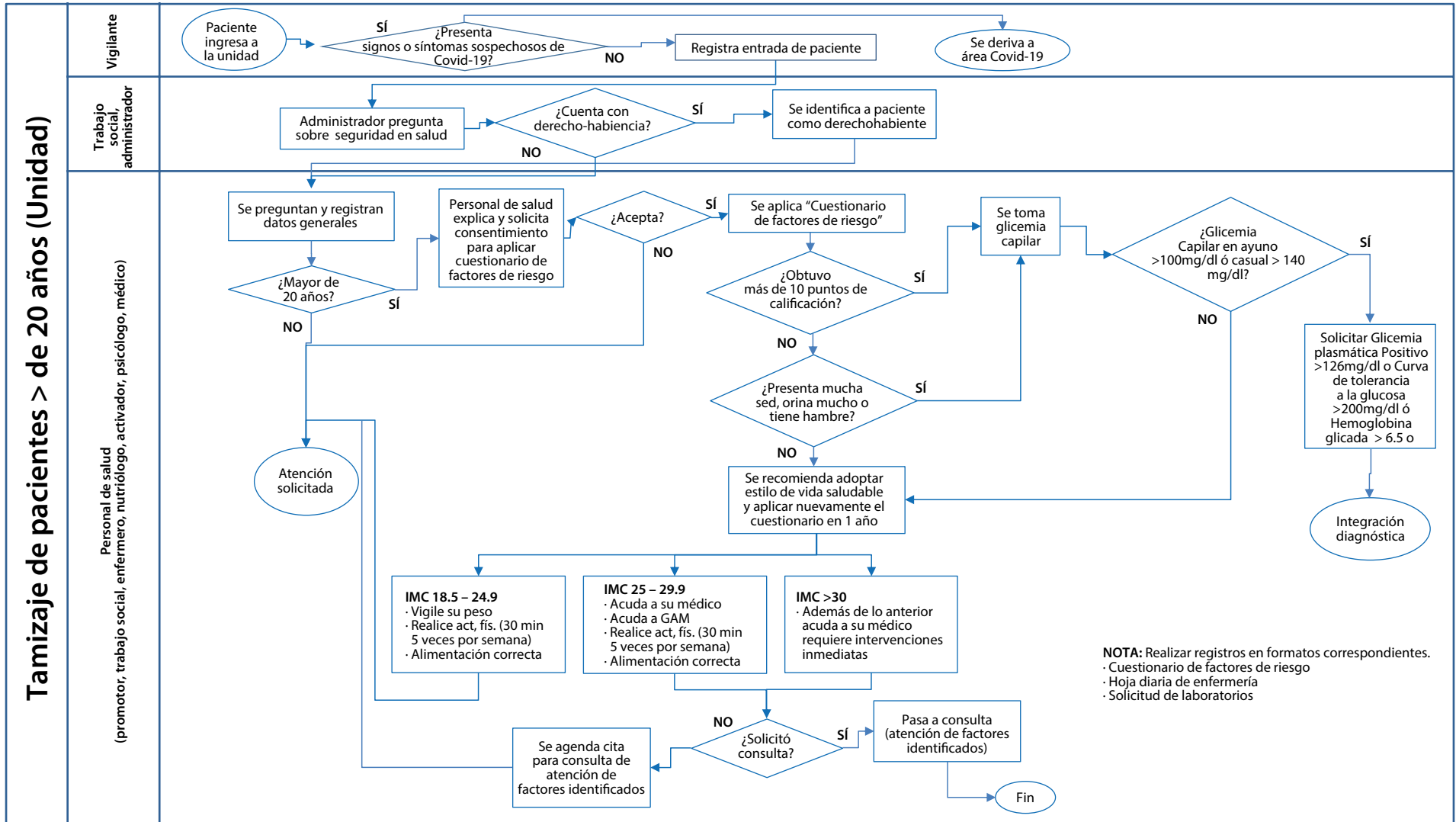


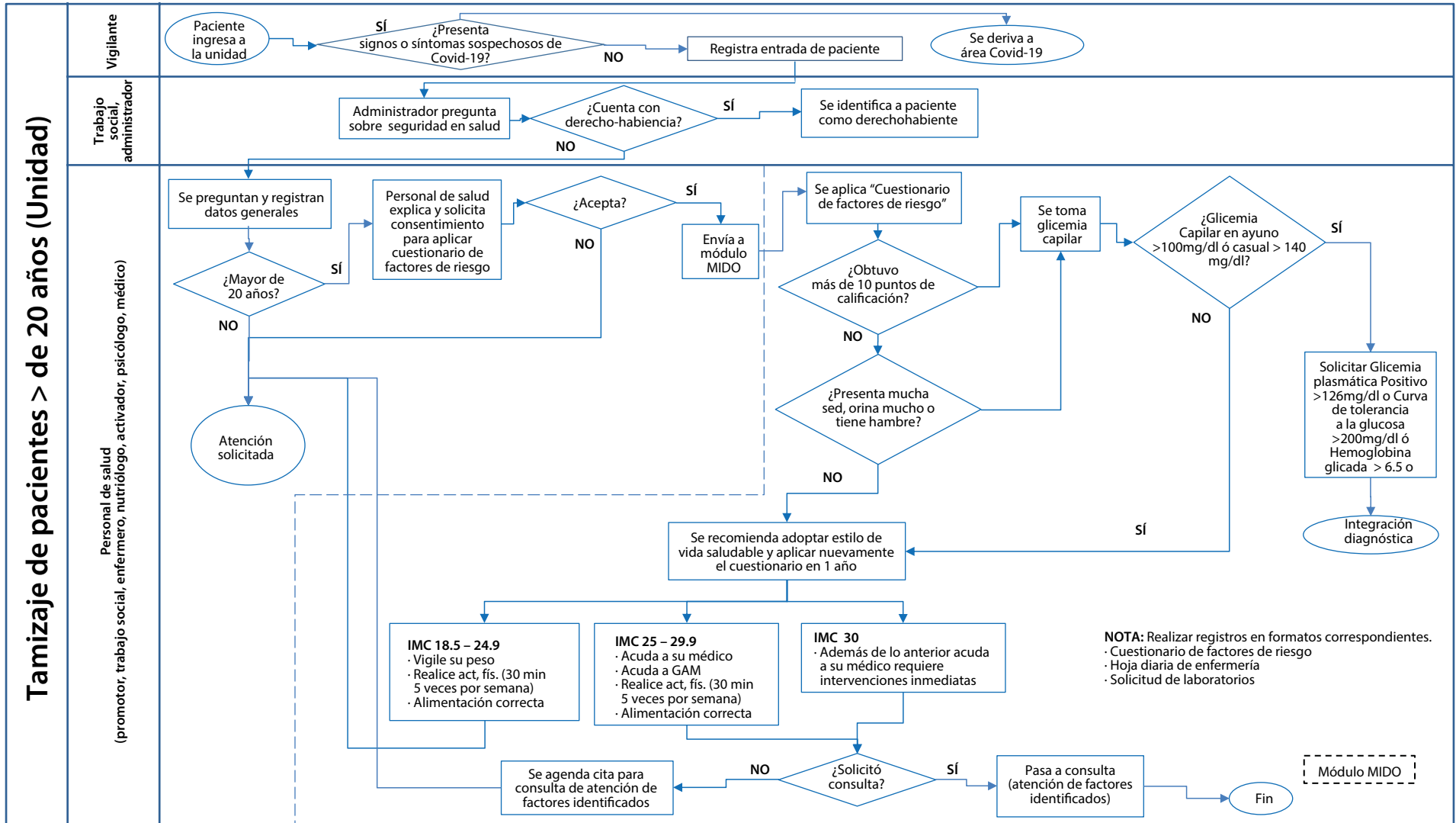
Segmento: tamizaje

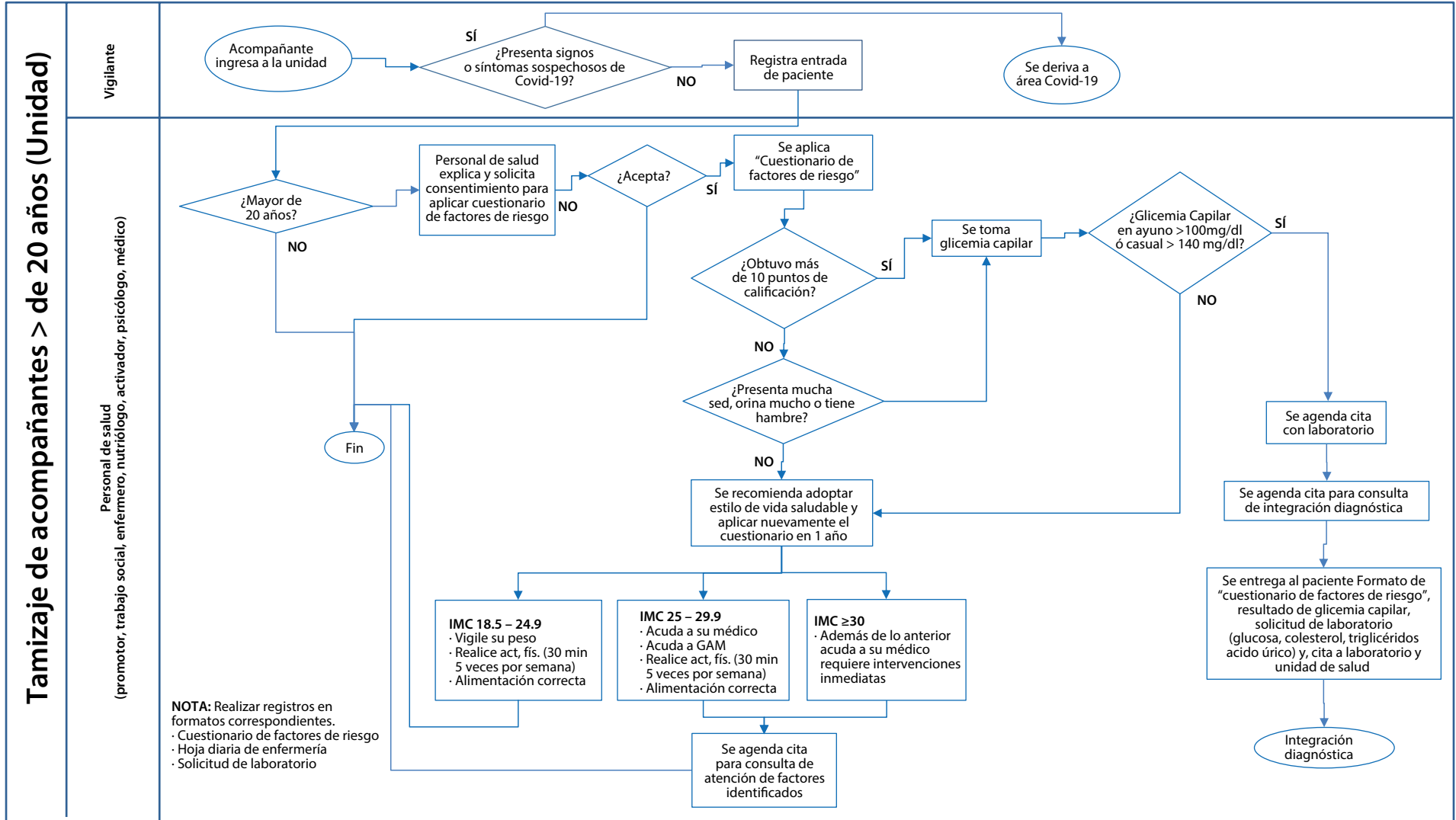


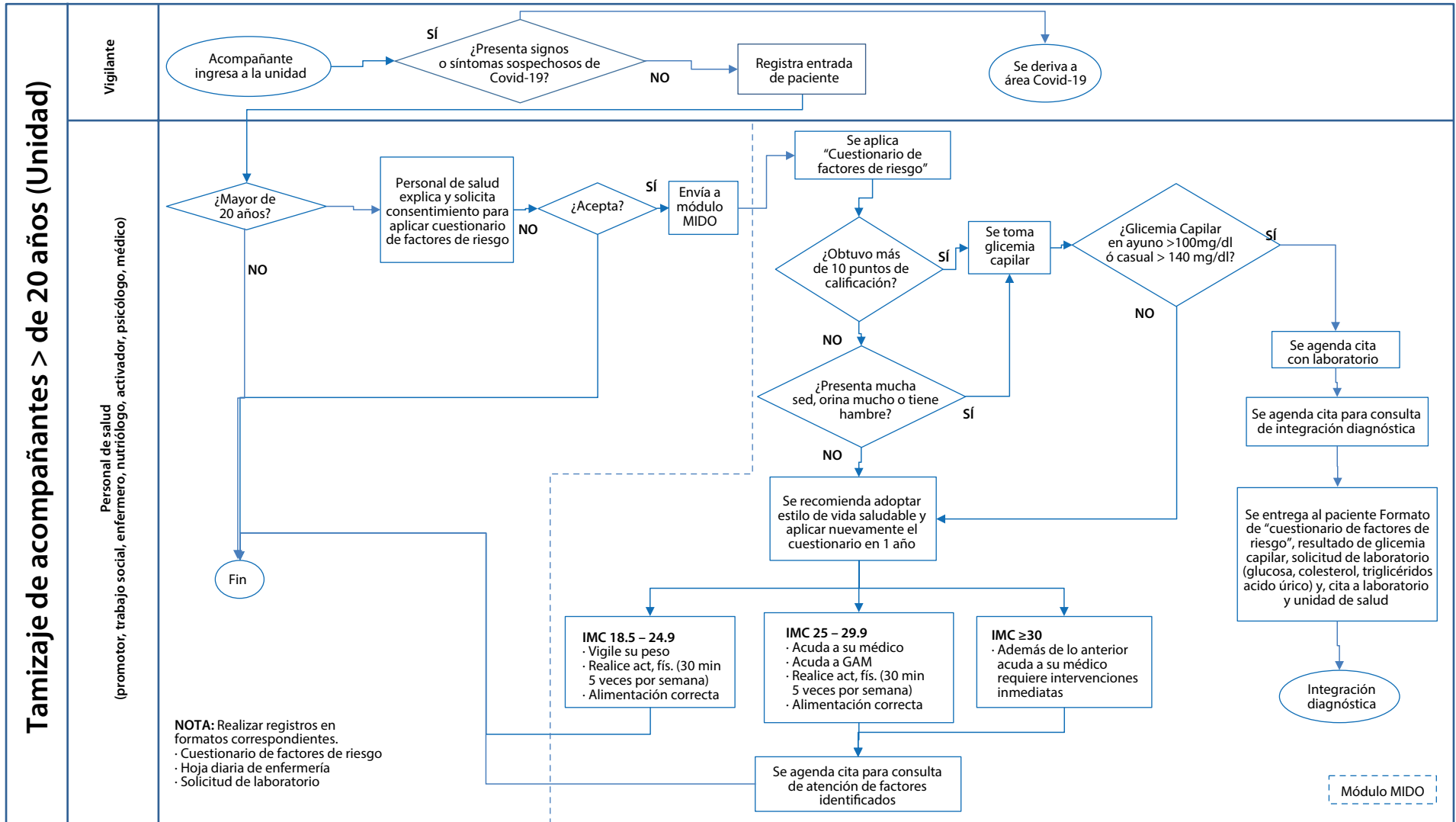




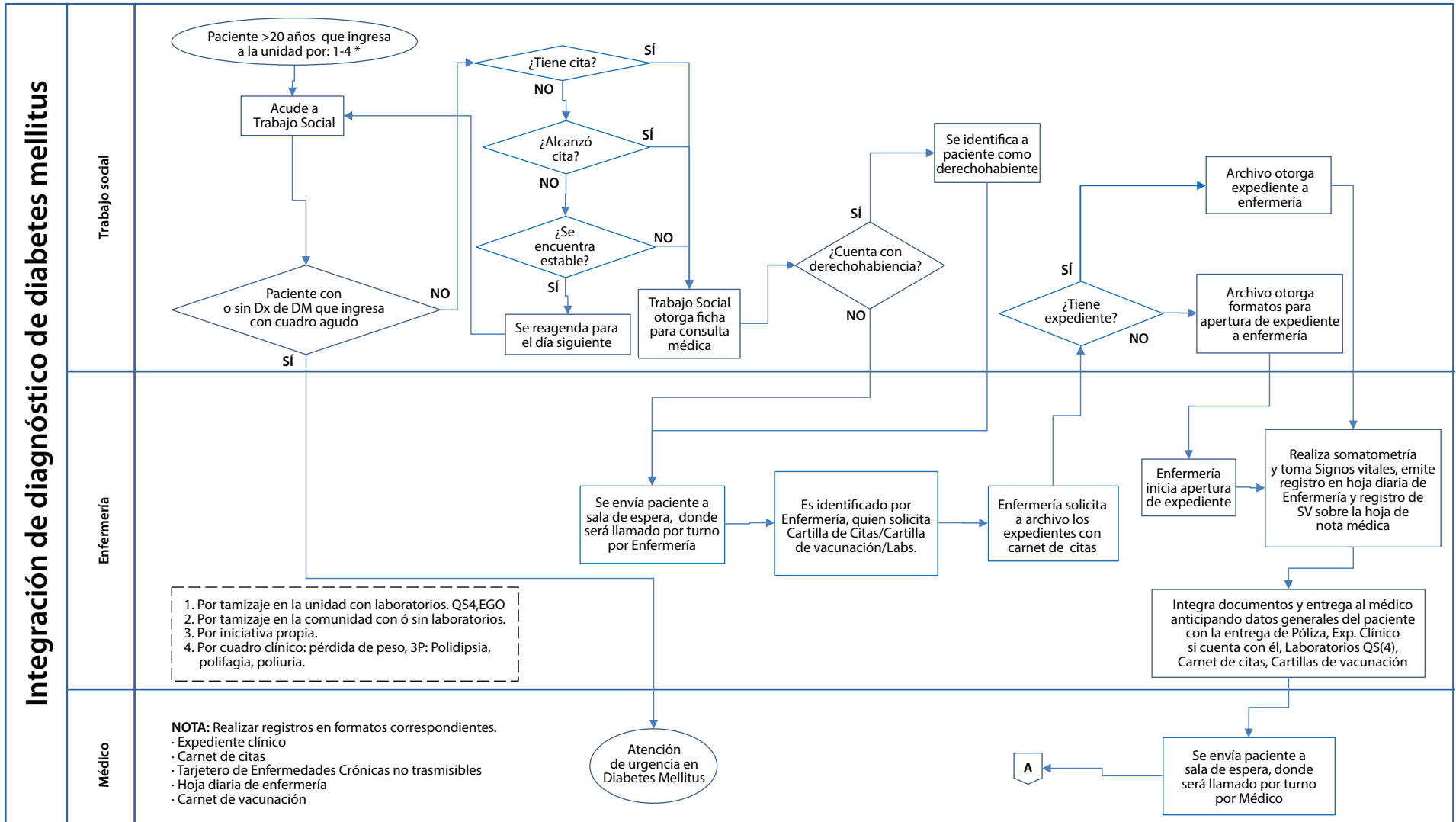






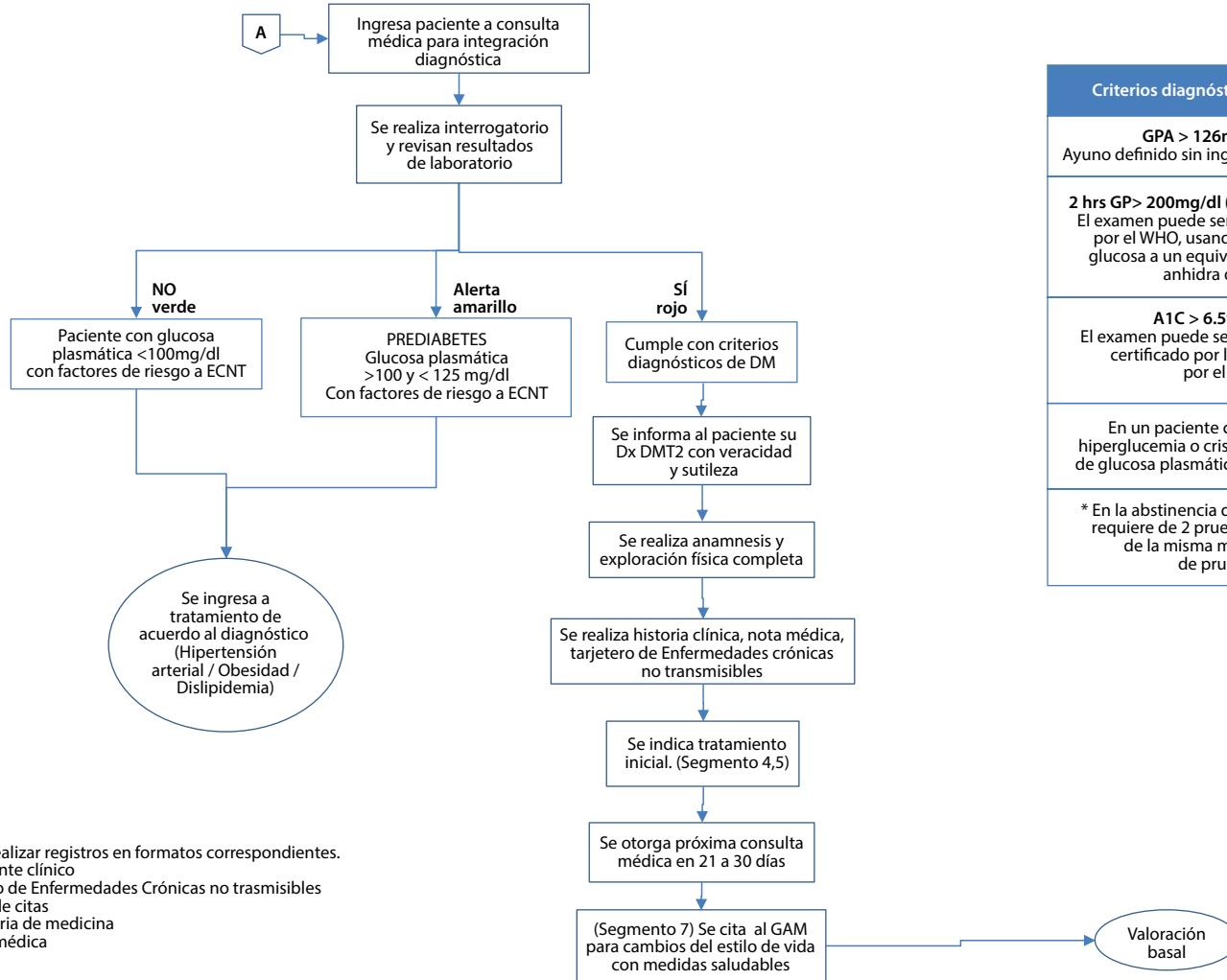


Segmento: Integración diagnóstica



Integración de diagnóstico de diabetes mellitus

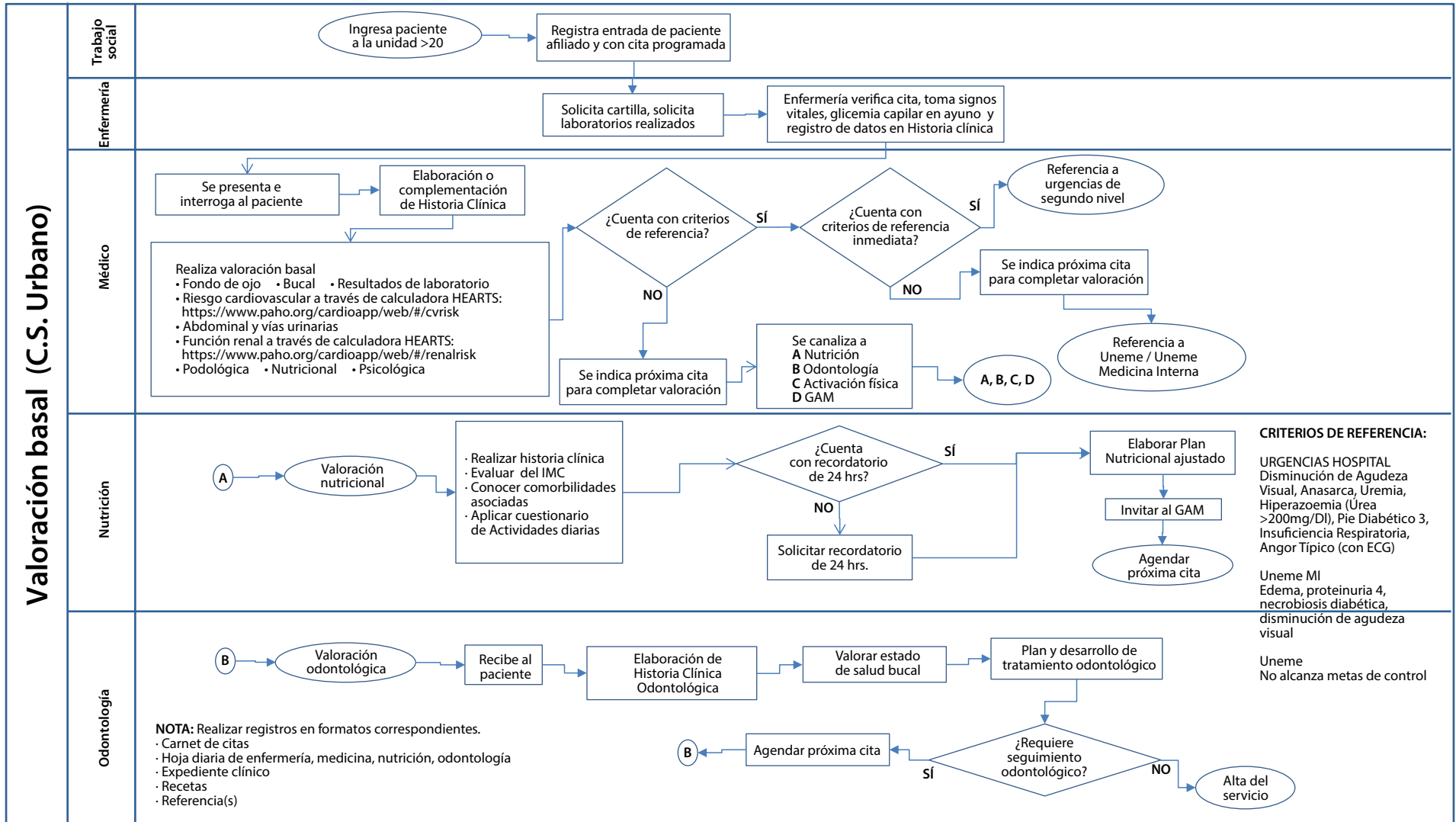
Médico

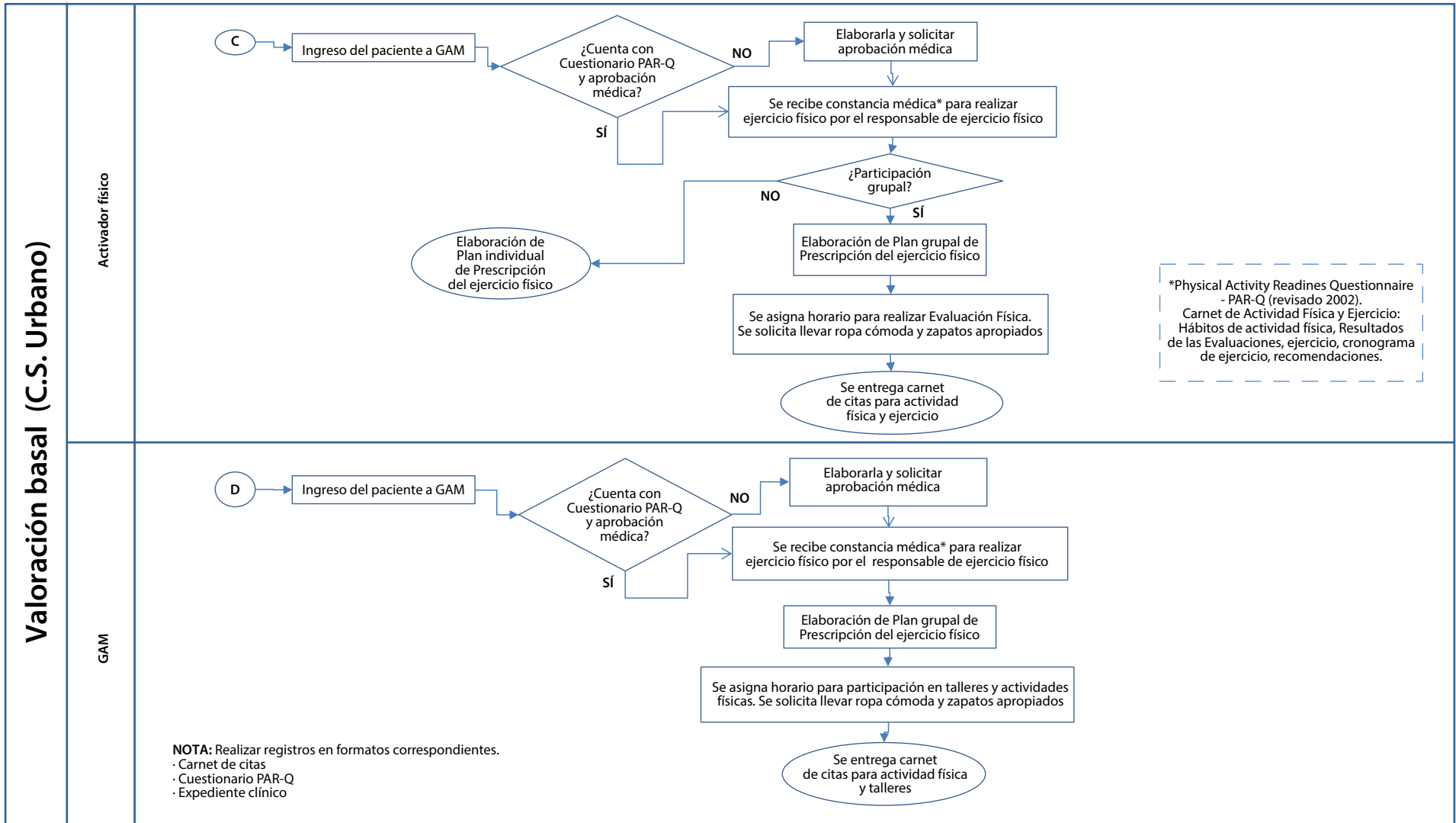


Crterios diagnósticos de Diabetes Mellitus
GPA > 126mgdl (7.0 mmol/L). Ayuno definido sin ingesta calórica durante 8 hrs.
2 hrs GP> 200mg/dl (11.1mmol/L) durante OGTT. El examen puede ser realizado como se describe por el WHO, usando una carga contenida de glucosa a un equivalente de 75-gr de glucosa anhidra disuelta en agua.
A1C > 6.5% (48mmol/mol). El examen puede se realizado en un laboratorio certificado por la NGSP y estandarizado por el ensayo DCCT. o
En un paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucemia, un ensayo de glucosa plasmática > 200mg/dl (11.1mmol/L).
* En la abstinenca de hiperglucemia inequívoca, requiere de 2 pruebas diagnóstica anormales de la misma muestra o dos muestras de pruebas separadas.

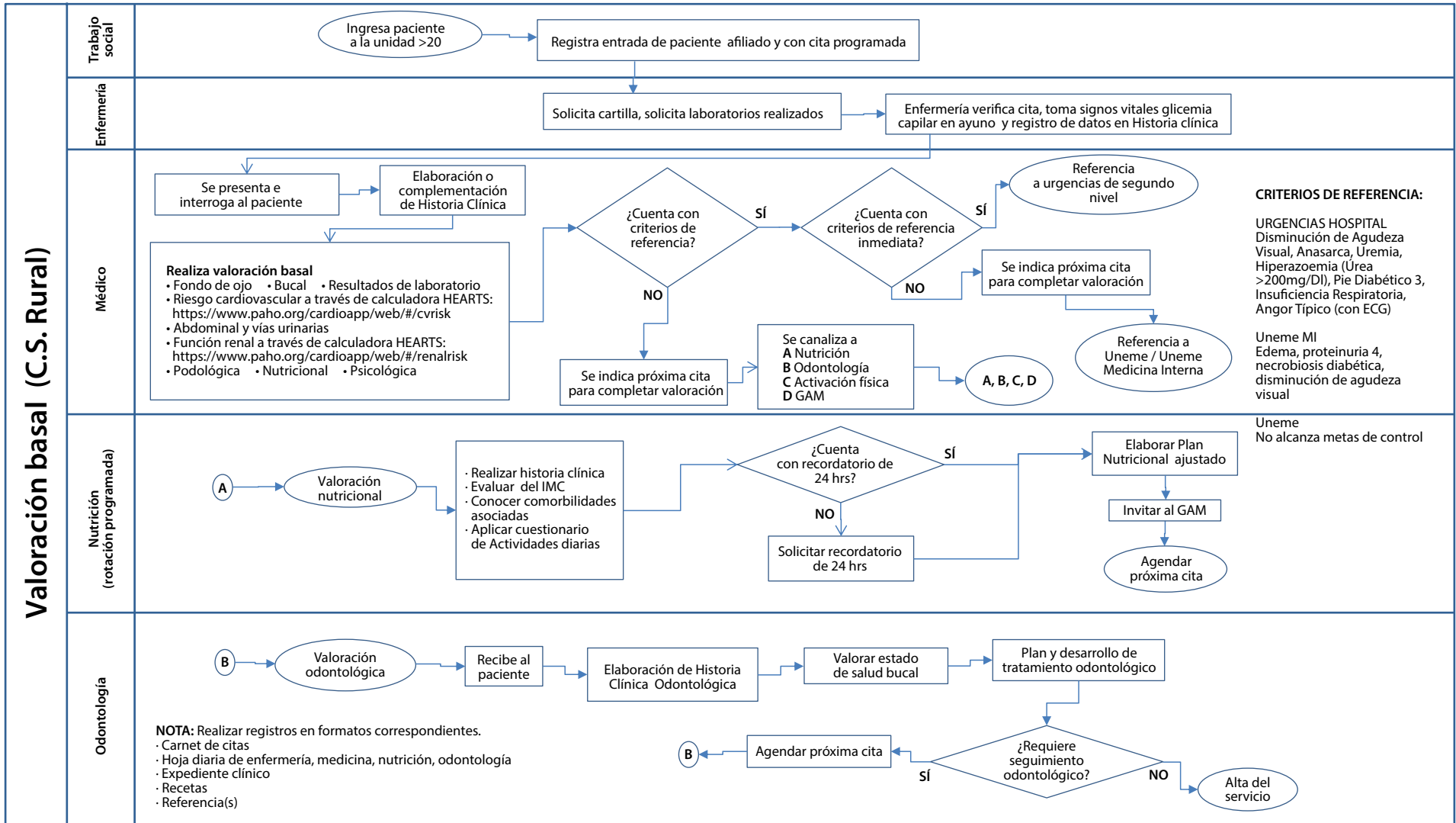
NOTA: Realizar registros en formatos correspondientes.
 · Expediente clínico
 · Tarjetero de Enfermedades Crónicas no trasmisibles
 · Carnet de citas
 · Hoja diaria de medicina
 · Receta médica

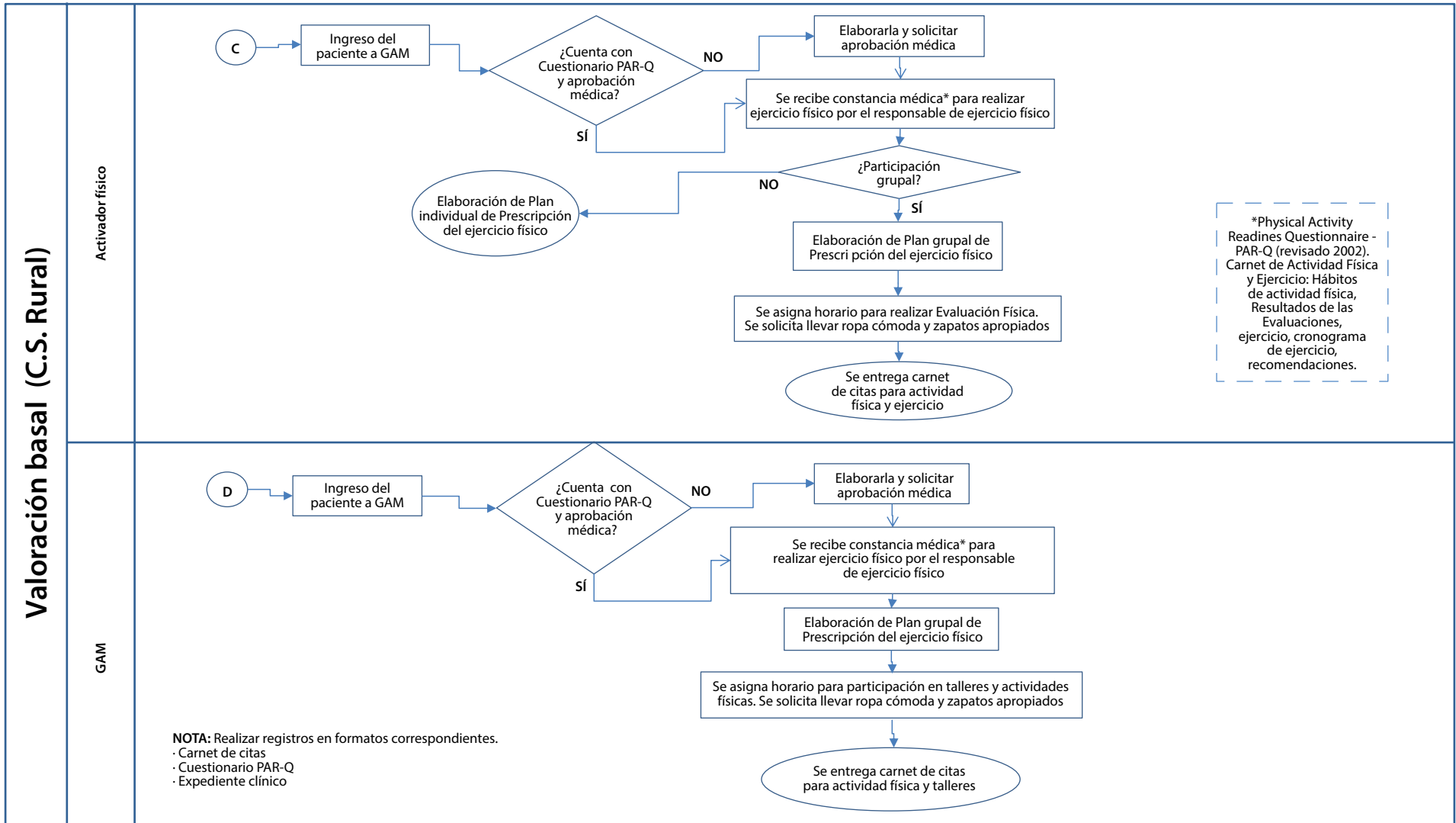
Segmento: Valoración basal



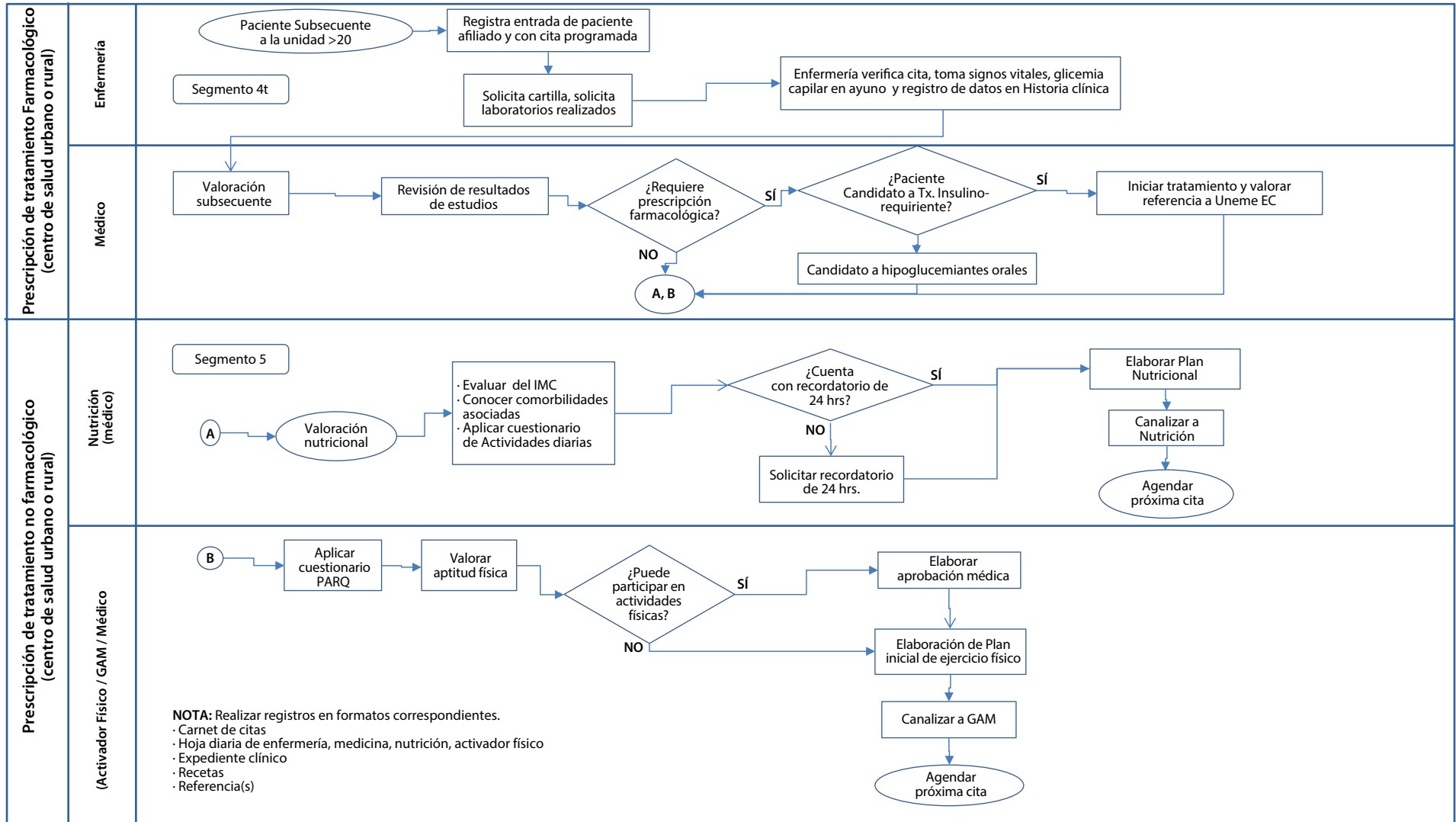


NOTA: Realizar registros en formatos correspondientes.
 · Carnet de citas
 · Cuestionario PAR-Q
 · Expediente clínico

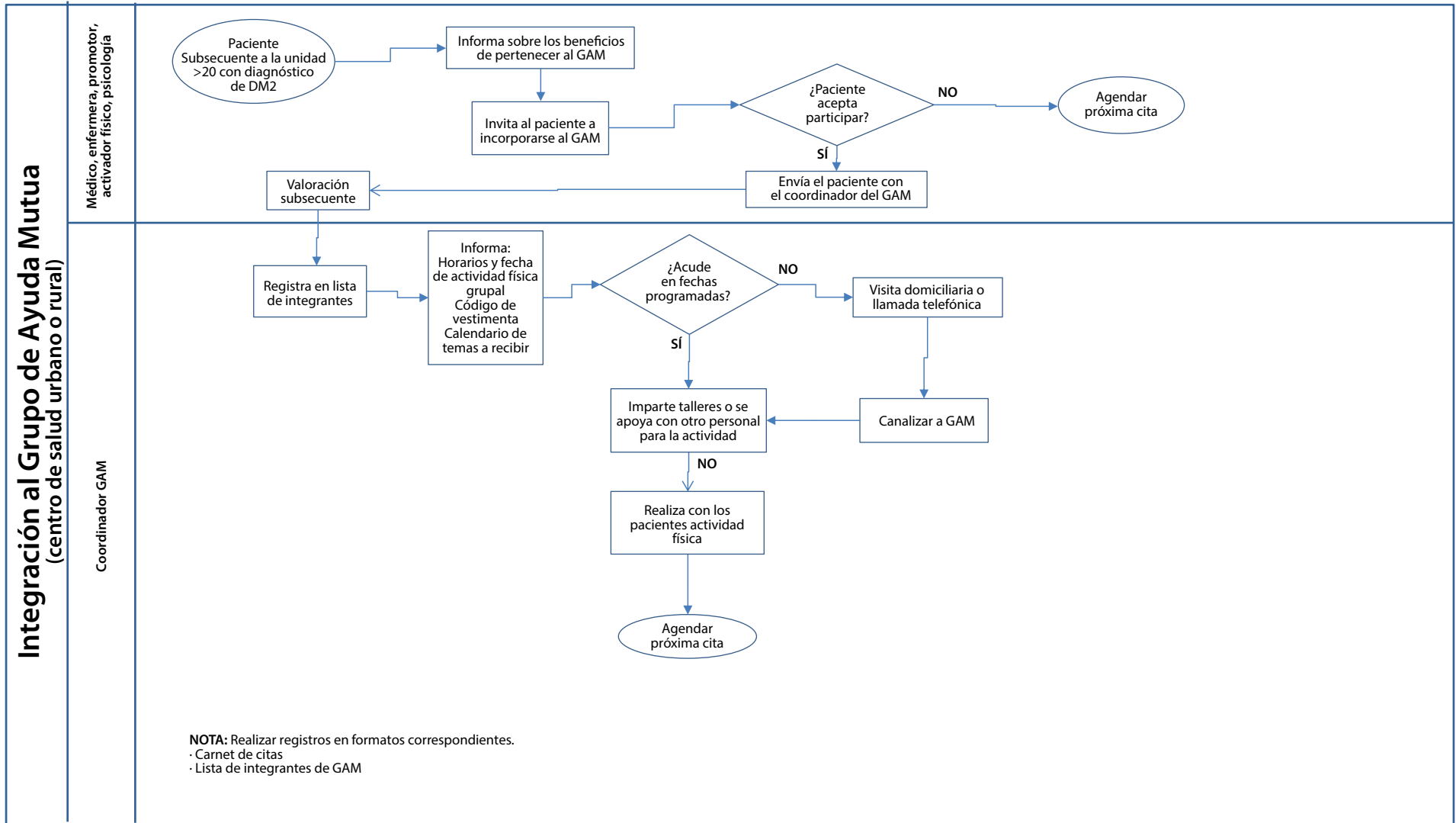




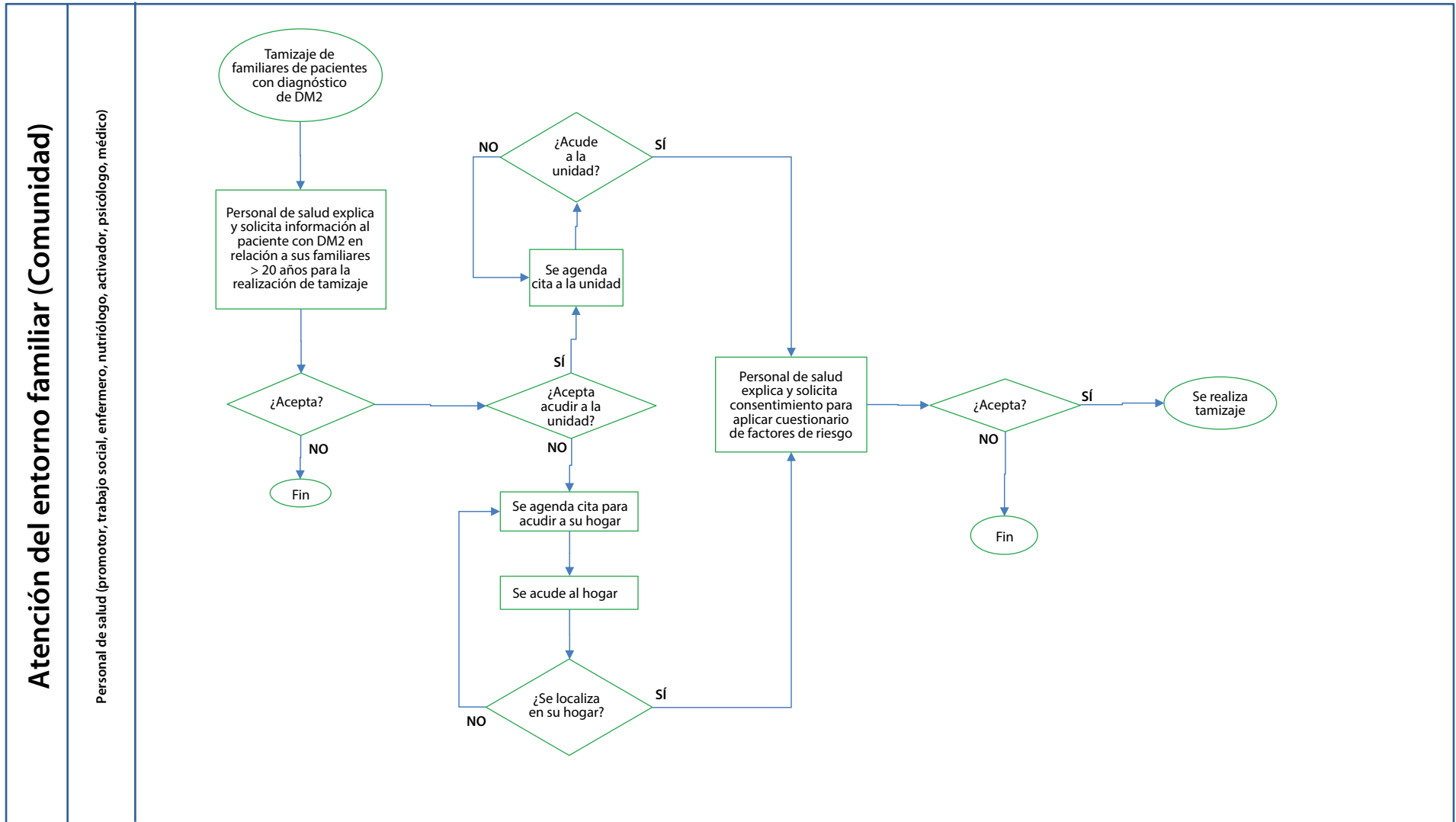
Segmento: Tratamiento farmacológico y Tratamiento no farmacológico



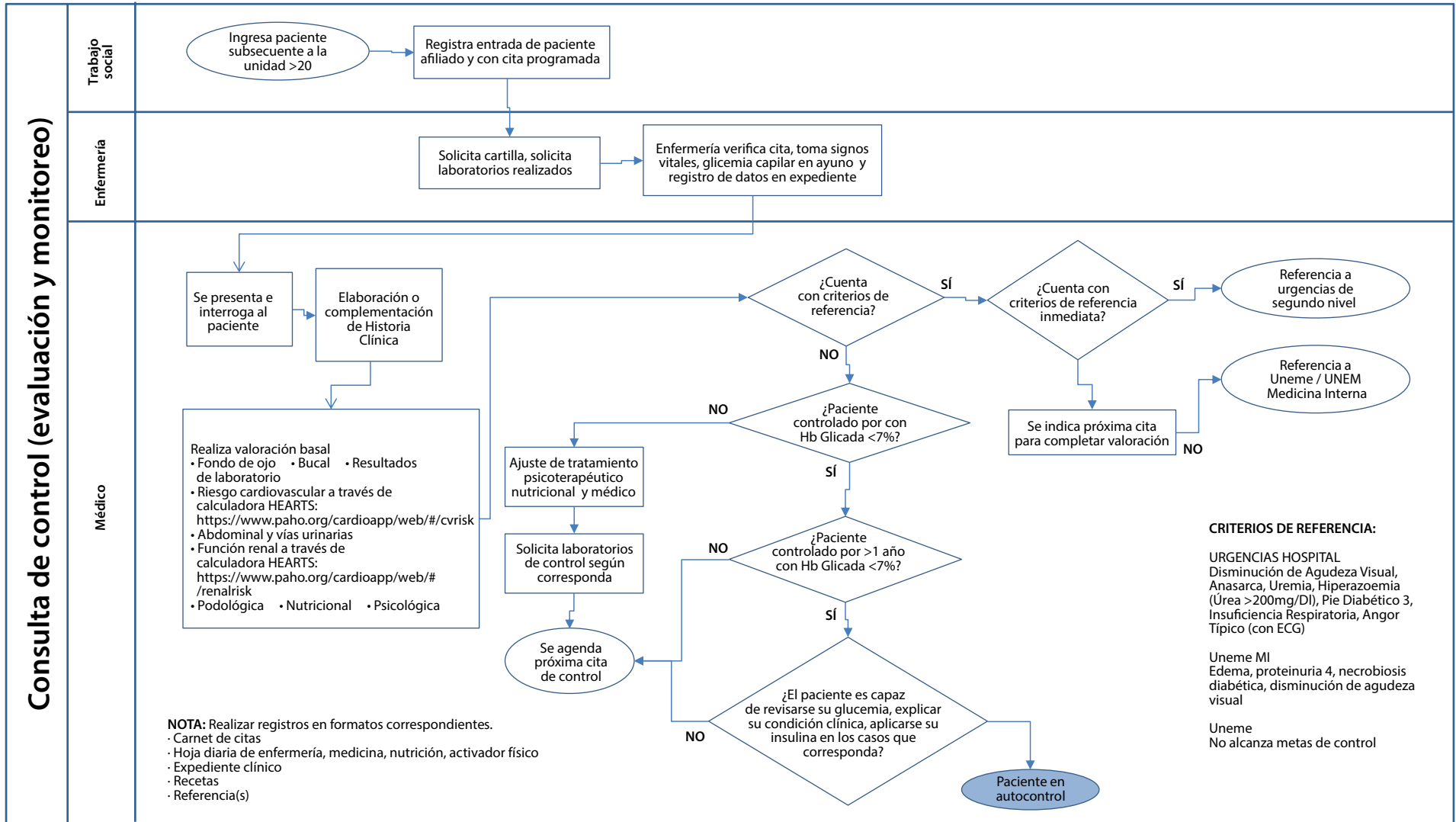
Segmento: Implementación del Grupo de Ayuda Mutua



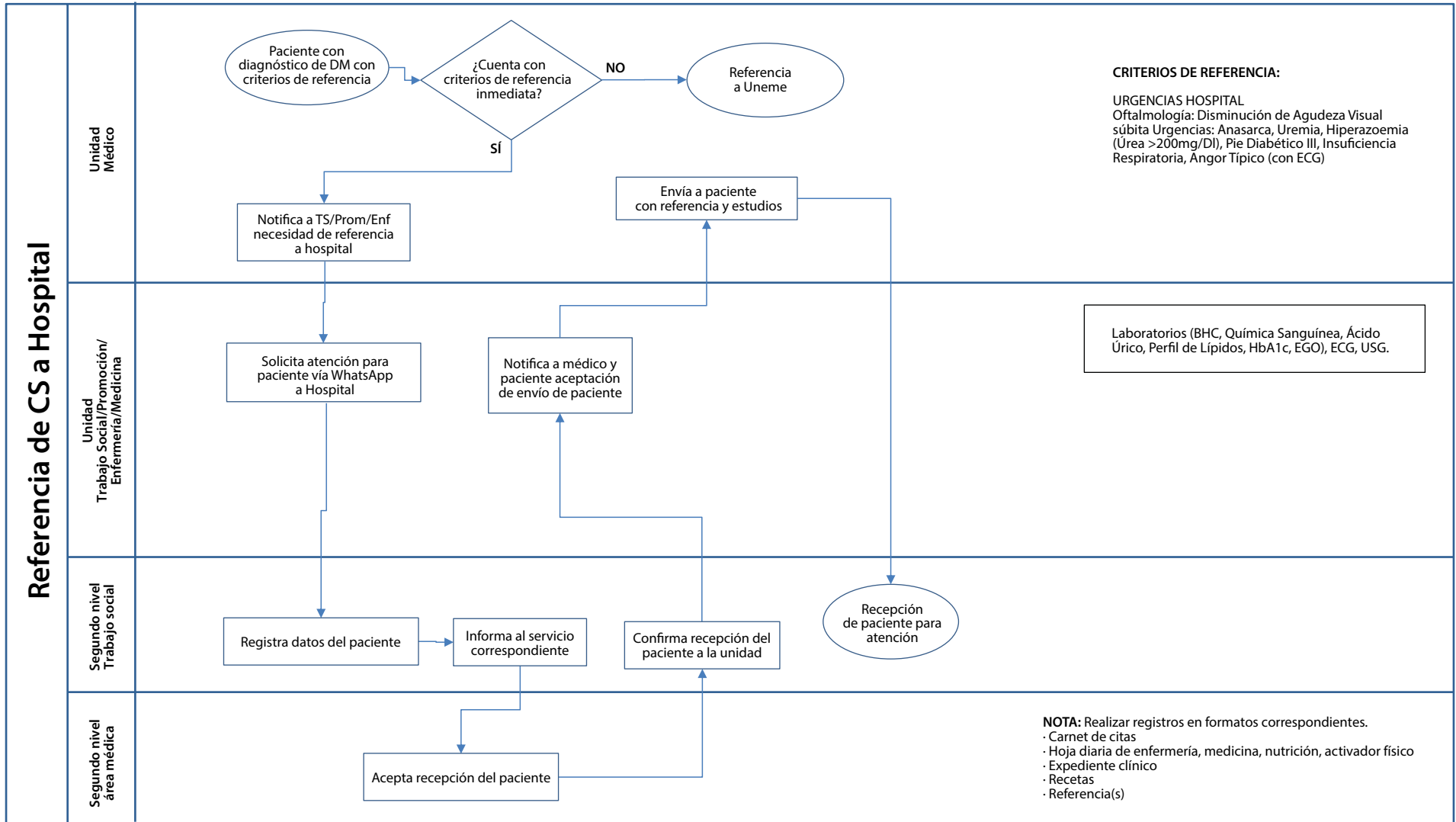
Segmento: Atención del entorno familiar

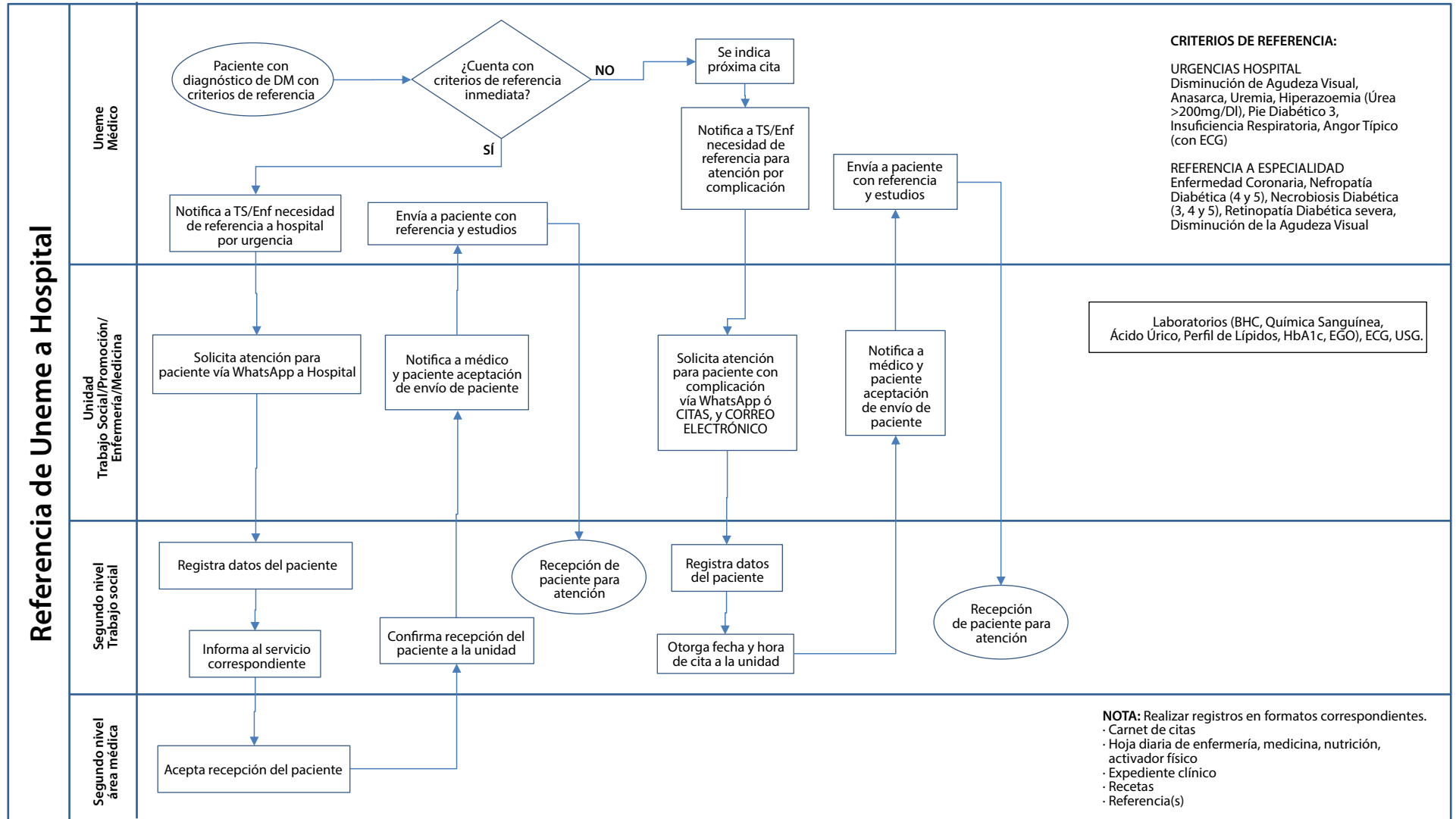


Segmento: Consulta de control



Segmento: Referencia de CS a Uneme / Urgencias Hospital





Anexo 2.

Preguntas clínicas y organizacionales para la construcción de la Vía de Atención Integrada

Tamizaje de pacientes > 20 años

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CÚAL ES LA MEJORA?
Tamizaje comunitario	<ul style="list-style-type: none"> -Una vez a la semana en medio rural y urbano -De acuerdo con el plan de visitas programadas con familiares -Que garantice la cobertura del área poblacional que corresponda 	<p>Visita domiciliaria con programación previa.</p> <p>Saludando cordialmente al paciente y presentándose como personal de salud quien deberá explicar al paciente el objetivo y propósito de realizarle una detección de factores de riesgo, informar al paciente sobre el objetivo de la aplicación y registro del Cuestionario de Factores de Riesgo, así como las ventajas que se obtienen al encontrar hallazgos de manera temprana y oportuna.</p> <p>En caso de encontrar familiares con factores de riesgo alto y determinación de glucemia con sospecha diagnóstica, se les programará cita al CS para confirmación o descarte del diagnóstico de DM.</p> <p>Entrega de volante con información sobre fecha, horario y lugar de la cita</p> <p>Para personas con factores de riesgo identificadas en eventos públicos y que son derechohabientes de alguna institución de seguridad social se les informa sobre la importancia de acudir a la institución que corresponda; se entregan los cuestionarios al responsable del evento, quien clasifica, concentra y entrega al área de epidemiología jurisdiccional o estatal quien elabora el oficio de entrega de información a las instituciones que correspondan.</p>	<p>Personal de salud capacitado.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermeras de campo en medio rural (Kobén) y personal de promoción de salud (IMI). -Enfermeras de campo del área de vacunación en medio urbano (Lerma, Morelos, CS Wilberth Escalante) y personal de promoción. 	<p>Actividades extramuros*:</p> <p>Área abierta en lugares de actividades</p> <p>Visitas domiciliarias, entornos de familiares de pacientes con diabetes</p> <p>-Ferias de salud y otras actividades orientadas en la promoción de salud extramuros</p> <p>Actividades del INAPAM</p>	<p>Diagnóstico de la capacidad de los recursos humanos de las áreas de Promoción de la Salud (promotores de salud y personal del Programa de Alimentación y Actividad Física) para participar en el tamizaje comunitario</p> <p>Elaborar plan de visitas domiciliarias que garantice la cobertura del área poblacional que corresponda</p> <p>Información entregada a la comunidad sobre riesgos detectados y citas programadas</p> <p>Información entregada sobre población en riesgo a instituciones de seguridad social</p> <p>Seguimiento a citas de personas detectadas en visita domiciliaria y eventos públicos</p> <p>Identificar oportunamente a pacientes con factores de riesgo para diabetes mellitus</p>
Entrega de solicitud de laboratorios con cita programada	Al término de la detección de factores de riesgo con resultados de sospecha de les deberá entrega solicitud de laboratorios para confirmación diagnóstica	<p>Entregando solicitud de laboratorio con cita programada con las indicaciones adecuadas para la toma de muestra.</p> <p>Se deberá solicitar al paciente que acuda con ayuno de 8hrs previas.</p> <p>Se deberá indicar la obtener la muestra de orina con previo aseo, después del primer chisquete dentro de un contenedor estéril con tapa rosca.</p>	<p>Responsables de la detección del instrumento de factores de riesgo.</p> <p>«enfermera, promotor, médico, pasante y equipo comunitario»</p>	En el sitio donde se llevó a cabo la detección ya sea intramuros o extramuros	<p>Facilitarle los medios para la confirmación diagnóstica y oportuna</p> <p>Ofrecerles el servicio de laboratorio para la confirmación diagnóstica a la brevedad posible</p>

Continúa/

/continuación/

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CÚAL ES LA MEJORA?
Tamizaje en CS	En consultas de pacientes de 20 años y más	Respetar el consentimiento del paciente para ser interrogado y evaluado Saludo cordial al paciente y presentarse como personal de salud y compartiendo y explicar al paciente el objetivo y propósito de realizarle una detección de factores de riesgo, así como las ventajas que se obtienen al encontrar hallazgos de manera temprana y oportuna Informar al paciente el objetivo de la aplicación y registro del Cuestionario de Factores de Riesgo	Personal de salud capacitado Enfermería En caso de no contar con personal de enfermería: Médico Enfermeros pasantes. Médicos pasantes.	Centros de salud de primer nivel de atención	Identificar oportunamente a pacientes con factores de riesgo para diabetes mellitus
Toma de medición antropométrica Toma de glucemia en ayuno o postprandial a 2 hora Toma de presión arterial	- En horarios de atención de los servicios de salud de las unidades de primer nivel de atención	Toma de glucemia capilar con glucómetro con previo consentimiento verbal. - Con previo lavado de manos o uso de guantes. -Realizar asepsia del dedo a puncionar. - Se obtiene lectura de la muestra a través de la tira reactiva. -Sí es > 100mgdl - <126mgdl descartar diagnóstico DM. -Sí es >126mgdl confirmar diagnóstico. - Sí es >200mgdl postprandial, confirmar diagnóstico.	Personal de salud capacitado. Enfermería. Médico. Promotor en salud. Enfermeros pasantes. Médicos pasantes.	Centros de salud de primer nivel de atención (En proyecto: C.S. Wilbeth Escalante, C.S. Morelos, C.S. IMI, C.S. Lerma, C.S. Kobén	Detectar oportunamente a pacientes con alteración de la glucosa Cobertura del 100%
Citar a laboratorio en forma programada para valoración de resultados para la integración del diagnóstico en consulta al recabar resultados	Posterior al tamizaje deberán entregarse la orden de laboratorio para su asistencia a laboratorio	Citas para centros de salud urbanos: El paciente recién valorado por tamizaje acudirá a ventanilla de laboratorio para recibir cita programada para sus laboratorios con resultados máximo a 1 semana Enfermeras de vacunación que tienen salidas de W.E. podrán sacar y retornar la cita de laboratorio Citas para centros de salud rural: La enfermera de la unidad (C.S. Kobén y C.S. IMI, Lerma «aunque es urbana está alejada del centro») acudirá a ventanilla para gestionar la cita con datos completos en la solicitud de laboratorio el cual deberá contener el causas -Bienestar que justifique lo solicitado. Enfermeras de vacunación que tienen salidas de W.E. podrán sacar y retornar la cita y resultados de laboratorio	Enfermería o en su defecto el médico.	En el Laboratorio de la Dirección de área del Centro de Salud Wilberth Escalante	Evitar la inasistencia por no contar cita programada

Integración diagnóstica

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CÚAL ES LA MEJORA?
<p>Otorgar ficha para consulta médica para interpretación de laboratorios e integración diagnóstica.</p> <p>«Priorizar positivos para atención inmediata de consulta confirmatoria.»</p>	<p>Al asistir el paciente por resultados de laboratorio deberá pasar con trabajo social para que otorgue ficha para consulta médica o cita programada según sea el caso particular de cada paciente, ofrecerle agenda disponible a elegir la fecha que pueda acudir a su consulta.</p>	<p>Deberá confirmar diagnóstico de diabetes mellitus con base a dos determinaciones de glucemia, que pueden ser:</p> <p>Glucemia central > 100mgdl o</p> <p>Curva de tolerancia a la glucosa con resultado > 200mgdl o</p> <p>Hb Glicada > 7%</p> <p>Confirmar y diagnosticar el grado de sobrepeso (>25-29.9) u obesidad (>30) en el paciente con diabetes.</p> <p>En caso de diagnosticar obesidad deberá clasificarse (IMC >30-34.9 GI, >35-39.9 GII, >40 GIII).</p> <p>Descartar dislipidemia a todo paciente con obesidad.</p> <p>Confirmar o descartar hipertensión arterial sistémica por baumanómetro manual.</p>	<p>Médico</p> <p>Médico o enfermera.</p>	<p>En el consultorio médico de la unidad de salud</p> <p>Sobre la hoja de nota médica y tarjetero de ECNT (Enfermedades Crónicas No Transmisibles).</p>	<p>Garantizar que se otorgue cita consulta inmediata para confirmar diagnóstico.</p> <p>Diagnóstico correcto con dos determinaciones.</p> <p>Detección correcta de comorbilidades de síndrome metabólico.</p> <p>Diagnosticar adecuadamente la enfermedad crónica de Obesidad y dirigir manejo adecuado según el grado como comorbilidad de diabetes.</p>
<p>«Dar seguimiento a las citas programadas de pacientes de primera vez para confirmación diagnóstica de diabetes.»</p>	<p>Al recabar resultados de laboratorio por el paciente.</p>	<p>Indagar si cuenta con algún tipo de derechohabencia o con póliza del Programa de Bienestar (antes SP), de lo contrario ofertar.</p> <p>Otorgar cartilla de salud (sí no cuenta con ella).</p> <p>Sí cuenta con otra derechohabencia se le canalizará a su unidad familiar de atención médica con su tamizaje en copia, resto se enviará a su institución a través de epidemiología u oficina de tamizajes realizados a su departamento de medicina preventiva de su derechohabencia.</p>	<p>Trabajo social</p> <p>Concentración por PASAA Jurisdiccional y reportar a nivel estatal.</p> <p>Medicina preventiva estatal</p>	<p>En la unidad de salud, en ventanilla de citas.</p>	<p>Captar a los pacientes que no cuentan con la valoración para integración diagnóstica.</p> <p>Dar seguimiento</p>
<p>Identificación y registro del paciente, realizarle somatometría y toma de signos vitales, asentar los datos en nota médica y en tarjetero de ECNT.</p>	<p>Antes de la consulta médica con previo consentimiento.</p>	<p>Medición de peso y talla con báscula clínica con estadímetro.</p> <p>Determinaciones de tensión arterial con baumanómetro digital o manual.</p> <p>Medición de circunferencia de cintura con cinta métrica.</p> <p>Signos vitales: toma de frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria con estetoscopio.</p>	<p>Enfermería</p>	<p>En área de enfermería.</p>	<p>Obtener los datos basales desde el primer contacto.</p>
<p>Evaluar los laboratorios y notificar la determinación diagnóstica de las enfermedades encontradas.</p> <p>Integración de documentos (Póliza SP, Exp. Clínico, Laboratorios QS (6), Perfil de lípidos, EGO, Hb Glicada, Carnet de citas, Cartillas de vacunación)</p>	<p>Durante la primera consulta.</p>	<p>A través de interpretación clínica y bioquímica de los laboratorios realizados.</p>	<p>Médico.</p>	<p>En el consultorio médico de la unidad.</p>	<p>Diagnosticar a la brevedad para identificación inmediata de complicaciones o intervenir lo antes posible de su presentación.</p> <p>Estandarizar los criterios diagnósticos de diabetes mellitus según ADA 2019.</p>
<p>Invitar al paciente a integrarse al GAM o a un grupo deportivo de su comunidad.</p>	<p>Durante la consulta</p>	<p>Ofreciendo todos los beneficios que se otorgan al asistir como:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Presenciar talleres y pláticas del cuidado a la salud. -Realizar activación física. -Conocer a otras personas con el mismo diagnóstico. -Actividades extramuros. 	<p>Médico, Enfermera, Promotor.</p>	<p>En la consulta médica</p>	<p>Mejorar el estado emocional del paciente, ayudarlo a la aceptación de la enfermedad, ofrecerle educación en diabetes.</p>

Valoración basal

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CÚAL ES LA MEJORA?
Comorbilidades y tratamiento (Otros medicamentos que toma regularmente)	1 era consulta	Revisión de historia clínica (antecedentes patológicos), en caso de no tener la información, realizar Interrogatorio (¿Padece alguna enfermedad?, ¿Toma algún medicamento?, ¿Periodicidad del medicamento?, ¿Antigüedad de uso?) Valore si existe antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad, TB, depresión previa, IAM previo en familiares	Médico	Consultorio	<p>PACIENTES CON HISTORIA CLINICA COMPLETA Y ACTUALIZADA</p> <p>Capacitación médica de reforzamiento al personal de salud</p> <p>Conocer los antecedentes patológicos acompañante en el momento del diagnóstico</p> <p>Conocer a través de un interrogatorio exhaustivo las comorbilidades y tratamientos previos a su presentación de la enfermedad antes, durante o después del diagnóstico</p>
Revisión ojos	1 era consulta	<p>Revisión de Historia Clínica</p> <p>Exploración de la vista</p> <p>Reflejo pupilar</p> <p>Movimientos oculares (arriba-abajo, externo, interno)</p> <p>Alteraciones del parpado (contorno)</p> <p>Presencia de Pterigión</p> <p>Catarata</p> <p>Opacidad del cristalino</p> <p>Examen de fondo de ojo * Necesidad de capacitación.</p> <p>Cuestionar sintomatología</p> <p>Investigue si existen miodesias (manchas en el campo visual), disminución de la agudeza visual o presencia de un escotoma visual (campo borroso sin aclaramiento del campo visual permanente).</p> <p>Agudeza visual- ¿ve usted borroso?, ¿ve manchas negras? ¿Ve moscas volando?, ¿ve como si viera un tubo?, ¿nota turbio su ojo?</p>	Médico	Consultorio	<p>Capacitar a todos los médicos en la práctica adecuada de una revisión oftalmológica correcta y oportuna del fondo de ojo</p> <p>Detección oportuna ante datos clínicos de Retinopatía Diabética confirmada por oftalmoscopia</p>
Revisión odontológica	1era Consulta 2da Consulta	<p>Revisión visual de la cavidad bucal</p> <p>Historia Clínica Odontológica (Integración o revisión)</p> <p>Plan y desarrollo de tratamiento odontológico (identificación de focos infecciosos bacterianos en la cavidad bucal, esquema básico)</p>	Médico Odontología	Consultorio Consultorio	Todos los pacientes con DM deberán contar con la revisión bucal en la evaluación de la historia clínica para referencia oportuna con el servicio de Odontología para la próxima consulta

Continúa/

/continuación/

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CUAL ES LA MEJORA?
Revisión de Pies	1era Consulta 2da o 3era Consulta	Interrogatorio y observación Exploración Instrumentada Hoja podológica (completa y legible) Necesidad de capacitación	Enfermera Médico en caso de no encontrarse la enfermera. Criterios de pie diabético con manejo en primer nivel. Existe callosidad, lesión superficial de la epidermis, vigilar en formal semanal o quincenal con medidas de higiene, esquema de antibiótico Criterios de referencia oportuna a 2do. Nivel ante la detección de complicaciones de pie diabético Existe presencia de úlcera, secreción, compromiso tisular desde la dermis, tejido celular subcutáneo o planos profundos (musculo, hueso), compromiso vascular importante (dolor punzante que limite la deambulación libre o se interrumpa el sueño)	Consultorio Consultorio	Capacitación general a personal de salud para una correcta valoración podológica máximo en el primer trimestre de todos los pacientes Valorar si existe lesión en pies con criterios de referencia. En la primera consulta Referencia oportuna ante indicios relevantes en el manejo del pie diabético para valoración por el especialista a 2do nivel
Valoración de neuropatías	1era Consulta 2da Consulta	Historia Clínica Interrogatorio: Dolor punzante, Hipersensibilidad o hiposensibilidad Ardor en extremidades con predominio en pie. Unilateral o Bilateral Exploración instrumentada: Disminución del arco reflejo Alteración en el puntaje de la prueba de monofilamento Alteración en prueba con Diapasón	Médico Médico Médico	Consultorio Consultorio	Identificación de pacientes con neuropatía para prevención de pie diabético Conocer el signo de descontrol metabólico Referencia de pacientes con neuropatía avanzada con medicina interna para orientar manejo por neurología
Salud Mental Estado psicológico (eufórico, depresivo, ansioso, motivación al cambio, etc.)	2 da Consulta	Diagnosticar la Depresión y Ansiedad a través de la aplicación de la Escala de Beck. Percepción de la enfermedad conforme a la valoración de las 5 etapas del duelo y el estado de motivación al cambio.	Médico	Consultorio	Determinar el tratamiento de la terapia con enfoque cognitivo conductual Referir en forma oportuna a 2do Nivel con Psiquiatría para casos de Depresión de 2do grado o ansiedad generalizada

/continuación/

/continuación/

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CUAL ES LA MEJORA?
Salud sexual	1 era consulta 2da Consulta	Valoración de procesos infecciosos: Interrogatorio: Sintomatología urinaria (ardor, prurito, secreción, olor). Ofertar la prueba de EGO, VIH y VDRL. Disfunción eréctil y dispareunia ¿Tiene vida sexual activa?, ¿cómo se siente en su vida íntima con su pareja?, ¿Cómo está su vida sexual? Valorar el uso de métodos anticonceptivos, conocer si está embarazada	Médico Médico, Enfermería	Consultorio Consultorio	En el caso de factores de riesgos de exposición realizar VDRL y VIH Atender la salud sexual activa Identificación de alteraciones en la vida sexual de los pacientes con diabetes Agregar en la Historia clínica la aplicación de búsqueda intencionada IVSA y número de parejas sexuales. F
Vacunas	1 era Consulta 2da Consulta	Cartilla de vacunación o interrogatorio (influenza en todas las edades y neumococo > 60años)	Enfermería	Med. Preventiva (área urbana) Med. Preventiva (área rural)	Disminuir complicaciones de enfermedades infectocontagiosas en pacientes inmunodeprimidos por DM
Hábitos de alimentación (estado nutricional)	2da. Consulta	Historia Clínica de Nutrición Recordatorio de 24 horas. de alimentos y frecuencia de ingesta Cuestionario de Hábitos alimenticios.	Nutrición Promotor Enfermería	Consultorio de nutrición	Conocer los estilos de vida y costumbres sobre los hábitos alimenticios para identificar las áreas mejora
Valoración Antropométrica	1era Consulta 1era Consulta	Historia Clínica de Nutrición Recordatorio de 24 horas. de alimentos y frecuencia de ingesta. Antropometría: Peso Talla Circunferencia de cintura y cadera IMC Índice cintura-cadera Aplicación del cuestionario de Hábitos alimenticios	Nutrición Promotor Enfermería Pasante de nutrición Pasante de Medicina	Consultorio Consultorio	Conocer la calidad de alimentación a la que el paciente tiene acceso Ajustar plan nutricional conforme a su poder adquisitivo de los alimentos

/continúa/

/continuación.

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CÚAL ES LA MEJORA?
Aptitud física	3era consulta	Interrogar sobre lesiones o fracturas y limitaciones físicas. Cuestionario de Actividad Física y taller informativo. Cuestionario de Actividad Laboral/ Doméstica Horarios de disponibilidad Forma de Participación: Individual Grupal Evaluación funcional/ física Hábitos de ejercicio y deporte	Activador físico Médico Enfermera Pasante	Unidad Área abierta	Conocer las limitaciones físicas con las que curse el paciente para desarrollar cualquier tipo de actividad física
Valoración del entorno familiar	1era – 6ta consulta	Estudio socioeconómico Hoja de factores de riesgo a >20 años Gráficas de control nutricional de 0-5 años y 5-19 años, por sexo. Glicemia capilar a familiares	Trabajo social o Promotor o Enfermería	Consultorio /Área MIDO	Identificar riesgos y barreras socioeconómicas que interfieren el acceso y la atención
Valoración y atención del entorno familiar	2da Consulta	Concertar o programar visita s domiciliarias.	Trabajo social, Promotor, Enfermería	Centro de salud.	Detección oportuna de casos nuevos en familiares cercanos
	Citas programadas al mes	Orientación de cambios en estilo de vida, educación de alimentación saludable preventiva ante enfermedad es con factores de riesgo y crear concientización del entorno familiar.	Trabajo social, Promotor, Enfermería	En su domicilio.	Integrar al entorno familiar para formar parte de un entorno más saludable para el paciente Apoyo de la red familiar en decisiones nutricionales
	Citas médicas del paciente o cita programada a domicilio	Realizándoles detecciones con Cuestionario de Factores de Riesgo de forma fortuita con el familiar acompañante o por programación de miembros de la familia en citas programadas del paciente a su cita de control	Trabajo social, Promotor, Enfermería	Consultorio o domicilio	Captación oportuna, aplicar medicina preventiva con orientación de mejora en los estilos de vida
	Al hacer contacto con cada miembro del entorno familiar por programación o en forma fortuita en caso de ser acompañante	Toma de presión arterial, glucosa capilar, peso, talla, circunferencia de cintura, IMC, perfil de lípidos	Enfermería, Médico, Nutriólogo (a).	Consultorio o domicilio	Tamizaje y obtención de basales en caso de enfermedad crónica positiva
	Al término de la valoración	Citar a laboratorio en forma programada para valoración de resultados que requieran confirmación o descarte de enfermedad crónica en consulta médica	Trabajo social, Promotor, Enfermería	Consultorio o domicilio	Captación oportuna para su manejo y tratamiento
	Cita médica	Entrega de resultados, mismo día solicitar cita médica de confirmación diagnóstica	Trabajo social, Promotor, Enfermería	Centro de salud Consultorio médico	Optimizar tiempos de atención, para captación inmediata

Tratamiento farmacológico

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CÚAL ES LA MEJORA?
Prescripción Linagliptina 5 mg	3era consulta	Dosis única 1 tab cada 24 horas Puede combinarse con Metformina y con Insulina	Médico	Consultorio	Ofertar manejo de inhibidores DPP4 en pacientes
Prescripción de Sitagliptina 25 mg, 50,100mg	3 consulta	Tomar 1tab 50mg cada 12 horas Prescripción de dosis gradual Puede combinarse con Metformina y con Insulina	Médico	Consultorio	Ofertar manejo de inhibidores DPP4
Prescripción de Insulina	3era Consulta a 4ta Consulta	Insulinización (Insulina sintética) Insulina Glargina 0.1 a 0.2UI/Kg en 24 horas Ajustar dosis 4UI si persistes descontrol >280mgdl a 300mgdl GPA o 10% dosis basal (Verificar la aplicación efectiva con un familiar antes de incrementar dosis) Insulina NPH 10UI /24hrs o Inulinizar NPH 1/3 mañana, 1/3 noche Premezclas NPH/Lipro ADD. (Tto. Complementario al farmacológico cambio en el estilo de vida+dieta + ejercicio físico)	Médico	Consultorio Consultorio	Disminuir los niveles glucémicos mayores a 300mgdl o Hb Glicada > 10%
Prescripción de Metformina 850mg	1 era consulta 2da Consulta	Metformina (Biguanida) Criterios de prescripción Pacientes con Hb A1C >7% o Glucemia capilar >140mgdl Dosis inicial 425mgdl (1/2 tab.) por 15 días Monitorea Glucemia 130mgdl y tolerancia gastrointestinal Metformina 850mg /24 horas ¿Monitorear Glucemia tolera? >130 mgdl? Aumentar la dosis 1700mgdl / 24 horas ADD. (Tto. Complementario al farmacológico cambio en el estilo de vida+dieta + ejercicio físico)	Médico	Consultorio	Control glucémico, mejora r el apego en forma gradual Control de peso
Prescripción de Glibenclamida 2.5mg o 5mg	1era Consulta 2da Consulta	Glibenclamida (Sulfonilureas) Dosis inicial de 2.5 a 5 mgdl de acuerdo con valores de Glucemia > 200mgdl que no respondan a manejo con metformina ni cambios de nutrición y estilos de vida ADD. (Tto. Complementario al farmacológico cambio en el estilo de vida+dieta + ejercicio físico)	Médico	Consultorio	Prescripción en pacientes De preferencia con IMC < 30

Tratamiento no farmacológico

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CÚAL ES LA MEJORA?
<p>Atención del servicio de Nutrición.</p> <p>Recomendaciones de dieta o nutricionales: Consumo de líquidos</p>	<p>1 era Consulta</p> <p>2da. Consulta</p>	<p>Historia Clínica de Nutrición</p> <p>Recordatorio de 24 horas. de alimentos y frecuencia de ingesta</p> <p>Cuestionario de Hábitos alimenticios.</p> <p>Recomendaciones generales.</p> <p>Disminución del consumo de bebidas azucaradas, grasas de origen animal, grasas trans, alimentos empanizados, alcohol, aumentar la ingesta de agua simple promedio 2lts.</p>	<p>Nutrición</p>	<p>Consultorio de nutrición</p>	<p>Conocer los estilos de vida y costumbres sobre los hábitos alimenticios para identificar las áreas de mejora</p> <p>Beneficiar el control de glucemia y lipemia.</p> <p>Control y prevención de síndrome metabólico</p>
<p>Indicación de Activación física</p> <p>De acuerdo con su IMC se le implementará su rutina de ejercicios recomendados.</p> <p>Se le integrará a Grupo de Ayuda Mutua (GAM) para impartir temas de autocuidado en diabetes.</p>	<p>Cita programada a GAM</p>	<p>Aplicando una encuesta para valoración perceptible por el paciente de su función cardiaca ante el ejercicio físico.</p> <p>Se incluirá a la lista de asistentes.</p> <p>Se le evaluará su capacidad de movimiento para determinar el inicio de la actividad física recomendada.</p> <p>Recomendaciones generales.</p> <p>Disminución del consumo de bebidas azucaradas, grasas de origen animal, grasas trans, alimentos empanizados, alcohol, aumentar la ingesta de agua simple promedio 2lts.</p> <p>Se recomienda realizar A.F. en la medida que su organismo le permita:</p> <p>>18 a < 60 años debe mantener 150 minutos a la semana de actividad moderada a vigorosa.</p> <p>>60 años debe mantener 150 minutos por semana con actividad leve (caminata enérgica) a moderada.</p> <p>Hay problemas de tipo motriz, equilibrio.</p>	<p>Activador Físico</p> <p>Promotor</p> <p>Monitor</p>	<p>En el centro de salud en área destinada de reunión</p>	<p>Captarlo en GAM para garantizar educación en el auto monitoreo y autocuidado</p> <p>Beneficiar el control de glucemia y lipemia.</p> <p>Control y prevención de síndrome metabólico</p>
<p>Cuidado del sueño</p>	<p>1 era Consulta</p>	<p>Se recomiendan mínimo 6 horas máximo 8 horas.</p>	<p>Médico</p>	<p>Consultorio</p>	<p>Mejora el estado ánimo y el estado mental, mejora el equilibrio hormonal y metabólico</p>
<p>Recomendaciones del cuidado de los pies y prevención de lesiones y accidentes en el hogar</p>	<p>2da Consulta</p>	<p>Calzado adecuado, corte recto de uñas, secado correcto de los pies, hidratación de pies.</p> <p>Adecuar rampas en el hogar. Utilización de accesorios de apoyo. Evita mascotas dentro del hogar. Eliminar obstáculos físicos que aumenten el riesgo de caídas</p>	<p>Médico</p>	<p>Consultorio</p>	<p>Prevención de lesiones y caídas</p> <p>Prevención de amputaciones por pie diabético</p>
<p>Psicología</p>	<p>Citas programadas</p>	<p>Agendar citas a pacientes con criterios de depresión leve, ansiedad leve, problemas con conductas alimenticias.</p> <p>Trabajar temas de aceptación de la enfermedad en sesiones grupales y en forma individual.</p>	<p>Psicólogo</p>	<p>Visitas programadas en forma rotacional a centros de salud lejanos</p>	<p>Alcanzar el servicio de atención a la salud emocional por ende mejorar control y apego a tratamientos</p>
<p>Atención en el servicio de psicología</p> <p>Manejo de emociones y manejo de estrés</p>	<p>2da Consulta</p>	<p>De acuerdo con la prueba de confirmación del cuestionario de Beck se valora la gravedad del trastorno mental. Criterio Leve de ansiedad y depresión manejo con terapia conductivo conductual.</p>	<p>Psicólogo</p>	<p>Consultorio.</p>	<p>Detección y manejo oportuno de estas alteraciones psicológicas</p>
<p>Referir a Psicología</p>	<p>2 da. Consulta</p>	<p>Referencia conforme al Inventario de Beck positiva.</p>	<p>Medico</p>	<p>Consultorio</p>	<p>Mejorar el apego al tratamiento integral</p>
<p>Referir a Gerontología</p>	<p>2 da Consulta</p>	<p>Referencia a Gerontología de pacientes mayores de 60 años con Dx DM2.</p> <p>Realizando detecciones del estado ánimo, valora el estado mental, valoración de la incontinencia urinaria, identificación oportuna de hiperplasia prostática.</p>	<p>Medico</p>	<p>Consultorio</p>	<p>Integrarlo a un grupo social</p>

Atención del entorno familiar

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CÚAL ES LA MEJORA?
Atención al entorno familiar	Posterior a la integración de diagnóstico de DM	Personal de salud explica y solicita información al paciente con DM2 con relación a sus familiares > 20 años para la realización de tamizaje En caso de aceptar, se programa visita domiciliaria o cita en centro de salud	Trabajo social, Promotor, Enfermería	Unidad de salud	
	Una vez aceptado participar	Visita domiciliaria	Trabajo social, Promotor, Enfermería	Domicilio del paciente	
	Durante la visita al domicilio	Detección de factores de riesgo en la familia: Aplicación de cuestionarios de factores de riesgo Toma de presión arterial, glucosa capilar, peso, talla, circunferencia de cintura, IMC, perfil de lípidos	Trabajo social, Promotor, Enfermería	Domicilio del paciente	Captación oportuna de pacientes con DM
	Durante la visita al domicilio	Citar a consulta externa según resultados de cuestionario de factores de riesgo Cita a laboratorio Entrega de información	Trabajo social, Promotor, Enfermería	Domicilio del paciente	Agilizar el seguimiento del paciente
	Durante la visita al domicilio	Concertación de visita domiciliaria complementaria o cita en centro de salud	Trabajo social, Promotor, Enfermería	Domicilio del paciente	Continuidad de la atención

Inclusión al grupo de ayuda mutua

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CÚAL ES LA MEJORA?
Invitando al paciente desde la consulta para integración en los días programados	2da. Consulta al confirma diagnóstico	En forma personalizada desde la consulta de confirmación. A través de un volante que indique las actividades que se realizan en el GAM, Activación física, pláticas educativas sobre la enfermedad, actividades culturales y recreativas	Médico	En el consultorio	Compartir experiencias para mejorar el apego a su control. Implementación la formación de GAM donde no existen
Monitorear la asistencia al GAM	Cuando acude a cita de control	Preguntando si ha asistido al GAM	Enfermera	En el área de medición de antropometría	Darles seguimiento a los nuevos integrantes del GAM
Promocionar a través de videos por redes sociales las acciones de la activación física en los centros de salud	Indefinido	Difusión a través de participación social, Facebook SSA, Videos de difusión. Trípticos, spot	Activador físico	Espacios de la SSA, Radio, TV	Lograr la formación de más GAM en los centros de salud en impactar en su entorno
Reforzar la invitación al GAM dentro de las acciones de seguimiento en nutrición	Durante la consulta de control nutricional	Preguntando su asistencia al GAM si cumple con el tratamiento para control de peso	Nutrición	En el consultorio nutricional	Dar seguimiento a la asistencia al GAM
Sensibilizar y canalizar al GAM	En visitas programadas	Crear conciencia de los beneficios del ejercicio físico en grupo	Psicología	En los C.S. programados	Disminuir la deserción de pacientes al GAM
Invitar al paciente a integrarse al GAM	Al integrar el diagnóstico	Invitación verbal Se informa verbalmente al paciente sobre los beneficios de pertenecer al GAM; los días y horario de actividades, código de vestimenta y requisitos para integrarse. (Es importante indicar si es necesario acuda en ayuno y de realizar ejercicio ingiera de algún alimento para evitar descompensaciones o lleve desayuno)	Médico	Consulta externa	Más pacientes con DM incorporados al GAM

Continúa/

/continuación.

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CÚAL ES LA MEJORA?
Agregar a la lista del GAM.	El primer día que acude al GAM	Incorporación al censo GAM y SINBA Todo paciente que se integre al GAM deberá anexarse a la lista formal de integrantes, la cual deberá contener la firma o huella digital que corrobore su asistencia a la reunión. Deberá agregarse al Formato de Registro Mensual de Actividades GAM (FORMA), donde se registran datos como CURP, fechas de diagnóstico de cada patología que padezca, tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico, antropometría y sesión educativa	Coordinador GAM (personal de salud)	Área asignada para la reunión del GAM	Mejor registro de la asistencia y vigilancia de los pacientes con DM en tratamiento
Activación física (dos o tres veces a la semana)	Días programados	Código de vestir para ejercicio físico. Todo paciente deberá acudir con zapatos y ropa cómoda (zapatos cerrados, de preferencia tenis) que les permita realizar la actividad con libertad de movimiento y sin ocasionarles algún percance. Es importante llevar agua simple para hidratarse durante y después de la actividad y llevar consigo una fruta	Coordinador GAM (personal de salud)	Área asignada para la reunión del GAM	Mejor condición física, coadyuvante en el control glucémico y reducción de peso
Revisar temas de salud.	Días programados	Calendario de temas a impartir por parte del personal de salud En cada reunión mensual se impartirán un tema de las diferentes áreas de salud de interés para los pacientes como: Psicología, Nutrición, Odontología, Actividad física, Trabajo social, Gerontología. Se realizará una carta descriptiva de los contenidos y la duración de la sesión deberá ser mínimo de 30 minutos. Todo paciente que reciba la sesión deberá firmar la lista de asistencia. Al finalizar la sesión se harán preguntas para identificar si obtuvieron los conocimientos sobre el tema	Personal de salud	Área asignada para la reunión del GAM	Los temas de salud darán conocimientos básicos necesarios para el autocontrol de la DM en torno a la salud global
Reconquista de pacientes que abandonan el GAM	Una semana posterior al abandono	Visitas domiciliarias o llamada telefónica La finalidad es reincorporar a los pacientes integrantes de GAM que han dejado de asistir a las reuniones mensuales. Se pedirá apoyo a trabajo social para que realice las visitas domiciliarias o en su defecto se pedirá al coordinador de GAM realice la visita o llamada telefónica. Se insistirá en las dos primeras sesiones a las que no acuda	Coordinador GAM o Trabajo Social	Unidad y domicilio del paciente	Fortalecer sus conocimientos para el autocuidado y dar las herramientas grupales para autocontrol

Evaluación, monitoreo y autocontrol

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CÚAL ES LA MEJORA?
Evaluación	Forma programada	A través de aplicación de las fórmulas que componen cada indicador por área mensualmente.	Personal de Nivel Estatal y Jurisdiccional	En los centros de salud del proyecto	Valorar que las acciones programadas por consulta se cumplan conforme a la vía clínica
Monitoreo	De acuerdo con el cronograma Cada mes.	Visita programada en unidades Retroalimentación mensual.	Nivel Estatal y Jurisdiccional Todos	En los centros de salud del proyecto.	Identificación de los problemas, contratiempos y defectos en el desarrollo del proyecto
Autocontrol	Revisión personal completa semanalmente	A través de educación en diabetes por medio de pláticas, talleres, auto monitoreo de niveles de glucosa, identificación de datos de alarma con oportunidad de alguna alteración.	Paciente con diabetes	En su hogar	Identificación oportuna de complicaciones

Anexo 3.

Fichas técnicas de los indicadores para evaluar la Vía de Atención Integrada

Tamizaje

Ficha técnica de indicadores de proceso	
SEGMENTO:	TAMIZAJE
ÁREA:	Comunidad
Sub-área	
N.º	T1.1
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas ≥ 20 años tamizadas para DM2 en la Comunidad
TIPO DE INDICADOR	Proceso Porcentaje
FORMA DE MEDICIÓN	Muestreo de registros (expedientes clínicos) Objeto de Medición: Cobertura de personas tamizadas ≥ 20 años en la comunidad
DESCRIPCIÓN	Personas ≥ 20 años tamizadas con el cuestionario de FRCV para la detección de DM2 aplicado en la comunidad
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	B ADA
Numerador	Número de personas ≥ 20 años tamizadas en la comunidad x 100
Denominador	Personas ≥ 20 años correspondientes al área de influencia del centro de salud
FUENTE DE DATOS	Registro de número de personas programadas para tamizaje en comunidad Hoja de registro diario de actividades de campo (Promotor/enfermería) Archivo de cuestionarios de factores de riesgo
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Propio de la vía clínica Campeche
ESTÁNDAR PROPUESTO	Se aplica cuestionario de detección de FRCV a al menos 80% de las personas ≥ 20 años, sin seguridad social, habitantes del área de influencia del CS, programadas para tamizaje en el período.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Mathew C., Riddle, Diabetes Care, The Journal of clinical and applied research and education. American Diabetes Association, January 2019, Volume 42, Supplement 1.
OBSERVACIONES	Tamizaje: Personas ≥ 20 años, sin seguridad social, habitantes del área de influencia del CS, a las que se les aplicó el cuestionario de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) Responsable: Promotor/enfermera con la supervisión de la jefa de enfermeras Temporalidad: la aplicación del cuestionario para la detección de FRCV en comunidad se realizará según el plan de visitas domiciliarias, con cortes trimestrales, semestrales y anuales. La aplicación de la herramienta de Factores de riesgo deberá ser aplicada a todas las personas ≥ 20 años que no cuenten con diagnóstico previo y a quienes no se les hubiera aplicado en los 12 meses previos. La encuesta de factores de riesgo cumple con las preguntas estándares que se investigan en ADA 2019, que se señala en clasificación y diagnóstico de diabetes S19. Cuestionario de Factores de Riesgo 10 puntos o más: positivas.

Ficha técnica de indicadores de proceso	
SEGMENTO:	TAMIZAJE
ÁREA:	Comunidad
Sub-área	Comunidad
N.º	T1.2
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas ≥ 20 años captadas en comunidad con Tamizaje completo
TIPO DE INDICADOR	Proceso Indicador compuesto All-or-none
FORMA DE MEDICIÓN	Muestreo de registros (expedientes clínicos) Objeto de Medición: Tamizaje de Factores de Riesgo completos.
DESCRIPCIÓN	Personas ≥ 20 años tamizados en la comunidad con el cuestionario de FRCV con puntaje igual o mayor a 10 a los que se les completa el tamizaje en la Unidad médica mediante la toma de glicemia
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	B ADA
Numerador	Total de personas de ≥ 20 años tamizados en la comunidad con 10 o más de calificación en el cuestionario para la detección de FRCV que acuden a cita en la unidad médica a completar el tamizaje X 100
Denominador	Total de personas de 20 años o más tamizados en la comunidad con 10 o más de calificación en el cuestionario para la detección de FRCV que fueron citadas para toma de glicemia capilar.
FUENTE DE DATOS	Registro de pacientes tamizados en comunidad. Cuestionario de factores de riesgo.
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Propio de la vía clínica Campeche
ESTÁNDAR PROPUESTO	80%
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Mathew C., Riddle, Diabetes Care, The Journal of clinical and applied research and education. American Diabetes Association, January 2019, Volume 42, Supplement 1.
OBSERVACIONES	La aplicación de la herramienta de Factores de riesgo deberá ser aplicada a todos los pacientes ≥ 20 años que no cuenten con diagnóstico previo. En el denominador habrá que incluir a las personas citadas como resultado de visitas correspondientes a la atención del entorno familiar (ver indicador EF1) Se considera tamizaje completo cuando las personas tamizadas en comunidad con calificación de 10 o más en el cuestionario de FRCV, acuden a cita en la unidad para la toma de glicemia capilar y se obtiene un resultado de esa actividad. La encuesta de factores de riesgo cumple con las preguntas estándares que se investigan en ADA 2019, que se señala en clasificación y diagnóstico de diabetes S19. Cuestionario de Factores de Riesgo 10 puntos o más: positivas.

Ficha técnica de indicadores de proceso	
SEGMENTO:	TAMIZAJE
ÁREA:	Consulta externa
Sub-área	Área MIDO (Urbana), Área de enfermería (Rural)
N.º	T2
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas ≥ 20 años tamizadas para DM2 en la unidad
TIPO DE INDICADOR	Proceso Porcentaje
FORMA DE MEDICIÓN	Muestreo de registros (expedientes clínicos) Objeto de Medición: Pacientes ≥ 20 años tamizados para DM en la unidad
DESCRIPCIÓN	Personas ≥ 20 años tamizados con el cuestionario de FRCV aplicado en la unidad y que se les medio la glucemia.
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	B ADA
Numerador	Número de pacientes tamizados ≥ 20 años que acuden a la unidad en el mes, sin diagnóstico previo de DM y que no hubieran sido tamizados en los 12 meses previos x 100
Denominador	Número de pacientes ≥ 20 años que acuden a la unidad en el mes sin diagnóstico previo de DM y que no hubieran sido tamizados en los 12 meses previos
FUENTE DE DATOS	Hoja de registro diario de pacientes Cuestionario de factores de riesgo.
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Propio de la vía clínica Campeche
ESTÁNDAR PROPUESTO	80%
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Mathew C., Riddle, Diabetes Care, The Journal of clinical and applied research and education. American Diabetes Association, January 2019, Volume 42, Supplement 1.
OBSERVACIONES	La herramienta de Factores de riesgo deberá ser aplicada a todos los pacientes ≥ 20 años que no cuenten con diagnóstico previo y a quienes no se les hubiera aplicado en los 12 meses previos, sin importar el motivo de búsqueda de atención sanitaria. Aplicar tamizaje al 100% de las personas ≥ 20 años que acudan a la unidad, sin diagnóstico de DM y que no hayan sido tamizados con anterioridad en el año. La encuesta de factores de riesgo cumple con las preguntas estándares que se investigan en ADA 2019, que se señala en clasificación y diagnóstico de diabetes S19. Cuestionario de Factores de Riesgo 10 puntos o más: positivas.

INTEGRACIÓN DIAGNÓSTICA

Ficha técnica de indicadores de proceso	
SEGMENTO:	INTEGRACIÓN DIAGNÓSTICA DE DIABETES MELLITUS
ÁREA:	Centro de salud
Sub-área	Consulta médica
N.º	ID1
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas con diagnóstico correcto de DM2
TIPO DE INDICADOR	Proceso Porcentaje
FORMA DE MEDICIÓN	Muestreo de expedientes de pacientes diabéticos de reciente diagnóstico Objeto de medición: Pacientes en los que se realizó un diagnóstico correcto
DESCRIPCIÓN	Personas en las cuales se utilizaron criterios y pruebas recomendados por la GPC para establecer el diagnóstico de DM2
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	1 AACE, 2011; A AACE, 2011, A, ADA, 2019
Numerador	Número de expedientes de pacientes diagnosticados con DM2 en los que se reportan criterios y pruebas recomendados por la GPC x 100
Denominador	Total de pacientes con DM atendidos en la unidad médica
FUENTE DE DATOS	Expediente clínico.
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Propio de la vía clínica Campeche
ESTÁNDAR PROPUESTO	100%
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	GPC SS-093-08. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención. México, Secretaría de Salud.
OBSERVACIONES	<p>Criterios diagnósticos y pruebas recomendadas por la GPC: Identificar la fecha del diagnóstico Criterios ADA 2019</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Concentración de glucosa plasmática en ayuno (posterior a 8 horas o más de ingesta no calórica) de ≥ 126 mg/dl o, 2. Concentración de glucosa plasmática 2-h ≥ 200 mg/dl posterior a la ingesta de 75 g de una carga de glucosa oral matutina en ayuno de 8 horas o, 3. Síntomas de hiperglucemia descontrolada (poliuria, polidipsia y polifagia) y una concentración de glucosa plasmática aleatoria ≥ 200 mg/dl o, 4. Niveles de A1C $\geq 6.5\%$ (48 mmol/mol) realizada en un laboratorio donde se utilice el método que está certificado por el Programa de Estandarización Nacional de Hemoglobina Glucosilada (NGSP) y estandarizado con el estudio de control y complicaciones de la diabetes (DCCT). <p>En un paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o una crisis de hiperglucemia, una muestra aleatoria de glucosa plasmática ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/L) confirma el diagnóstico</p> <p>*En el caso de que el resultado de una primera prueba de glucosa plasmática no muestre hiperglicemia se requiere repetir la misma prueba o considerar tomar otro tipo de prueba como hemoglobina glucosilada o CTG para establecer el diagnóstico.</p> <p>Es importante considerar que los resultados de la prueba de hemoglobina glucosilada pueden estar alterados si existe la presencia de anemia, hemoglobinopatías, HIV, embarazo</p> <p>Descartar signos clínicos de anemia (fatiga, adinamia, palidez de conjuntivas, taquicardia, cefalea, astenia, sangrado).</p> <p>Si presenta anemia se deberá solicitar glucosa plasmática en ayuno, BH completa.</p>

VALORACIÓN BASAL

Ficha técnica de indicadores de proceso	
SEGMENTO:	VALORACIÓN BASAL
ÁREA:	Consultorio médico
Sub-área	Consultorio Médico (Urbano o Rural)
N.º	VB1
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas con DM2 que cuentan con valoración basal completa
TIPO DE INDICADOR	Proceso. Indicador compuesto "all or none"
FORMA DE MEDICIÓN	Muestreo de registros (expedientes clínicos) Objeto de Medición: Pacientes con diagnóstico de DM2
DESCRIPCIÓN	Personas con DM2 que cuentan con valoración basal integral en un período máximo de dos meses a partir del diagnóstico.
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	IIB, IA, B ADA
Numerador	Número de pacientes con DM2 con valoración basal integral realizada en los primeros dos meses posteriores a haber sido diagnosticados X 100
Denominador	Total de pacientes con DM2 atendidos en la unidad médica
FUENTE DE DATOS	Expediente clínico y hoja médica diaria (cuestionario de psicología, evaluación nutricional, activación física, odontología, valoración podológica, valoración oftalmológica)
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Propio de la vía clínica Campeche
ESTÁNDAR PROPUESTO	100%
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	GPC SS-093-08. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención. México, Secretaría de Salud. Mathew C., Riddle, Diabetes Care, The Journal of clinical and applied research and education. American Diabetes Association, January 2019, Volume 42, Supplement 1

Continúa/

/continuación

OBSERVACIONES	<p>Valoración Basal Integral: Integra las áreas de medicina, psicología, nutrición, odontología y activación física una vez que se establece el diagnóstico de DM2.</p> <p>Para llevar a cabo la valoración se deben aplicar los siguientes cuestionarios:</p> <p>Área médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración podológica • Valoración de fondo de ojo • Valoración de riesgo cardiovascular • Función renal (calcular índice de filtrado glomerular) • Aptitud física • Revisión de cavidad bucal <p>Área Psicología Diagnóstico de depresión y ansiedad a través de la escala de Beck</p> <p>Área de Nutrición Criterios 1.Consulta con nutriólogo: establece el diagnóstico nutricional considerando el IMC. si el IMC es de 18.5 a 24.9 kg/m² se establece un plan de alimentación isocalórico cuya meta es mantener el peso y la HbA1c de 6 a 7% en 3 meses, si el IMC es de 24.9 a 29.9 kg/m² instalar una dieta hipocalórica dieta baja en carbohidratos, baja en grasa, o dieta mediterránea, a fin de reducir 7% del peso corporal y disminuir la HgA1c de 6 a 7 % en 3 meses 2.Actividad física aeróbica: de moderada a intensa (50 a 70% del aumento de la frecuencia cardíaca máxima), por 150 min por semana, manteniéndolo por al menos 3 días a la semana y no más de 2 días consecutivos En ausencia de contraindicaciones, los pacientes con DMT2 deben ser alentados a realizar entrenamiento de resistencia al menos dos veces a la semana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica nutricional • Recordatorio de 24 hrs • Cuestionario de hábitos alimenticios <p>Odontología</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración odontológica de necesidades de tratamiento <p>Activador físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica necesidades del paciente <p>Valoración de vida sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de cuestionario de valoración de vida sexual
----------------------	--

Ficha técnica de indicadores de proceso	
SEGMENTO:	VALORACIÓN BASAL
ÁREA:	Centro de salud
Sub-área	Consultorio Médico
N.º	VB1.1
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas con DM2 con valoración podológica instrumentada
TIPO DE INDICADOR	Proceso Porcentaje
FORMA DE MEDICIÓN	Muestreo de Registro (expedientes clínicos) Objeto de medición: Realización de valoración podológica instrumentada
DESCRIPCIÓN	Personas con DM2 a quienes se les realizó la primera valoración podológica instrumentada dentro de los primeros 2 meses posteriores al diagnóstico.
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	Nivel de evidencia IIB.
Numerador	Número de pacientes con DM2 con reporte de valoración podológica instrumentada realizada durante los primeros dos meses posteriores al diagnóstico X 100
Denominador	Total de pacientes con DM2 atendidos en la unidad médica
FUENTE DE DATOS	Expediente clínico y hoja médica diaria Formato de valoración podológica instrumentada.
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Propio de la vía clínica Campeche
ESTÁNDAR PROPUESTO	Al 100% de todos los pacientes que fueron diagnosticados con DM en el período se les realizó valoración podológica instrumentada
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Carlos Pesquera González Facultativo Especialista de Área. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Guías ALAD del pie diabético, Evidencia A, D. Guía de referencia rápida. Manejo integral en el manejo del pie diabético. Guadalupe Castro, Gabriela Liceaga, et. Guía clínica basada en evidencia para el manejo del pie diabético, Med Int Mex 2009;25(6):481-526
OBSERVACIONES	Dicha valoración no exenta que se le realice una valoración visual desde la primera cita de valoración, priorizar de ser necesario referencias a cirugía general si existen datos clínicos de lesiones con criterios de manejo por 2do nivel.

Ficha técnica de indicadores de proceso	
SEGMENTO:	VALORACIÓN BASAL
ÁREA:	Centro de Salud
Sub-área	Consultorio médico
N.º	VB1.2
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas con DM2 con valoración de vida sexual
TIPO DE INDICADOR	Proceso Porcentaje
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de utilización del cuestionario de valoración de vida sexual Objeto de medición: implementación del cuestionario de valoración vida sexual
DESCRIPCIÓN	Personas con DM2 a quienes se les aplicó el cuestionario para identificar alteraciones en la vida sexual durante los dos meses posteriores a la fecha del diagnóstico.
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	
Numerador	Número de personas a quienes se aplicó el cuestionario de valoración de vida sexual durante los dos meses posteriores a la fecha del diagnóstico X 100
Denominador	Total de pacientes con DM2 atendidos en la unidad médica
FUENTE DE DATOS	Expediente clínico
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Propio de la vía clínica Campeche
ESTÁNDAR PROPUESTO	Al 100% pacientes que fueron diagnosticados con DM en el período se les aplica el cuestionario de valoración de vida sexual
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Prevalencia de las alteraciones de la función sexual (AFS) en sujetos mexicanos con diabetes mellitus de tipo 1 (DM1) y 2 (DM2) que acuden a una Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), Gaceta Médica de México. 2014;150 Suppl 1:107-13.
OBSERVACIONES	Utilizar herramienta (anexo) que permita abrir el tema para la búsqueda intencionada de nivel de descontrol y afectación sobre la vida sexual de los pacientes, de esta manera valorar canalizar referencia a Urología o Ginecología según sea el caso. Se excluyen del denominador los casos que explícitamente, según notas en el expediente, hayan rechazado responder el cuestionario.

Ficha técnica de indicadores de proceso	
SEGMENTO:	VALORACIÓN BASAL
ÁREA:	Centro de Salud
Sub-área	Consultorio Medico
N.º	VB1.3
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas con DM2 con revisión de fondo de ojo.
TIPO DE INDICADOR	Proceso Porcentaje
FORMA DE MEDICIÓN	Observación y Muestreo de registros (expedientes clínicos) Objeto de Medición: Valoración oftalmológica directa con el uso de oftalmoscopio.
DESCRIPCIÓN	Personas con DM2 a quienes se les realizó revisión de fondo de ojo durante los dos meses posteriores a la fecha del diagnóstico.
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	IA
Numerador	Número de pacientes con DM2 a quienes se realizó revisión de fondo de ojo en los dos meses posteriores a la fecha del diagnóstico x 100
Denominador	Total de pacientes con DM2 atendidos en la unidad médica
FUENTE DE DATOS	Expediente clínico
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Propio de la vía clínica Campeche
ESTÁNDAR PROPUESTO	100%
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: gpc- IMSS-718-18 Detección de retinopatía diabética en Primer Nivel de Atención Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-735-14
OBSERVACIONES	No aplica en pacientes con cataratas

Ficha técnica de indicadores de proceso	
SEGMENTO:	VALORACIÓN BASAL
ÁREA:	Centro de salud
Sub-área	Consultorio de Nutrición
N.º	VB1.4
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas con DM2 con valoración nutricional instrumentada (aplicación de 3 herramientas)
TIPO DE INDICADOR	Proceso Porcentaje
FORMA DE MEDICIÓN	Muestreo de registros (expedientes clínicos) Objeto de medición: pacientes con valoración nutricional.
DESCRIPCIÓN	Personas con DM2 a quienes se les realizó una historia clínica nutricional, aplicación del recordatorio de 24 horas y el cuestionario de hábitos alimenticios durante los dos meses posteriores a la fecha del diagnóstico.
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	B ADA
Numerador	Número de expedientes de pacientes con diagnóstico de DM2 a quienes se realizó valoración nutricional en los dos meses posteriores a la fecha del diagnóstico x 100
Denominador	Total de pacientes con DM2 atendidos en la unidad médica
FUENTE DE DATOS	Expediente clínico
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Propio de la vía clínica Campeche
ESTÁNDAR PROPUESTO	100% de pacientes con DM
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Mathew C., Riddle, Diabetes Care, The Journal of clinical and applied research and education. American Diabetes Association, January 2019, Volume 42, Supplement 1
OBSERVACIONES	Se considerará que se cuenta con un diagnóstico nutricional cuando se cuente con una nota de evolución que contenga una valoración del nutriólogo o médico (solo en caso de los centros de salud que no cuenten con nutriólogo) donde se establezca el diagnóstico nutricional con base en su índice de masa corporal (IMC) y se hayan realizado las siguientes actividades: Historia clínica nutricional Recordatorio de 24 hrs Cuestionario de hábitos alimenticios

Ficha técnica de indicadores de proceso	
SEGMENTO:	VALORACIÓN BASAL
ÁREA:	Centro de salud
Sub-área	Consultorio psicología
N.º	VB1.5
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas con DM2 con detección de depresión o ansiedad
TIPO DE INDICADOR	Proceso Porcentaje
FORMA DE MEDICIÓN	Muestreo de registros (expedientes clínicos) Objeto de medición: detección de depresión o ansiedad en personas con diabetes
DESCRIPCIÓN	Personas con DM2 a quienes se les aplicó la Escala de Beck para detectar depresión y ansiedad durante los dos meses posteriores a la fecha del diagnóstico.
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	B ADA
Numerador	Número de pacientes diagnosticados con DM2 a quienes se aplicó la Escala de Beck en los dos meses posteriores a la fecha del diagnóstico x 100
Denominador	Total de pacientes con DM2 atendidos en la unidad médica
FUENTE DE DATOS	Expediente clínico.
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Propio de la vía clínica Campeche
ESTÁNDAR PROPUESTO	100%
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	American Pyquiatic Association, Manual Diagnóstico y Estadístico De los trastornos Mentales, DSM-5, Edit, Panamericana, Valentina Rivas-Acuña, et. Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2, Salud en Tabasco, Vol. 17, No. 1 y 2, enero-abril, mayo-agosto 2011, pp. 30-35. Mathew C., Riddle, Diabetes Care, The Journal of clinical and applied research and education. American Diabetes Association, January 2019, Volume 42, Supplement 1
OBSERVACIONES	Para poder considerar como cumplimiento de este indicador deberá buscarse que exista evidencia de la utilización de la escala de Beck, a partir del registro en el formato correspondiente.

ENTORNO FAMILIAR

Ficha técnica de indicadores de proceso	
SEGMENTO:	ENTORNO FAMILIAR (TAMIZAJE)
ÁREA:	Comunidad
Sub-área	Hogares
N.º	EF1
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas ≥ 20 años tamizadas que conviven con el paciente con DM2 de recién diagnóstico
TIPO DE INDICADOR	Proceso Indicador compuesto All-or-none
FORMA DE MEDICIÓN	Muestreo de registros (expedientes clínicos) Objeto de Medición: personas ≥ 20 años que conviven con el paciente con DM2 de recién diagnóstico
DESCRIPCIÓN	Personas ≥ 20 años que conviven con el paciente con DM2 de recién diagnóstico que fueron tamizadas en visita domiciliaria en el último año
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	B ADA
Numerador	Número de personas ≥ 20 años que conviven con el paciente con DM2 de recién diagnóstico que fueron tamizadas en visita domiciliaria o a través de cita a la unidad x 100
Denominador	Número de personas ≥ 20 años que conviven con el paciente con DM2 de recién diagnóstico
FUENTE DE DATOS	Hoja de registro diario de actividades de campo (Promotor/enfermería) Archivo de cuestionarios de factores de riesgo Hoja de registro de pacientes que acudieron a tamizaje por invitación
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Propio de la vía clínica Campeche
ESTÁNDAR PROPUESTO	Aplicar tamizaje al 100% de las personas > 20 años que convivan con el paciente recién diagnosticado con DM2.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Mathew C., Riddle, Diabetes Care, The Journal of clinical and applied research and education. American Diabetes Association, January 2019, Volume 42, Supplement 1.
OBSERVACIONES	Tamizaje: Personas mayores de 20 años a las que se les aplicó el cuestionario de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) Responsable: Promotor/enfermera con la supervisión de la jefa de enfermeras Temporalidad: mensual

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Ficha técnica de indicadores de proceso	
SEGMENTO:	TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO
ÁREA:	Centro de salud
Sub-área	Consultorio
N.º	TNF_AF1
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas con DM2 con indicación médica de consulta con nutrición y actividad física
TIPO DE INDICADOR	Proceso Compuesto All-or-none
FORMA DE MEDICIÓN	Muestreo de expedientes de pacientes con DM2 Objeto de medición: pacientes que fueron referidos a consulta de nutrición y con recomendación de actividad física.
DESCRIPCIÓN	Personas con DM2 a quienes el médico les ha dado indicación acudir a consulta nutricional y realiza recomendaciones de actividad física aeróbica
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	1 AACE,2011; A, ADA,2012; A, ADA,2012; A, AACE, 2011; A, ADA,2012; ADA,2012
Numerador	Pacientes con DM2 a quienes se ha indicado: consulta con nutriólogo y actividad física aeróbica X 100
Denominador	Total de pacientes con DM2 atendidos en la unidad médica
FUENTE DE DATOS	Expediente clínico
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Indicador del proyecto de GPC
ESTÁNDAR PROPUESTO	100% de los pacientes con DM2
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	GPC SS-093-08. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención. México, Secretaría de Salud,
OBSERVACIONES	<p>Para evaluar el indicador se debe tener evidencia en nota médica de evolución u hoja de referencia en la que quede explícito el envío del paciente a consulta de nutrición.</p> <p>Por otra parte, se debe cumplir que el médico haya indicado al paciente realizar actividad física.</p> <p>Actividad física aeróbica: de moderada a intensa (50 a 70% del aumento de la frecuencia cardiaca máxima), por 150 min por semana, manteniéndolo por al menos 3 días a la semana y no más de 2 días consecutivos</p> <p>En ausencia de contraindicaciones, los pacientes con DMT2 deben ser alentados a realizar entrenamiento de resistencia al menos dos veces a la semana.</p>

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Ficha técnica de indicadores de proceso	
SEGMENTO:	PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
ÁREA:	Centro de Salud
Sub-área	Consultorio médico
N.º	TF1
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas con DM2 con tratamiento farmacológico inicial adecuado
TIPO DE INDICADOR	Proceso Porcentaje
FORMA DE MEDICIÓN	Muestreo de expedientes de pacientes con DM2 Objeto de medición: Tratamiento farmacológico adecuado
DESCRIPCIÓN	Personas con DM2 que cuentan con tratamiento farmacológico inicial adecuado con base en los niveles de glucemia en ayuno o hemoglobina glucosilada al momento del diagnóstico
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	Recomendación fuerte GRADE
Numerador	Número de pacientes con DM2 a quienes se les prescribió tratamiento farmacológico inicial adecuado X 100
Denominador	Total de pacientes con DM2 atendidos en la unidad médica
FUENTE DE DATOS	Tarjetero de crónicos y expediente clínico
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Propio de la vía clínica Campeche
ESTÁNDAR PROPUESTO	100%
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: GPC- IMSS-718-18 ADA 2019 Mathew C., Riddle, Diabetes Care, The Journal of clinical and applied research and education. American Diabetes Association, January 2019, Volume 42, Supplement 1
OBSERVACIONES	Se sugieren cambios de estilo de vida y alimentación saludable. Se inicia tratamiento farmacológico ADECUADO de acuerdo con: HbA1c 6.5 – 7.5%: monoterapia (metformina, GLP1, DPP4, TZD, In α -glucosidasa) HbA1c 7.6 – 9%: tratamiento dual (metformina + otro hipoglucemiante oral individualizado) HbA1c \geq 9%: tratamiento triple (insulina + 2 hipoglucemiantes orales)

Ficha técnica de indicadores de proceso	
SEGMENTO:	PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
ÁREA:	Centro de Salud
Sub-área	Consultorio médico
N.º	TF2
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas con DM2 y factores de riesgo cardiovascular con uso adecuado de estatinas.
TIPO DE INDICADOR	Proceso Porcentaje
FORMA DE MEDICIÓN	Muestreo de expedientes de pacientes con DM2 Objeto de medición: Uso adecuado de estatinas en pacientes con DM2 y con riesgo cardiovascular
DESCRIPCIÓN	Personas con DM2 y riesgo cardiovascular con prescripción adecuada de estatinas en el último año.
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	Alta calidad GRADE, 2012; Fuerte GRADE, 2012 Sólo recomendaciones: A, ADA, 2012; B, ADA, 2012; B, ADA, 2012; C, A, B, ADA, 2012; A, ADA, 2012
Numerador	Pacientes con DMT2 y factores de riesgo cardiovascular con manejo de estatinas adecuado X 100
Denominador	Total de pacientes con DMT2 con factor de riesgo cardiovascular
FUENTE DE DATOS	Expedientes de pacientes diabéticos y tarjetero de pacientes crónicos
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Indicador del proyecto de GPC
ESTÁNDAR PROPUESTO	100%
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	GPC SS-093-08. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención. México, Secretaría de Salud. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre diabetes tipo 2. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08
OBSERVACIONES	Criterios El manejo adecuado de los pacientes con DM2 y riesgo cardiovascular se refiere al uso de estatinas (pravastatina, simvastatina, fluvastatina, atorvastatina, cerivastatina, pitavastatina y rosuvastatina) en aquellos casos que presenten alguna de las siguientes condiciones: a) < 40 años Con Antecedente de EACV y/o factores de RCV (incluye colesterol LDL >100mg/dl, hipertensión arterial, tabaquismo, sobrepeso y obesidad, historia familiar e EACV) b) >40 años

Ficha técnica de indicadores de proceso	
SEGMENTO:	EVALUACIÓN Y MONITOREO PERIÓDICO
ÁREA:	Centro de Salud
Sub-área	Consultorio Medico
N.º	TF3
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas con DM2 y proteinuria con prescripción de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ACE) o antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARB)
TIPO DE INDICADOR	Proceso Porcentaje
FORMA DE MEDICIÓN	Muestreo de expedientes de pacientes con DM2 Objeto de Medición: Valoración de tratamiento en caso de proteinuria
DESCRIPCIÓN	Personas con DM2 y proteinuria que tienen prescripción de ACE o ARB en el último año
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	A 1+
Numerador	Número de sujetos con DM2 y proteinuria que tienen prescripción de ACE o ARB en el último año X 100
Denominador	Total de pacientes con DM2 atendidos en la unidad médica con proteinuria
FUENTE DE DATOS	Tarjetero de crónicos y expediente clínico
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Propio de la vía clínica Campeche
ESTÁNDAR PROPUESTO	100%
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Azam IS, et. al. Assessment of quality of care for the management of Type 2 diabetes: a multicenter study from a developing country. Qual Primary Care 2010; 18:207-14. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre diabetes tipo 2. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08
OBSERVACIONES	Dentro de los medicamentos Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE) se encuentran: Enalapril, Captopril, Benazepril, Fesonopril. Dentro de los medicamentos antagonistas de los receptores de angiotensina (ARB) se encuentran: Losartán, Ibesartán, Olmesartán, Valsartán

INCLUSIÓN GAM

Ficha técnica de indicadores de proceso	
SEGMENTO:	INCLUSIÓN AL GAM
ÁREA:	Centro de Salud
Sub-área	Área libre en Centro de salud
N.º	GAM1
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas con DM2 de recién diagnóstico que son invitados a participar en el GAM
TIPO DE INDICADOR	Proceso Porcentaje
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de expedientes en las notas de los primeros dos meses posteriores al diagnóstico. Objeto de medición: pacientes invitados a incorporarse al GAM.
DESCRIPCIÓN	Personas con DM2 de recién diagnóstico (menos de un año de evolución) invitados a incorporarse al GAM en el último año.
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	B ADA
Numerador	Número de pacientes que asisten al GAM X 100
Denominador	Total de pacientes con DM2 de recién diagnóstico (2 meses o menos)
FUENTE DE DATOS	Expedientes
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Propio de la vía clínica Campeche
ESTÁNDAR PROPUESTO	100%
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	ADA 2019 Mathew C., Riddle, Diabetes Care, The Journal of clinical and applied research and education. American Diabetes Association, January 2019, Volumen 42, Supplement 1. NOM 2015 DM. Estrategia de Grupos de Ayuda Mutua, Enfermedades crónicas Lineamientos de Operación 2017. Programa de salud en el adulto y en el anciano. CENAPRECE.
OBSERVACIONES	Se toma en cuenta la fecha de la nota médica más antigua en donde se registre el diagnóstico de DM, de acuerdo con esta fecha en el transcurso de dos meses debe tener en alguna nota médica la invitación a incorporarse a los grupos GAM

Ficha técnica de indicadores de proceso	
SEGMENTO:	INCLUSIÓN AL GAM
ÁREA:	Centro de Salud
Sub-área	Área libre en Centro de salud
N.º	GAM2
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas con DM2 de recién diagnóstico que asisten al GAM
TIPO DE INDICADOR	Proceso Porcentaje
FORMA DE MEDICIÓN	Censo de pacientes incorporados al GAM Objeto de medición: pacientes incorporados al GAM
DESCRIPCIÓN	Personas con DM2 de recién diagnóstico que asisten al GAM (mediante verificación de list en el último año.
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	B ADA
Numerador	Número de pacientes que asisten al GAM X 100
Denominador	Total de pacientes con DM2 atendidos en la unidad médica
FUENTE DE DATOS	Censo de pacientes del GAM
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Propio de la vía clínica Campeche
ESTÁNDAR PROPUESTO	70%
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	ADA 2019 Mathew C., Riddle, Diabetes Care, The Journal of clinical and applied research and education. American Diabetes Association, January 2019, Volumen 42, Supplement 1. NOM 2015 DM. Estrategia de Grupos de Ayuda Mutua, Enfermedades crónicas Lineamientos de Operación 2017. Programa de salud en el adulto y en el anciano. CENAPRECE.
OBSERVACIONES	Para evaluar este indicador deben seguir los siguientes pasos: Revisar en tarjetero el número de pacientes de recién diagnóstico (un año o menos). Revisar en las listas de asistencia al GAM, quienes de los pacientes con DM2 de recién diagnóstico han acudido al menos al 70% de las sesiones agendadas.

EVALUACIÓN Y MONITOREO

Ficha técnica de indicadores de proceso	
SEGMENTO:	EVALUACIÓN Y MONITOREO PERIÓDICO
ÁREA:	Centro de Salud
Sub-área	Consultorio Medico
N.º	EM.1
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas con DM2 que cuentan con evaluación y monitoreo integral
TIPO DE INDICADOR	Proceso Indicador compuesto
FORMA DE MEDICIÓN	Muestreo de expedientes de pacientes con DM2 Objeto de Medición: Identificar a los pacientes a quienes le han realizado una evaluación y monitoreo integral
DESCRIPCIÓN	Personas con DM2 que durante su atención en el año de evaluación se ha seguido un proceso de evaluación y monitoreo integral
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	A, B ADA
Numerador	Número de pacientes con DM2 a quienes se realizó evaluación y monitoreo integral x 100
Denominador	Total de pacientes con DM2 atendidos en la unidad médica
FUENTE DE DATOS	Notas médicas en el expediente clínico
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Propio de la vía clínica Campeche
ESTÁNDAR PROPUESTO	100%
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Mathew C., Riddle, Diabetes Care, The Journal of clinical and applied research and education. American Diabetes Association, January 2019, Volumen 42, Supplement 1.
OBSERVACIONES	<p>El proceso de evaluación y monitoreo integral se refiere a que durante un año se le han realizado las siguientes acciones con la temporalidad correspondientes:</p> <p>Toma y registro de la presión sistólica y diastólica al menos una vez en el último año. Medición y registro de peso corporal una vez al mes (en cada consulta). Valoración de fondo de ojo con oftalmoscopio al menos una vez al año. Valoración podológica al menos cuatro veces al año. Medición de HbA1c al menos cuatro veces al año. Medición de niveles de triglicéridos y colesterol al menos una vez al año. Medición de la depuración de creatinina al menos cuatro veces al año.</p> <p>Nota: En los casos que el paciente tenga menos de un año de haber sido diagnosticado con DM2, se ajustarán el número de acciones con base en los meses transcurridos.</p>

Ficha técnica de indicadores de proceso	
SEGMENTO:	EVALUACIÓN Y MONITOREO
ÁREA:	Consulta Externa
Sub-área	Consultorio médico
N.º	PC1
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas con DM2 que cumplen con metas de control de los niveles séricos de glucosa y de hemoglobina glucosilada
TIPO DE INDICADOR	Resultado Porcentaje
FORMA DE MEDICIÓN	Muestreo de expedientes de pacientes con DM2 Objeto de medición: logro de las metas de control individualizadas.
DESCRIPCIÓN	Personas con DM2 que cumplen la meta de control sérico de glucosa o hemoglobina glucosilada individualizada
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	1 AACE, 2011; A, AACE, 2011 2. AACE, 2011; B, AD, 2012 3. AACE, 2011; B, ADA, 2012 4. 2, AACE, 2011; B, AACE, 2011
Numerador	Total de pacientes que cumplen con las metas de control glucémico individualizada x 100
Denominador	Total de pacientes diagnosticados con DM2 en tratamiento.
FUENTE DE DATOS	Expediente clínico
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Indicador del proyecto de GPC
ESTÁNDAR PROPUESTO	100%
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	GPC SS-093-08. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención. México, Secretaría de Salud. Mathew C., Riddle, Diabetes Care, The Journal of clinical and applied research and education. American Diabetes Association, January 2019, Volumen 42, Supplement 1.

Continúa/

/continuación

OBSERVACIONES	<p>Para evaluar este indicador, se tomará en cuenta la última cifra registrada en el expediente en el periodo evaluado.</p> <p>Metas sugeridas de control, según tipo de paciente:</p> <p>1. En adultos de reciente diagnóstico de DMT2, sin riesgo cardiovascular, cifras de A1c <7%</p> <p>2. En pacientes con DMT2 de larga evolución*, con historia de hipoglucemia severa, expectativa de vida corta, con complicaciones micro y macrovasculares avanzadas y condiciones importantes de comorbilidad cifras de A1c de 8%</p> <p>Se recomienda mantener niveles séricos de glucosa en ayuno <110 mg/dl, y de concentraciones séricas postprandiales a las 2 hrs de 140 mg/dl, para llegar a las metas de HbA1c</p> <p>Se considerarán complicaciones micro y macrovasculares avanzadas: retinopatía, neuropatía, enfermedad renal diabética, arteriopatía periférica, EVC, cardiopatía isquémica, miocardiopatía diabética.</p> <p>Se consideran condiciones importantes de comorbilidad: enfermedades autoinmunes, cáncer, deterioro cognitivo/demencia, enfermedad de hígado graso, pancreatitis, VIH, apnea obstructiva del sueño.</p> <p>Las personas que posean uno o más de los factores señalados en la tabla anexa y que hayan solicitado consulta durante el último trimestre previo a la evaluación se consideran con FRCV</p>		
	Anexo tabla de factores de riesgo cardiovascular		
	Factores de riesgo mayores	Edad y sexo -hombres ≥ 45 años -mujer ≥ 55 años Antecedentes personales de enfermedad CV Antecedentes familiares (de primer grado) de enfermedad CV	No modificables
	Factores de riesgo condicionantes	Tabaquismo Hipertensión arterial Diabetes Dislipidemia Obesidad Obesidad abdominal Sedentarismo Colesterol HDL <40mg/dl Triglicéridos >150 mg/dl	Modificables
<p>*Para fines de evaluación estos indicadores se considerarán como de larga evolución a los pacientes que tengan igual o mayor a diez años de ser diagnosticados.</p>			

Ficha técnica de indicadores de proceso												
SEGMENTO:	EVALUACIÓN Y MONITOREO											
ÁREA:	Consulta Externa											
Sub-área	Consultorio médico											
N.º	PC2											
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas con DM2 y riesgo cardiovascular con control de lípidos											
TIPO DE INDICADOR	Resultado Porcentaje											
FORMA DE MEDICIÓN	Muestreo de expedientes de pacientes con DM2 Objeto de medición: pacientes con riesgo cardiovascular con niveles de lípidos en metas de control											
DESCRIPCIÓN	Personas con DMT2 y riesgo cardiovascular que cumplen las metas de control de lípidos											
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	1 AACE, 2011; A AACE, 2011											
Numerador	Pacientes con DMT2 con riesgo cardiovascular con controles adecuados de lípidos X 100											
Denominador	Total de pacientes con DMT2 y riesgo cardiovascular											
FUENTE DE DATOS	Expediente clínico											
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Indicador del proyecto de GPC											
ESTÁNDAR PROPUESTO	100%											
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	GPC SS-093-08. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención. México, Secretaría de Salud,											
OBSERVACIONES	<p>Para evaluar este indicador, se tomará en cuenta la última cifra registrada en el expediente en el periodo evaluado. El indicador aplica a personas que posean uno o más de los factores señalados en la tabla anexa y que hayan solicitado consulta durante el último trimestre previo a la evaluación.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Anexo tabla de factores de riesgo cardiovascular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Factores de riesgo mayores</td> <td>Edad y sexo -hombres ≥ 45 años -mujer ≥ 55 años Antecedentes personales de enfermedad CV Antecedentes familiares (de primer grado) de enfermedad CV</td> <td>No modificables</td> </tr> <tr> <td>Tabaquismo Hipertensión arterial Diabetes Dislipidemia</td> <td>Modificables</td> </tr> <tr> <td>Factores de riesgo condicionantes</td> <td>Obesidad Obesidad abdominal Sedentarismo Colesterol HDL <40mg/dl Triglicéridos >150 mg/dl</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Control adecuado de lípidos para pacientes con riesgo cardiovascular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • LDL <70 mg/dl • Colesterol no HDL <100 mg/dl 	Anexo tabla de factores de riesgo cardiovascular			Factores de riesgo mayores	Edad y sexo -hombres ≥ 45 años -mujer ≥ 55 años Antecedentes personales de enfermedad CV Antecedentes familiares (de primer grado) de enfermedad CV	No modificables	Tabaquismo Hipertensión arterial Diabetes Dislipidemia	Modificables	Factores de riesgo condicionantes	Obesidad Obesidad abdominal Sedentarismo Colesterol HDL <40mg/dl Triglicéridos >150 mg/dl	
Anexo tabla de factores de riesgo cardiovascular												
Factores de riesgo mayores	Edad y sexo -hombres ≥ 45 años -mujer ≥ 55 años Antecedentes personales de enfermedad CV Antecedentes familiares (de primer grado) de enfermedad CV	No modificables										
	Tabaquismo Hipertensión arterial Diabetes Dislipidemia	Modificables										
Factores de riesgo condicionantes	Obesidad Obesidad abdominal Sedentarismo Colesterol HDL <40mg/dl Triglicéridos >150 mg/dl											

Ficha técnica de indicadores de proceso	
SEGMENTO:	PACIENTE CONTROLADO A UN AÑO
ÁREA:	Consulta Externa
Sub-área	Consultorio médico
N.º	PC3
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas con DM2 con control por un año.
TIPO DE INDICADOR	Resultado Porcentaje
FORMA DE MEDICIÓN	Muestreo de expedientes de pacientes con DM2 Objeto de medición: Paciente con un año en control
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes que permanecen en control por un año.
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	1 AACE, 2011; A, AACE, 2011 2. AACE, 2011; B, AD, 2012 3. AACE, 2011; B, ADA, 2012 4. 2, AACE, 2011; B, AACE, 2011
Numerador	Número de pacientes con DM2 en control durante un año x 100
Denominador	Total de pacientes DM2 con al menos un año de tratamiento
FUENTE DE DATOS	Expediente clínico, tarjeta de control de enfermedades crónicas
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Propio de la vía clínica Campeche
ESTÁNDAR PROPUESTO	100%
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	ADA 2019 Mathew C., Riddle, Diabetes Care, The Journal of clinical and applied research and education. American Diabetes Association, January 2019, Volume 42, Supplement 1. GPC SS-093-08. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención. México, Secretaría de Salud.
OBSERVACIONES	<p>Pacientes controlados con DM2 durante un año y que acudan al menos 4 veces durante el año (verificar cada cifra en todos los reportes durante el año evaluado). Metas sugeridas de control, según tipo de paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> En adultos de reciente diagnóstico de DMT2, sin riesgo cardiovascular, cifras de A1c <7% En pacientes con DMT2 de larga evolución*, con historia de hipoglucemia severa, expectativa de vida corta, con complicaciones micro y macrovasculares avanzadas y condiciones importantes de comorbilidad cifras de A1c de 8% <p>Se recomienda mantener niveles séricos de glucosa en ayuno <110 mg/dl, y de concentraciones séricas postprandiales a las 2 hrs de 140 mg/dl, para llegar a las metas de HbA1c</p> <p>HAS entre 80 y 140 Colesterol LDL <100 Triglicéridos < de 150</p> <p>*Para fines de evaluación de estos indicadores se considerará como de larga evolución a los pacientes que tengan igual o mayor a diez años de ser diagnosticados.</p>



Mejora de la **calidad** en
la **atención** a pacientes
con **diabetes mellitus**

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA VÍA
DE ATENCIÓN INTEGRADA, **CAMPECHE**

Se terminó en noviembre de 2023.
La edición estuvo a cargo de la Subdirección
de Comunicación Científica y Publicaciones
del Instituto Nacional de Salud Pública