

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

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA VÍA DE ATENCIÓN INTEGRADA, **ESTADO DE MÉXICO**



*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,  
**ESTADO DE MÉXICO**

## **Editor**

Pedro Jesús Saturno Hernández

## **Coautores**

Ofelia Poblano Verástegui, Laura del Pilar Torres  
Arreola, Sergio Flores Hernández, Omar Acosta Ruiz,  
Arturo C. Bautista Morales, 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, Estado de México**

Primera edición, 2024

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública

Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán

62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN: 978-607-511-240-4

Hecho en México

*Made in Mexico*

**Coordinación editorial:** Carlos Oropeza Abúndez

**Edición:** Ana Tlapale Vázquez

**Producción editorial:** Andrea Montiel Bautista

**Fotografía:** Parroquia de Nuestra Señora de la Asunción, de estilo dominico (1554-1562).

Amecameca, Estado de México.

**Citación sugerida:**

Saturno Hernández PJ, Poblano Verástegui O, Flores Hernández S, Torres Arreola LP, Bautista Morales AC, Acosta Ruiz O, Poblano Murrieta M. Mejora de la calidad en la atención a pacientes con diabetes mellitus: desarrollo e implementación de una Vía de Atención Integrada, Estado de México. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2024.

# Contenido

<b>Prológo</b>	8
<b>Introducción</b>	9
<b>Objetivo y características de la Vía de Atención Integrada</b>	12
Objetivos	12
Población diana	12
Límites del proceso considerado para la vía clínica	12
Aspectos contemplados	12
<b>Desarrollo de la Vía de Atención Integrada</b>	13
Proceso de elaboración	13
Documentos operativos para la implementación de la vía de atención integrada	14
I. Matriz temporal de actividades	15
II. Hoja de variaciones	22
III. Hoja de información para paciente y familiares	24
IV. Encuesta sobre experiencia con la atención	26
<b>Evaluación de la Vía de Atención Integrada</b>	28
Indicadores	28
Análisis de la hoja de variaciones	30
Análisis de la encuesta de experiencia de la atención	30
<b>Documentos de apoyo para la implementación de la Vía de Atención Integrada</b>	31
Indicaciones para el uso y llenado de los documentos operativos para la implementación	31
<b>Referencias</b>	35
<b>Anexos</b>	37
1. Diagrama de flujo detallado del proceso de atención	37
2. Preguntas clínicas y organizacionales para la construcción de la Vía de Atención Integrada	48
3. Fichas técnicas de los indicadores para evaluar la Vía de Atención Integrada	58

# Agradecimientos

## Autoridades participantes y facilitadores en la implementación de la VAI

Dr. Hugo David Luna Sandoval  
Jefe del departamento de Salud del Adulto y Adulto Mayor, ISEM

Dr. Martín Hernández Vega  
Responsable del programa de atención al Adulto y Adulto Mayor (2018-jun 2022)

Dr. Irving Ricardo Juárez Barberena  
Normativo del departamento del Adulto y Adulto mayor (jul 2022-2023)

## Personal participante en evaluación de Indicadores

Dra. Lucia Martínez Hernández, Dr. Martin Hernandez Vega, Lic. Mitzy Montes de Oca Bandillo, Enf. Leticia Espinosa Sepúlveda, Dra. Irma Hernández Hernández, Dr. Nicolás Vazquez Pérez, Dr. Ricardo Serrato Robles, Enf. Araceli Meza López, Lic. Ana Sol Acosta Alcauter, Lic. T.S. Ana Karen Becerril Damián, Dra. Alma Delia Mendoza Silva, Lic. Lucero Alejandra Vergara Calvo, Enf. Maribel González García, Dra. Diana Y. Galicia Peñaloza, Enf. Jorge Alberto Picaso Martínez, Dra. Mayeli Moran Zavala, Enf. Kelly Michelle Jiménez García, Dr. Victor Manuel Santamaría Vallejo, Lic. Enf. Nancy Espinoza Valle, LN. Mitzy Litzbeth Montes de Oca Bandillo, Lic. TS. Catalina Reyes Chávez, Lic. T.S. Ma. Antonieta Castro Neria, Dr. Fausto Miguel García Ramírez, Dr. Heriberto Alcalá Hernández, Dra. Haydee Gudiño Hurtado, Dr. Gustavo Francisco Suárez Tenango

# Grupo elaborador de la vía de atención integrada

## Secretaría de Salud del Estado de México

### Nivel jurisdiccional

---

Dr. Martín Hernández Vega  
Responsable del programa de atención al Adulto y Adulto Mayor

### Nivel aplicativo

---

#### Medicina Integrada

Dra. Lizet Lourdes Reyes Ramírez  
Dra. Adaena Contreras Castañeda

#### Medicina

Dra. Irma Hernández Hernández  
Dr. Ricardo Serrato Robles  
Dra. Reyna Flores Flores  
Dra. Mayeli Moran Zavala  
Dra. Diana Yetzabelli Galicia Peñaloza

#### Enfermería

Enf. Leticia Espinosa Sepúlveda  
Enf. Gloria Jovanely Mota de la Cruz  
Enf. María Teresa Juárez Barragán  
Enf. Evelyn Janet Bernal Ruiz  
Enf. Liliana Campos Marín  
Enf. Leticia Miriam González

#### Odontología

Dra. Guillermina Romero García

#### Psicología

Psic. Ana Sol Acosta Alcauter

#### Nutrición

LN. Aaron Lozada Díaz  
LN. Sarahí Zavala Velázquez  
LN. Mitzy Litzbeth Montes de Oca Bandillo

#### Taps y Cuidadoras de Salud

Laura Judith Gómez Lorenzo

#### Activación Física

LEF. Arianna Gisela Galván Hernández  
LEF. Juan Enrique Perez Arrieta

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

## Nivel jurisdiccional

---

Dr. Martín Hernández Vega  
**Responsable del programa de atención al Adulto y Adulto Mayor**  
Dr. Irving Juárez Barbarena  
Normativo del departamento del Adulto y Adulto mayor

## Nivel aplicativo

---

<b>Medicina</b> Dra. Reyna Flores Flores Dra. Diana Yetzabelli Galicia Peñaloza Dra. Lucía Martínez Hernández	<b>Nutrición</b> L.N. Mitzy Litzbeth Montes de Oca Bandillo L.N. Sarahí Zavala Velazquez
<b>Enfermería</b> Enf. Leticia Espinosa Sepúlveda Enf. María Teresa Juárez Barragán Enf. Evelyn Janet Bernal Ruiz Enf. Liliana Campos Marín	<b>Taps y Cuidadoras de Salud</b> Laura Judith Gómez Lorenzo
<b>Psicología</b> Psic. Ana Sol Acosta Alcauter	<b>Activación Física</b> L.E.F. Arianna Gisela Galván Hernández L.E.F. Juan Enrique Perez Arrieta

## Editor

---

Dr. Pedro Jesús Saturno Hernández, INSP

## Coautores

---

Dra. Ofelia Poblano Verástegui, Dra. Laura del Pilar Torres Arreola, Dr. Sergio Flores Hernández, Mtro. Omar Acosta Ruiz, Mtro. Arturo C. Bautista Morales, LN. Manuel Poblano Murrieta

# Prológo

La Vía Clínica para la Atención del paciente con diabetes mellitus tipo 2 de la Jurisdicción Sanitaria Amecameca, Estado de México se elaboró como un esfuerzo conjunto del personal de las unidades médicas, Uneme EC Ixtapaluca, CEAPS Atlautla, CEAPS Ozumba, Centro de Salud Amecameca, CEAPS Juchitepec, Centro de Salud Tlapacoya, Centro de Salud Santiago, junto con la Secretaría de Salud del Estado de México, para minimizar retrasos, hacer eficiente la utilización de recursos y maximizar la calidad de la atención de enfermedades crónicas no transmisibles. Este trabajo estuvo bajo la dirección del grupo de investigación en calidad del Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas del Instituto Nacional de Salud Pública de México.

A lo largo de los años de trabajo para elaborar esta Vía de Atención Integrada, el grupo comprometido en la tarea ha cambiado, pero siempre se ha mantenido el interés por mejorar la atención de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.



# Introducción

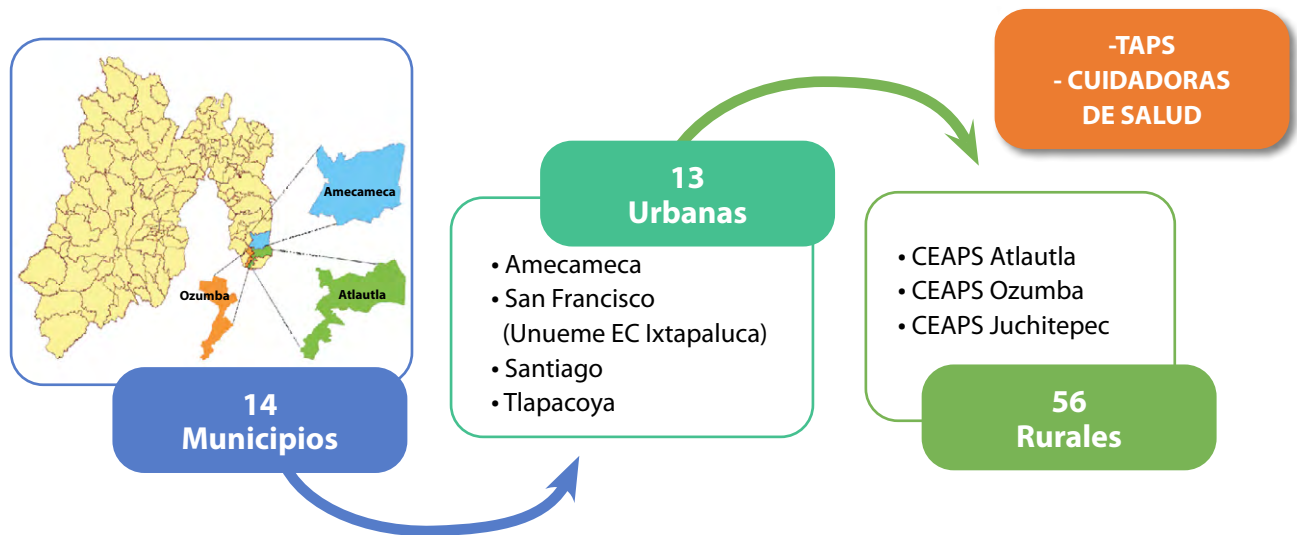
## Vía Clínica de Atención a pacientes mayores de 20 años con diabetes mellitus tipo 2 de la Jurisdicción Sanitaria Amecameca

### Justificación

El Estado de México ocupa el primer lugar en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) a nivel nacional, esto es derivado básicamente por su número de habitantes: un total de 16 187 608. Entre ellos 7 834 068 son hombres y 8 353 540 son mujeres. En la jurisdicción Sanitaria Amecameca, de los 14 municipios que la comprenden, se encontró que en los ocho en los que se concentra la mayor cantidad de población, el comportamiento de la morbilidad de DM2 reportada para 2018 y 2019 fue la siguiente, en Amecameca de Juárez 1 294 y 981 casos, San Miguel Atlautla 83 y 110 casos, Chalco Díaz Covarrubias 1 680 y 1 724

casos, Ixtapaluca 1 364 y 1 336 casos, Juchitepec de Mariano Rivapalacio 43 y 60 casos, Ozumba de Alzate 92 y 103 casos, Valle de Chalco Solidaridad 950 y 1 167 casos, Cocotitlán 1 y 5, casos respectivamente. La mortalidad reportada para DM2 en 2018 y 2019 en Amecameca de Juárez fue de 64 y 90 casos, San Miguel Atlautla 39 y 34 casos, Chalco Díaz de Covarrubias 344 y 455 casos, Ixtapaluca 335 y 283 casos, Juchitepec de Mariano Rivapalacio 29 y 30 casos, Ozumba de Alzate 32 y 23 casos, Valle de Chalco 321 y 327 casos y Cocotitlán 18 casos en ambos años.

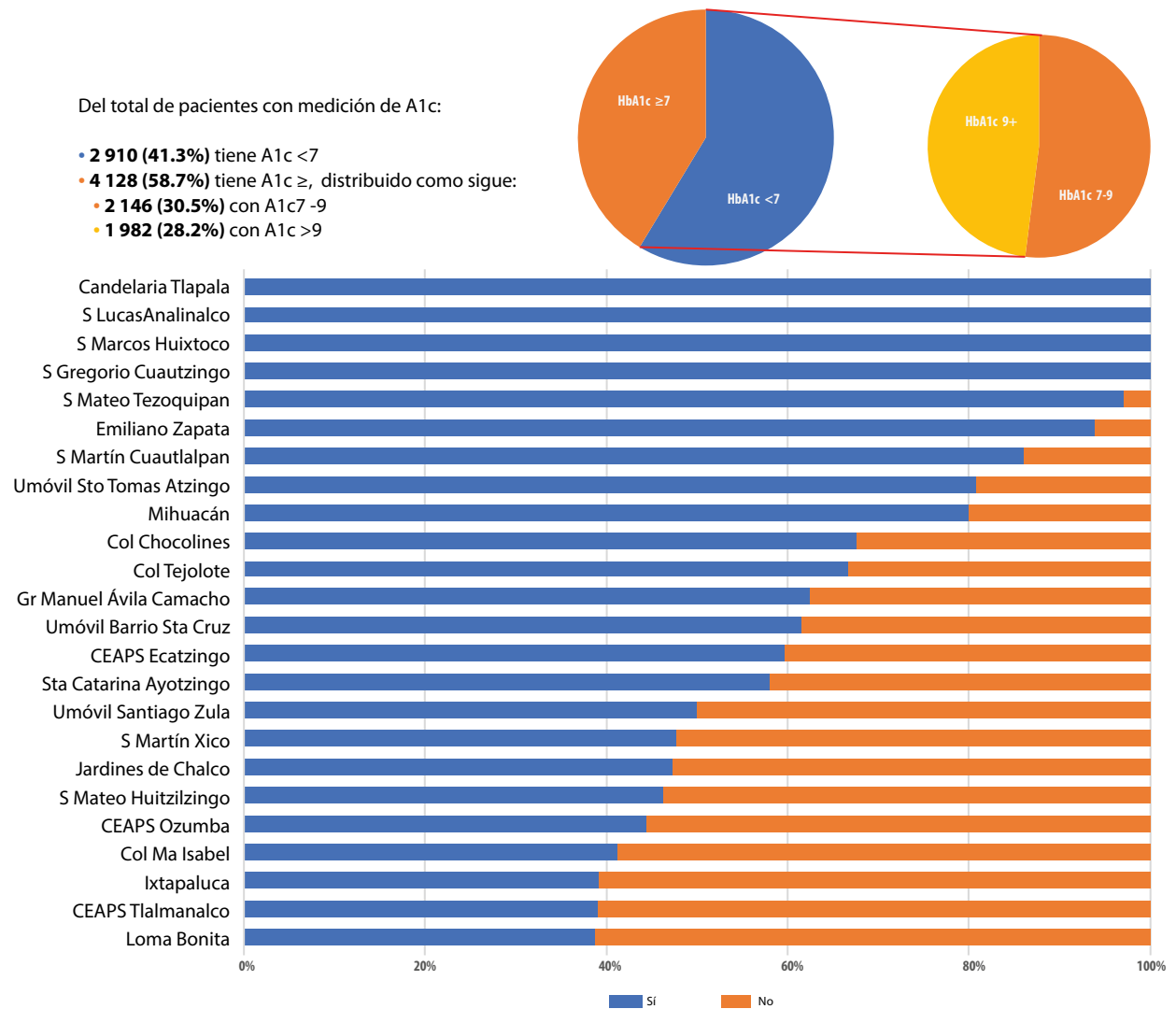
La Jurisdicción Sanitaria Amecameca del Estado de México está enfocada en la atención de enfermedades crónicas no transmisibles con una productividad anual total de 15 348 con 9 010 activos que representa 58.7% y 6 338 no activos, siendo un 41.3% (datos de 2020).



Se ha identificado un elevado número de complicaciones y pacientes descontrolados, fenómenos derivados de la variabilidad en la atención médica, la falta de coordinación y de apego a las guías de práctica clínica por parte de los equipos de salud que brindan atención. Además, las características sociodemográficas y culturales de los pacientes no son tomadas en cuenta.

### Situación de la jurisdicción con respecto a pacientes con DM2 controlados y descontrolados

A nivel estatal observamos que la Jurisdicción Sanitaria Amecameca ocupa el octavo lugar dentro del ranking entre las 19 jurisdicciones que componen el Estado, con un escaso 41.4% pacientes controlados y 58.6% de pacientes en descontrol con relación a A1c, del total de pacientes en control, con prevalencia del descontrol metabólico.



**Gráfica 1.** Distribución de pacientes por control de su enfermedad en los establecimientos de salud de la Jurisdicción Sanitaria Amecameca, 2020

### Conformación del equipo

El equipo que se conformó inicialmente para trabajar en este proyecto se muestra a continuación. Destaca la conformación multidisciplinaria, además de la presencia de mandos medios y operativos de los centros de salud participantes.



#### Perfil del personal de salud

- Médico Familiar
- Médico integrista
- Enfermera
- Técnico Atención Primaria a la Salud
- Psicóloga
- Nutrióloga
- Activador Físico
- Cuidadoras de salud

# Objetivos y características de la Vía de Atención Integrada

## Objetivos

### General

Diseñar, programar, ejecutar y controlar todas y cada una de las actividades que deben desarrollarse para un diagnóstico oportuno de DM2 en mayores de 20 años y mejorar la calidad de atención.

### Específicos

- Identificar las necesidades y expectativas de los usuarios
- Unificar los procesos de atención en el paciente con DM2.
- Implementar la Vía Clínica en unidades de primer nivel
- Evaluación del efecto de la Vía Clínica
- Evitar o retrasar la aparición de DM2 identificando a la población en riesgo de padecerla e implementando medidas preventivas adecuadas a cada situación individual.
- Mejorar el ambiente de trabajo haciendo explícita y evidente la responsabilidad de cada integrante de la salud.
- Identificar factores de riesgo en pacientes y familiares.
- Empoderar al paciente sobre su enfermedad y tratamiento.

### Población diana

Población mayor de 20 años de edad con factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2.

### Límites del proceso considerado para la Vía Clínica

Desde la detección de factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento integral y seguimiento durante un

año del paciente mayor de 20 años de edad a través del servicio proporcionado por el equipo multidisciplinario de salud.

### Aspectos contemplados

Actuaciones del personal de salud en la atención y cuidados del paciente con diabetes mellitus tipo 2.

Centros de Salud, CEAPS y Uneme EC, pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria Amecameca.

### Usuarios Finales

Personal involucrado y/o responsable del proceso de atención a los pacientes con DM2: Técnicos de Atención Primaria (TAPS), cuidadoras de salud, personal de vigilancia, administrativos, personal de enfermería, médicos (becarios y generales), personal de laboratorio, trabajo social, psicólogo, odontólogo, nutriólogo, activador físico y personal de limpieza.

### Servicios Implicados

- **Servicios generales:** vigilancia e intendencia
- **Administrativo:** archivo clínico
- **Área médica:** medicina general, medicina especializada en medicina integrada
- **Paramédica:** enfermería, TAPS, cuidadoras de salud, trabajo social, odontología, nutrición, psicología, activación física
- **Servicios auxiliares:** laboratorio

# 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, que en el caso de la presente vía se acordó que el inicio es al momento del tamizaje a la población general y el final es 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 llevarse a cabo estas actividades?, ¿cómo deben realizarse 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 49 sesiones, de las cuales 24 fueron presenciales con una duración promedio de 10 horas efectivas cada una, ya que se trabajó cinco horas por día y las reuniones se realizaban dos días seguidos y 25 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.

### Proceso de atención seleccionado (por bloques)



### 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.

Matriz temporal de actividades de Vía Clínica de DM2 en primer nivel de atención. Jurisdicción Sanitaria de Amecameca, Estado de México

Centros de Salud Urbanos y Dispersos y CEAPS							
Responsable	Tamizaje		Diagnóstico y tratamiento inicial: Día 2 (máximo 1 semana)	Consulta de Integración diagnóstica Día 3 (máximo 21 días)	Seguimiento mensual (cita compartida y grupos de autoayuda)	Seguimiento 6 meses	Entorno familiar visita domiciliaria 2
	Tamizaje en campo	Tamizaje en unidad	Unidad de Salud	Unidad de salud	Unidad de Salud	Unidad de salud	Campo y Unidad de salud
<b>TAPS/ Cuidadoras de salud</b>	Visita domiciliaria. Realiza cuestionario de factores de riesgo en la comunidad. Refiere a pacientes con resultado de cuestionario con 10 o más puntos a unidad médica con cita programada.						Después del diagnóstico, TAPS o cuidador de salud tiene siete días para visitar a la familia y realizar tamizaje a los integrantes mayores de 20 años, que aún no estén tamizados (puntaje mayor o igual a 10 se otorga cita).
<b>ARCHIVO/ RECEPCIÓN (apoyo administrativo)</b>		Paciente con cita programada se registra el día y la hora destinada.  Pasa al área de enfermería. Paciente que acude a la unidad con algún padecimiento solicita consulta, se registra y pasa al área de enfermería.	Revisa documentación (nota de referencia)  Registra los datos generales del paciente  Abre expediente y asigna número de expediente  Envía a la sala de espera  Entrega expediente a enfermera	Registra los datos generales del paciente  Envía a enfermería	Registra los datos generales del paciente  Se envía a enfermería	Registra los datos generales del paciente  Envía a la sala de espera  Entrega expediente a enfermera	

<p><b>Enfermería</b></p>		<p>Paciente con cita programada de campo se completa cuestionario de factores de riesgo.                  Paciente que acude a unidad para consulta general, enfermería identifica a los mayores de 20 años y realiza cuestionario de factores de riesgo.                   Enfermería identifica a acompañantes o familiares mayores a 20 años y realiza cuestionarios de factores de riesgo.                  Aquellos con 10 o más puntos serán enviados al archivo para agendar cita.                  Toma y procesa muestras para Hb1Ac, lípidos, microalbuminuria y creatinina.                  Aplica cuestionarios: Herramienta de detección de violencia, Escala de Depresión Geriátrica Abreviada y Tamizaje de Salud Mental.                  Integra resultado al expediente y pasa al paciente a consulta médica.</p>	<p>Toma de signos vitales y somatometría                   Da seguimiento a la cartilla de salud                   Finaliza cuestionario de factor de riesgo: Toma y procesamiento de muestras de Hb1Ac y lípidos, microalbuminuria y creatinina                  Integra resultado al expediente Realiza tarjeta de enfermedades crónicas degenerativas.                   Aplica cuestionarios: Herramienta de detección de violencia, Escala de Depresión Geriátrica Abreviada y Tamizaje de Salud Mental                   Indica al paciente regresar a la sala de espera.</p>		<p>Toma de signos vitales y somatometría                   Da seguimiento a la cartilla de salud                   Integra resultado al expediente                   Actualiza tarjeta de enfermedades crónicas degenerativas.                   Establece el Plan de Cuidados para el paciente con diabetes mellitus T2 (NIC, NANDA)                   Da platica grupal sobre plan de cuidados                   Registra información en el Sistema</p>	<p>Toma de signos vitales y somatometría                   Da seguimiento a la cartilla de salud                   Toma y procesamiento de muestras de Hb1Ac y Triglicéridos, HDL, LDL, Colesterol, microalbuminuria Glucosa (cada tres meses, sirve de base para el control de cumplimiento de metas).                   Integra resultado al expediente                   Actualiza tarjeta de enfermedades crónicas degenerativas                   Indica al paciente regresar a la sala de espera</p>	<p>*Toma de signos vitales y somatometría                  Actualiza Tarjeta Crónicos                  Plan de Cuidados de enfermería para la familia del paciente con diabetes mellitus T2 (NIC, NANDA).</p>
--------------------------	--	--	---	--	---	--	---



<p>Medicina</p>			<p>Realiza historia clínica y exploración física completa Valoración podológica instrumentada (monofilamento)</p> <p>Valoración de fondo de ojo Interpreta e informa al paciente los resultados de detecciones realizadas por enfermería</p> <p>Evalúa si el paciente es apto para realizar actividad física y otorga cita con activador físico</p> <p>Evalúa cuestionarios psicológicos y criterios de referencia a 2° Nivel</p> <p>Revisa criterios de referencia a nutrición</p> <p>Otorga cita para odontología</p> <p>Registra en expediente clínico</p> <p>Entrega receta médica y solicitud de laboratorio con cita programada, da recomendaciones</p> <p>Finaliza consulta médica</p> <p>Entrega expediente en archivo</p>	<p>Anamnesis y exploración física (incluido fondo de ojo) Interpreta resultados de laboratorio Establece el diagnóstico de acuerdo con los criterios diagnósticos (<b>Anexo 1</b>) Realiza nota médica de evolución e integra la valoración de otras áreas disciplinarias Establece metas de control: glucémico, lípidos, función renal, medidas antropométricas (peso, IMC, circunferencia cintura) (<b>Anexo 2 Metas de control</b>) Valora el inicio de tratamiento con insulina (<b>Anexo 3 Insulinas</b>) Realiza ajuste de tratamiento y expide receta (<b>Anexo tratamiento 4</b>) Valora si el paciente requiere una referencia a especialista (<b>Anexo 5 criterios de referencia</b>). Valora la salud sexual Otorga cita mensual (cita compartida)</p>	<p>Realiza nota de evolución.</p> <p>Interpreta resultados de anamnesis y revisa evolución de los integrantes del grupo.</p> <p>Análisis de las pruebas rápidas.</p> <p>Valorar si se requiere una consulta individual.</p> <p>Ajuste de tratamiento y extensión de receta</p> <p>Otorga cita mensual (cita compartida, <b>Anexo 6</b>)</p>	<p>Realiza nota médica de evolución (incluye evaluación de fondo de ojo).</p> <p>Valora el logro de las metas de control establecidas en la consulta de integración diagnóstica.</p> <p>Ajusta el tratamiento de acuerdo con el logro de las metas de control.</p> <p>El paciente será referido a Uneme en caso de no cumplir con metas previstas al 6° mes según criterios (Ver <b>Anexo Criterios de Referencia a Uneme</b>)</p>	
-----------------	--	--	--	---	---	--	--

<p><b>Nutrición</b></p>			<p>Platica profiláctica</p>	<p>Proporciona Platica. Realiza recordatorio de 24 horas Mide pliegues cutáneos. Evalúa estado nutricional. Brinda en forma verbal orientación alimentaria individualizada. Determina con el paciente metas y estrategias para modificar hábitos. Proporciona cita para atención individualizada de acuerdo con necesidades del paciente y explica al paciente la importancia de acudir a su consulta grupal. Envía con el paciente la contrarreferencia del diagnóstico nutricional al médico tratante.</p>	<p>Proporciona plática. Otorga la consulta grupal. Valora la necesidad de la atención individual de acuerdo con necesidades del paciente.</p>	<p>Orienta y refuerza información realizada en la consulta previa. Valora el avance en metas de control nutricional, reducción del 5 al 10% del peso corporal, reducción de la circunferencia de cintura en el caso de sobrepeso y obesidad.</p>	
<p><b>Psicología</b></p>			<p>Da una plática orientada al manejo de la enfermedad.</p>	<p>Proporciona cita para atención individualizada. Elabora diagnóstico psicológico. Establece el abordaje psicológico. Determina la dinámica de atención: psicoterapia y talleres o refiere solo a talleres de psicología. Programa, elabora y realiza talleres de psicología. Envía con el paciente la contrarreferencia del diagnóstico psicosocial al médico tratante.</p>	<p>Proporciona plática grupal sobre el manejo de la enfermedad</p>	<p>Determinación de etapa de duelo. Identificación de limitantes. Trabajo en etapa de motivación. Psicoeducación con relación a su diagnóstico. Valoración de alta o referencia al Cisame, según el caso.</p>	

<p><b>Odontología</b></p>				<p>Proporciona platica y aplica criterios de prioridad para la atención individualizada. Realiza historia clínica odontológica. Inicia tratamiento de acuerdo con el diagnóstico inicial considerando los niveles de HbA1c o glucosa plasmática y necesidades del paciente. Envía con el paciente la contrarreferencia del diagnóstico y seguimiento odontológico al médico tratante.</p>	<p>Proporciona plática sobre la importancia de la salud bucal. Otorga cita individualizada de acuerdo con las necesidades del paciente.</p>	<p>Seguimiento de la salud bucal</p>	
<p><b>Nutriólogo, Técnico de atención primaria, Promotor de salud y Trabajo social</b></p>				<p>De acuerdo con la valoración de la aptitud física, diseña el plan de activación física de acuerdo con el objetivo y considerando las patologías. Inicia plan de activación física. El monitor en caso de ser necesario realizará anotación en el expediente clínico de eventualidades del paciente al realizar actividad física.</p>			

<b>Desarrollo de Vía Clínica de DM2 en primer nivel de atención.</b> Matriz temporal de actividades de la Uneme. Jurisdicción Sanitaria de Amecameca, Estado de México				
Servicio	Consulta de integración diagnóstica (día 1)	Seguimiento mensual (cita compartida y grupos de autoayuda)	Seguimiento 6 meses	Entorno Familiar
Recepción	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisa documentación (nota de referencia)</li> <li>Registra los datos generales del paciente</li> <li>Envía a Trabajo Social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisa documentación (nota de referencia)</li> <li>Registra los datos generales del paciente</li> <li>Envía a enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisa documentación (nota de referencia)</li> <li>Registra los datos generales del paciente</li> <li>Envía a Trabajo Social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recibe a familiares con cita programada y hoja de envío</li> <li>Envía a trabajo social</li> </ul>
Trabajo social	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informa al paciente sobre el modelo de atención de la Uneme.</li> <li>Recaba firma en la Carta de Corresponsabilidad.</li> <li>Realiza estudio social</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>Integra grupo preventivo y programa citas</li> </ul>
Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brinda información sobre lo que se realizará en el área de enfermería</li> <li>Toma de signos vitales y somatometría</li> <li>Toma y procesamiento de las muestras clínicas</li> <li>Da seguimiento a la cartilla de salud</li> <li>Valoración podológica instrumentada</li> <li>Nota de enfermería que incluya diagnóstico, enfermero y plan de cuidados</li> <li>Invita a participar en los talleres grupales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toma de signos vitales y somatometría</li> <li>Toma y procesamiento de las muestras clínicas</li> <li>Da seguimiento a la cartilla de salud</li> <li>Valoración podológica instrumentada</li> <li>Actualiza tarjeta de enfermedades crónicas</li> <li>Establece plan de cuidados de acuerdo con el diagnóstico de necesidades del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toma de signos vitales y somatometría</li> <li>Toma y procesamiento de las muestras clínicas</li> <li>Da seguimiento a la cartilla de salud</li> <li>Valoración podológica instrumentada</li> <li>Actualiza tarjeta de enfermedades crónicas</li> <li>Establece Plan de cuidados de acuerdo con el diagnóstico de necesidades del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Da platica o taller</li> </ul>
Consulta Médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realiza historia clínica y exploración física completa</li> <li>Interpreta e informa al paciente sobre los resultados de estudios</li> <li>Integra diagnóstico</li> <li>Evalúa si el paciente es apto para realizar actividad física</li> <li>Otorga cita</li> <li>Registra en expediente clínico</li> <li>Otorga recomendaciones iniciales de manera verbal e impresa y otorga cita para odontología</li> <li>Entrega receta médica</li> <li>Entrega expediente al servicio de nutrición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realiza nota de evolución y exploración física completa</li> <li>Interpreta e informa al paciente los resultados de estudios*</li> <li>Registra en expediente clínico</li> <li>Otorga recomendaciones iniciales de manera verbal e impresa</li> <li>Entrega receta médica</li> <li>Entrega expediente al servicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realiza nota de evolución y exploración física completa</li> <li>Interpreta e informa al paciente los resultados de estudios</li> <li>Valora el logro de metas de control</li> <li>Valora ajuste de tratamiento</li> <li>Registra en expediente clínico</li> <li>Otorga recomendaciones iniciales de manera verbal e impresa</li> <li>Entrega receta médica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Da platica o taller</li> </ul>

Continúa/

/continuación.

<p><b>Nutrición</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mide pliegues cutáneos</li> <li>• Evalúa estado nutricional</li> <li>• Realiza evaluación dietética</li> <li>• Realiza el recordatorio de 24 horas de un día</li> <li>• Brinda en forma verbal la orientación alimentaria individualizada</li> <li>• Determina con el paciente metas y estrategias para modificar hábitos</li> <li>• Entrega expediente al servicio de psicología.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mide pliegues cutáneos</li> <li>• Evalúa estado nutricional</li> <li>• Realiza evaluación dietética</li> <li>• Realiza el recordatorio de 24 horas de un día</li> <li>• Brinda en forma verbal la orientación alimentaria individualizada</li> <li>• Determina con el paciente metas y estrategias para modificar hábitos</li> <li>• Entrega expediente al servicio de psicología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valora el logro de las metas nutricionales establecidas</li> <li>• Valora el alta</li> <li>• Entrega expediente al servicio de psicología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Da plática y/o taller</li> </ul>
<p><b>Psicología</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elabora historia clínica psicológica, así como aplica cuestionarios de depresión y ansiedad</li> <li>• Elabora diagnóstico psicológico</li> <li>• Determina el abordaje psicológico</li> <li>• Determina la dinámica de atención: psicoterapia y talleres o refiere sólo a talleres de psicología</li> <li>• Programa, elabora y realiza los talleres de psicología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determina el abordaje psicológico</li> <li>• Determina la dinámica de atención: psicoterapia y talleres</li> <li>• Refiere solo a talleres de psicología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valora el avance en el manejo</li> <li>• Valora el alta</li> </ul>	
<p><b>Odontología</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporciona plática/taller profiláctico: y aplica criterios de prioridad para la atención individualizada</li> <li>• Proporciona cita para atención individualizada</li> <li>• Prioriza necesidades de los pacientes</li> <li>• Realiza historia clínica</li> <li>• Inicia tratamiento de acuerdo con criterios de HbA1c y las necesidades del paciente</li> <li>• Envía con el paciente la contrarreferencia del diagnóstico y seguimiento odontológico al médico tratante</li> <li>• Proporciona cita según necesidades del paciente</li> <li>• Entrega expediente al servicio archivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evalúa la salud bucal del paciente y valora su alta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Da plática o taller</li> </ul>
<p><b>Activación Física</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• De acuerdo con la autorización médica y clasificación de riesgo, realiza un plan de trabajo e intensidad</li> <li>• Diseña las secciones de acuerdo con los objetivos de las patologías e inicia plan de activación física</li> <li>• El monitor, en caso de ser necesario, realizará anotaciones en el expediente clínico de las eventualidades del paciente al realizar actividad física</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Da seguimiento a la actividad física que se definió en la consulta de integración diagnóstica, valora su continuidad.</li> </ul>	



/continuación.

A.2. Intolerancia a medicamentos		B.5. Abandono del tratamiento			C.17. Fallo de internet
A.3. Presencia de complicaciones agudas y crónicas		B.6. No acude a su cita			C.18. Falta de insumos en el laboratorio (reactivos)
A.4. Muerte del paciente		B. 7. Negación al tratamiento			C.19. Falta de medicamentos
A.5. Pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide		B.8. Valores, mitos y creencias del paciente			C.20.No se encuentra personal de servicio (vacaciones, ausentismo)
		<b>Personal sanitario</b>			C.21. Incumplimiento de acuerdos entre áreas (archivo, laboratorio, hospital)
		B.9. Petición de pruebas no contempladas en la vía			C.22. Contar con otra derechohabencia (IMSS, ETC)
		B.10. Contingencias epidemiológicas y ambientales			C:23. Falta de personal de salud
		B.11. Emergencias médicas			C.24. Agenda llena de laboratorio.
		B.12.Sigue indicaciones de otro profesional			C.25. Falta de tiras reactivas
		<b>Familia</b>			C.26. Rechazo de pacientes por situaciones administrativas
		B.13. Condición socioeconómica del paciente y su familia impide el apego al tratamiento			C.27. Tiempo prolongado en las citas de control
		B.14. Nivel escolar del paciente			
		B.15. No hay apoyo familiar (va solo a consulta)			28. No cumplimiento de procedimientos por falta de herramientas en pacientes con condiciones específicas
					Rechazo a pacientes por falta de cupo

### III. Hoja de información para el paciente y su familia

En esta hoja se explica de una forma gráfica y lo más simple posible 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.

#### ¿Qué es la Diabetes Mellitus?

**Es una enfermedad:**

**Crónica: no se cura pero se controla**

**Degenerativa: que a través del tiempo puede dañar a órganos como son, ojos, riñones, vasos sanguíneos entre otros.**

**Si se lleva un buen control estos daños pueden evitarse**

#### ¿Cuáles son los síntomas mas frecuentes?

- **Mucha sed**
- **Mucha hambre.**
- **Orina constante.**
- **Visión borrosa**
- **Si alguna herida no cierra pronto.**
- 

 GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO	Instituto de Salud del Estado de México 
---	---

## Información al paciente.



VÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN A PACIENTE  
CON DM TIPO 2 EN LA JURISDICCION  
SANITARIA AMECAMECA

### Centro de salud mas cercano:

---

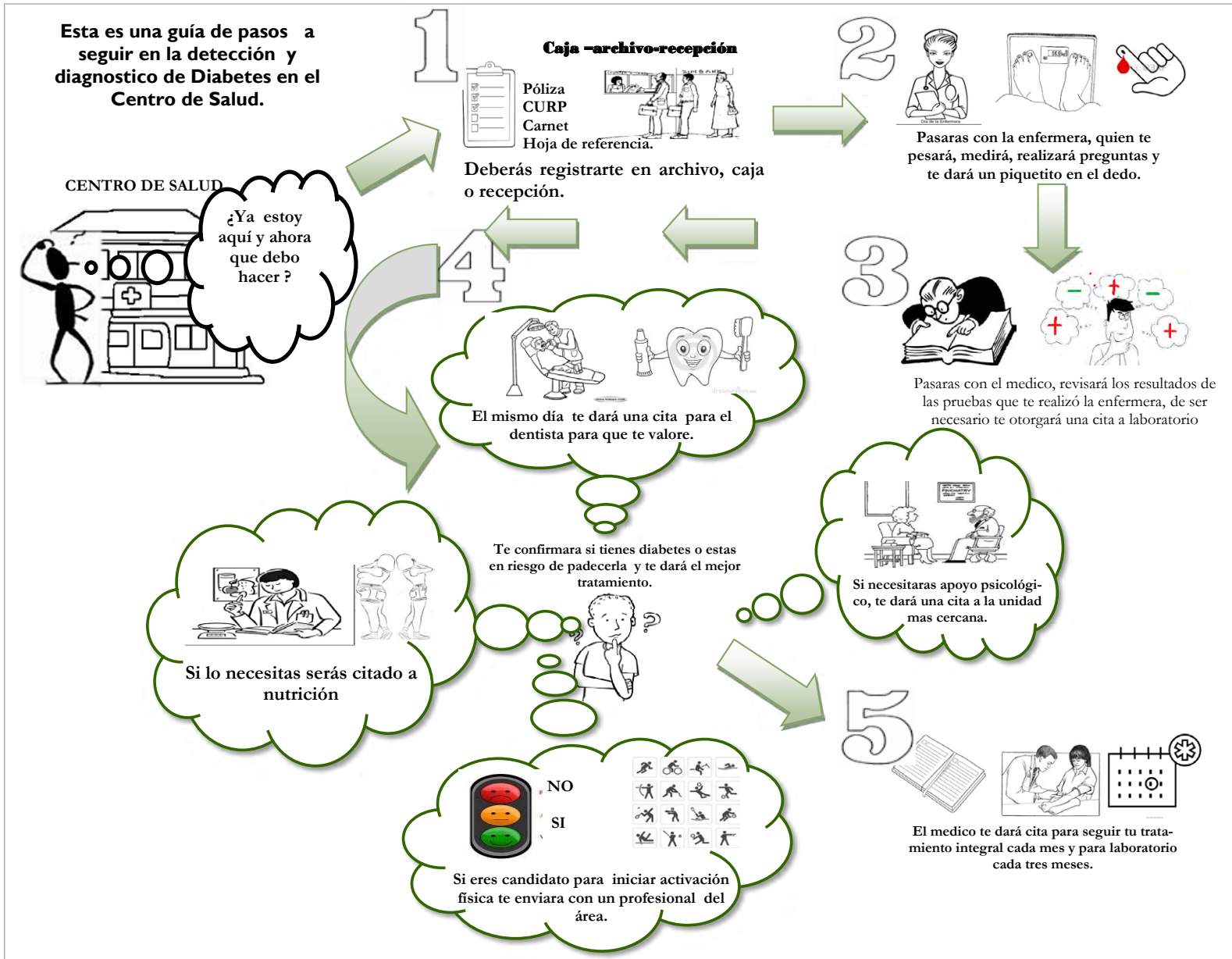
Fecha de la cita: \_\_\_\_\_

Hora de la cita: \_\_\_\_\_

En Archivo, caja ó recepción

Con: Póliza de Seguro Popular (opcional)  
CURP  
Carnet (opcional)  
Hoja de referencia de campo





#### 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 14 preguntas en las que se explora qué servicios le han atendido, cómo le han brindado esa atención, si le han explicado cuestiones relacionadas con su estado de salud, los tratamientos que le han prescrito, etc.

### Encuesta Vía Clínica de Atención a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la Jurisdicción Sanitaria Amecameca

Coordinación: \_\_\_\_\_ Unidad de salud: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Género: Femenino: \_\_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Marque con una **X** el recuadro que corresponda según la respuesta.

		SI	NO
1	¿Le aplicaron el cuestionario de factor de riesgo?		
2	¿En campo? _____ ¿unidad de salud? _____		
3	¿Invitaron a su acompañante o familiar a realizar el cuestionario de factor de riesgo?		
4	¿Le tomaron muestras de sangre posterior al cuestionario en unidad?		
5	¿Cuándo lo diagnosticaron con diabetes mellitus, ¿el personal de salud acudió a su domicilio para aplicar el cuestionario a sus familiares mayores de 20 años?		
6	¿El médico le explicó de una forma clara qué es la diabetes mellitus tipo 2?		
7	¿El médico o la enfermera le revisó sus ojos y pies?		
8	¿El médico le refirió al dentista explicando la importancia de su atención dental?		
9	¿Fue orientado sobre cómo llevar una alimentación adecuada?		
10	¿quién le dio la orientación sobre alimentación adecuada? Nutriólogo _____ Enfermera _____ Otro personal ____ No aplica _____		
11	¿Recibió orientación para realizar actividad física según su capacidad y condición física?		
12	¿Quién le dio la orientación sobre cómo realizar su actividad física? Activador físico _____ Enfermera _____ Otro personal _____ No aplica _____		

13	¿Recibió apoyo psicológico en grupo?		
14	¿De quién recibió apoyo psicológico? Personal de psicología_____ Enfermería:_____ Otro_____ No aplica_____		
15	¿El médico le otorgo tratamiento oral o inyectable desde que se confirmó su diagnóstico?		
16	¿Para sus estudios de laboratorio, el médico: a) No me envió al laboratorio b) Sí, me dio fecha y hora establecida c) Sí, me entregó la solicitud para que yo la tramitara		
17	¿Recibió orientación para comprender su enfermedad y cómo debe cuidarse?		

# 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. También que sean válidos, 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, que sean factibles. En el anexo 3 se encuentran 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 dónde surge, fuente de datos, estándar propuesto y referencias bibliográficas. A continuación, en la tabla 2 se muestra un resumen de los indicadores diseñados.

<b>Tabla 2. Resumen de indicadores</b>	
<b>Categoría</b>	<b>Número de indicadores</b>
Generales	5
Tamizaje	4
Entorno familiar	2
Diagnóstico	1
Valoración basal	2
Tratamiento no farmacológico	3
Tratamiento farmacológico	4
Implementación de la Vía Clínica	1
Resultado de la Vía Clínica	4

Cuadro resumen de los indicadores de la vía de atención integrada para dm2		
Segmento	Tipo	Nombre del indicador
Tamizaje	Porcentaje	T1 Personas $\geq 20$ años tamizados en la comunidad
		T2 Personas tamizadas en la comunidad con CFR positivo a quienes se les da cita para atención en la unidad médica
		T3 Personas tamizadas en la comunidad a lo que se les completa tamizaje en unidad médica
		T5 Personas con diagnóstico de DM2 captados por tamizaje (pesquisa)
Entorno familiar	Porcentaje	EF 1. Familiares visitados y tamizados
		EF2. Familiares con tamizaje positivo citados a la unidad médica
Diagnóstico	Compuesto <i>All-or-none</i>	ID1 Diagnóstico correcto de DM2
Valoración basal integral	Compuesto <i>All-or-none</i>	[VB1] Valoración basal completa en el paciente con DM2
	Porcentaje	VB1.1 Con criterios de referencia a nutrición
	Porcentaje	VB1.2 Atención por nutrición
	Porcentaje	VB1.3 Atención por odontología
	Porcentaje	VB1.4 Atención por psicología
	Porcentaje	VB1.5 Aplicación de los tres cuestionarios de psicología
	Porcentaje	VB1.6 Activación física
	Porcentaje	EFIC1 Comunicación de especialista con médico familiar para plan de manejo y tratamiento (contrarreferencia)
Prescripción del tratamiento no farmacológico	Compuesto <i>All-or-none</i>	TNF_AF1 Personas con DM2 con indicación médica de consulta con nutrición y actividad física
	Porcentaje	AF1 Asistencia a actividad física
	Porcentaje	GAM1 Porcentaje de pacientes integrados a GAM
Prescripción del tratamiento farmacológico	Porcentaje	TF1 Porcentaje de pacientes con DM2 con tratamiento farmacológico inicial adecuado
	Porcentaje	TF2 Uso adecuado de estatinas en pacientes con DM2 con factores de riesgo cardiovascular
	Porcentaje	TF3 Tratamiento con ACE (inhibidor de enzima convertidora) o ARB (bloqueador de angiotensina II) en pacientes con proteinuria
	Porcentaje	T4 Tratamiento con aspirina en pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica
Seguimiento y control	Compuesto <i>All-or-none</i>	EM.1 Evaluación y monitoreo integral
	Porcentaje	PC1 Cumplimiento de las metas de control de los niveles séricos de glucosa y de hemoglobina glucosilada en pacientes con DM2
	Porcentaje	TXPD1 Pacientes con prediabetes en tratamiento farmacológico

## 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.<sup>1</sup>

## 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.

# Documentos de apoyo para la implementación de la Vía de Atención Integrada

## Indicaciones para el uso y llenado de los documentos operativos para la implementación

### 1. Matriz temporal de actividades

**1.1 Localización del documento:** este documento deberá permanecer en el expediente de cada paciente con diagnóstico de DM2. La matriz temporal inicial se utilizará en pacientes de primera vez por diagnóstico de DM desde el momento del tamizaje. Esta matriz se utilizará sólo una vez; la matriz temporal de seguimiento se utilizará cuantas veces sea necesario en todas las consultas subsecuentes de control, por lo cual, una vez que se llene deberá agregarse otra matriz temporal de seguimiento.

**1.2 Responsable del llenado:** todo el personal de salud que tenga una interacción con el paciente

con diagnóstico de DM2, ya sea que pertenezca a la unidad de salud o preste un servicio itinerante (personal de medicina, enfermería, nutrición, psicología, odontología, trabajo social, promoción de salud, activación física).

**1.3 Momento en que se debe usar:** en cada interacción con el paciente por parte de cualquier personal de salud.


**1.4 Modo de uso:**


**1.4.1** En las primeras filas se indican los días que representa el número de consulta otorgada y la temporalidad recomendada entre la primera consulta y las subsecuentes. Las celdas en gris indican que en el día de consulta señalado no se realiza algún tipo de actividad que en consultas previas o posteriores sí se realizan.

Matriz temporal inicial						
Quién	Día 1		Día 2		Día 3	
	Primer contacto		7 a 14 días		Máx. 21 a 30 días	
Trabajo social o enfermería o promotor	Recepción del paciente		Recepción del paciente		Recepción del paciente	
	Solicita derechohabencia		Solicita derechohabencia		Solicita derechohabencia	
	Otorga ficha de consulta		Otorga ficha de consulta		Otorga ficha de consulta	
			Valoración de factores de riesgo familiar			

**1.4.2** Para cada día se enlistan una serie de actividades que deberán ser realizadas por el responsable de la actividad, quien se encuentra identificado en la primera columna de la matriz. Para algunas actividades se identifica más de un responsable para los casos en los que en la unidad no se cuente con ese perfil o que al momento de acudir el paciente a la unidad no se encuentre el personal. Para estos casos se enlista en la matriz a los perfiles del personal que deberán realizar la actividad, señalando en primer orden a quien idealmente deberá realizar la actividad y posteriormente a los otros perfiles ordenados con base en quien puede ir substituyendo la realización de esas actividades.

Matriz temporal inicial				
Quién	Día 1		Día 2	
	Primer contacto		7 a 14 días	
Trabajo social o enfermería o promotor	Recepción del paciente		Recepción del paciente	
	Solicita derechohabencia		Solicita derechohabencia	
	Otorga ficha de consulta		Otorga ficha de consulta	
			Valoración de factores de riesgo familiar	
Enfermería	Actualiza el esquema de vacunación		Solicita cartilla.	
	Registro de paciente.		Registro de paciente.	
	Aplica Cuestionario de factores de riesgo.			
	Somatometría			
	Registro de Hoja de detecciones			
	Determinación de Hemoglobina Glicada			

1.4.3 Para indicar que una actividad se ha realizado se colocará en la columna inmediata al nombre de la actividad el siguiente símbolo . Cabe señalar que, si por algún motivo, alguna de las actividades no se realizó en la consulta o momento de atención previo, deberá realizarse en el

siguiente contacto con el paciente e identificar la realización de ésta mediante el relleno del espacio  que había quedado vacío.

1.3.4 En caso de que la actividad no se haya realizado se dejará el espacio en blanco, teniendo que realizarse y marcarse en la consulta inmediata.

Matriz temporal inicial						
Quién	Día 1		Día 2		Día 3	
	Primer contacto		7 a 14 días		Máx. 21 a 30 días	
Enfermería	Actualiza el esquema de vacunación.	✓	Solicita cartilla.	✓	Solicita cartilla.	
	Registro de paciente.	✓	 Actividad realizada en el día programado	✓	Registro de paciente	
	Aplica Cuestionario de factores de riesgo.	✓		✓	Somatometría	
	Somatometría	✓		Valoración podológica instrumentada.		Valoración podológica Instrumentada
	Registro de Hoja de detecciones.	✓	Reporte de inasistentes a trabajo social.		 Actividad aún sin realizar	
	Determinación de Hemoglobina Glicada.		 Actividad realizada en un día distinto al programado			

## 2. Hoja de Variaciones

**2.1 Localización del documento:** este documento deberá ser resguardado por el responsable de la unidad de salud o de quien se designe, de forma que siempre se pueda tener acceso al documento por el personal de salud. Cuando se presente la necesidad de ser utilizado se facilitará su acceso para realizar los registros correspondientes y posteriormente se regresará para su resguardo. Es importante señalar que este formato es para toda la unidad y para todos los pacientes; es decir, no es un formato por paciente, ni por personal sino que en uno mismo se irán registrando las variaciones, agregando la cantidad de formatos necesarios.

**2.2 Responsable del llenado:** todo el personal de salud que tenga una interacción con el paciente con DM2, ya sea que pertenezca a la unidad de salud o preste un servicio itinerante (personal de medicina, enfermería, nutrición, psicología, odontología, trabajo social, promoción de salud, activación física).

**2.3 Momento en que se debe usar:** en cada ocasión en la que no se realice una actividad programada en la matriz temporal inicial o de seguimiento.

## 2.4 Modo de uso:

**2.4.1** Este documento está vinculado con la matriz temporal inicial y con la matriz temporal de seguimiento en el sentido de que las actividades que no se realicen en el momento indicado deberán señalarse en la hoja de variaciones.

**2.4.2** Para realizar el reporte de la actividad no realizada se deberán llenar los siguientes elementos:

- Colocar la fecha del evento en formato dd/mm/aaaa
- Nombre completo del paciente
- Número o identificador del consultorio en el que es atendido el paciente
- Turno de atención
- Variación y causa: en este espacio se describirá en breve la modificación o no realización de la actividad planificada, así como la causa que provocó esta variación.
- Código de la variación:
  - Se elegirá el código que más se aproxime al tipo de motivo por el que no se realizó la actividad al paciente.
  - Los códigos están organizados en cuatro grupos, aquellas relacionadas con el pacien-



te, las que dependen del personal de salud, dependientes de la institución y aquellas que dependen de la comunidad o entorno en el que se encuentra la unidad de salud.

- Ejemplo de uso de código de variación:
- **Contexto:** se presenta la situación en la que en la tercera consulta se debe realizar la interpretación de los resultados de hemoglobina glucosilada que se solicitó en la primera consulta; sin embargo, no se pudo realizar esta actividad debido a que en la unidad en la que se realizan los estudios de laboratorio no se contaba con el equipo necesario.
- **Pasos por seguir:** esta omisión a la actividad programada se debe reportar en la hoja de variaciones.
  - » Se localiza el grupo de códigos al que pertenece esta variación a lo planeado. En el caso de nuestro ejemplo, se debe a una variación que depende de la institución que presta el servicio.
  - » Una vez localizado el grupo se busca el código que representa el motivo por el que no se hizo la actividad en concreto, en nuestro caso fue por la falta de reac-

tivos en el área de laboratorio, que está representado por el código C3 que indica que son variaciones debidas a la Falla de glucómetro o ausencia de equipo.

- » Cuando no se encuentre un código que se ajuste a la causa por la que no se realizó la actividad programada se colocará el código de otras causas, que se encuentra el final del listado de los cuatro grupos de códigos de la hoja de variaciones. Es de particular importancia que cuando se coloque el código otras causas se registre la variación y causa por la que no se llevó a cabo la actividad.
- **Acción tomada:** en este apartado se describirá de forma breve la alternativa tomada por el responsable de la actividad para no retrasar, en medida de lo posible, el cumplimiento de lo programado.
- **Firma del responsable de la actividad:** en los casos en los que la variación consista en la ausencia del personal que debía atender al paciente, esta variación deberá ser llenada por el médico tratante o personal de enfermería del consultorio en el que se atiende.

HOJA DE VARIACIONES DE LA VÍA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE LA CALIDAD EN ATENCIÓN DEL PACIENTE CON DM2. CENTRO DE SALUD: _____ C.S. X _____							
FECHA	NOMBRE DEL PACIENTE	CONSULTORIO	TURNOS	VARIACIÓN Y CAUSA	COD.	ACCIÓN TOMADA	FIRMA
06/06/2023	Marín N.	3	Matutino	No se pudo interpretar los resultados de la HbA1c porque no se contó con el equipo	C3	Se solicita apoyo a jurisdicción para agendar un día de tomas de HbA1c con el equipo portátil	X

### 3. Hoja de información para el paciente y su familia

**3.1 Localización del documento:** este documento deberá estar localizado en los consultorios médicos, en el área de enfermería, recepción y deberán traerlo consigo los equipos que realicen actividades de campo.

**3.2 Responsable de la entrega y explicación:** personal médico, de enfermería, trabajo social o quien sea designado.

**3.3 Momento en que se debe usar:** la hoja de información se entrega al paciente en dos momentos:

**3.3.1** Al realizar tamizaje a la población general.

**3.3.2** En la primera consulta de atención por DM2 o la primera vez que es atendido en la unidad si ya ha sido diagnosticado en otro establecimiento de salud.

#### **3.4 Modo de uso:**

**3.4.1** La hoja de información se divide en cuatro formatos distintos: dos que se utilizarán durante el tamizaje de la población general dentro o fuera de la unidad de salud y dos para cuando son atendidos en la unidad de salud.

**3.4.2** En el caso del tamizaje se cuenta con un formato para aquellos casos en los que el resultado sea menor a 10 puntos y otro para resultado con un puntaje igual o mayor 10. En este último, el paciente deberá ingresar al proceso de la Vía Clínica.

**3.4.3** Una vez que el paciente acude a la unidad de salud con los resultados del tamizaje, se entrega la Hoja de consulta de 1ra vez. Para los pacientes que ya son tratados en la unidad pero recién ingresan al proceso de la vía clínica se les deberá entregar la Hoja de consulta subsecuente.

**3.4.4** Cualquiera de los cuatro formatos que sean entregados se deben acompañar de una explicación con los siguientes puntos:

El documento es una guía de los pasos a seguir durante su atención, por lo que es importante que sea consultado constantemente para identificar la omisión de algún paso.

Es recomendable que acuda con el formato en cada consulta para verificar con su médico tratante las próximas actividades a realizar.

El documento también se debe compartir con algún familiar que forme parte de su red de apoyo para que sirvan como un segundo monitor de su atención.

## **4. Encuesta de experiencia de la atención**

**4.1 Localización del documento:** este documento, una vez lleno, deberá ser resguardado por el responsable de la unidad de salud o de quien se designe. Para los formatos vacíos, se sugiere que sea el personal de promoción, trabajo social o enfermería quienes tengan acceso, lo apliquen y lo entreguen para resguardo.

**4.2 Responsable de la entrega y explicación:** personal de promoción de la salud, trabajo social o enfermería.

**4.3 Momento en que se debe usar:** la encuesta se aplicará a los pacientes con diagnóstico de DM2 en cualquier momento de su atención. Se sugiere realizar 20 encuestas al mes (dependiendo del flujo de pacientes que acudan a la unidad), de forma que al finalizar el primer semestre se cubra a la mayoría de los pacientes activos.

#### **4.4 Modo de uso:**

**4.4.1** La entrevista se realizará por el personal de promoción de salud, trabajo social o enfermería, indicándole al paciente que es totalmente anónima y la intención es la mejora de su proceso de atención.

**4.4.2** Los pacientes se deberán elegir al azar, con la posibilidad de ser captados en las salas de espera, saliendo del consultorio o cuando acuden a las áreas de promoción o trabajo social.

**4.4.3** Se les preguntará si en los último seis meses se les ha hecho la encuesta. En caso de una respuesta afirmativa se tendrá que elegir a otro paciente.

**4.4.4** El personal que haga la entrevista deberá leer las preguntas junto con las opciones de respuesta.

**4.4.5** Se deberá informar con claridad la temporalidad que se encuentra marcada en el cuestionario, por ejemplo, la toma de laboratorios en los último tres meses.

**4.4.6** Las respuestas del paciente serán señaladas en los espacios designados con un símbolo dejando en blanco el resto de las opciones.

**4.4.7** Es importante no dejar ninguna pregunta sin responder. En el caso de las preguntas abiertas, si el paciente no desea responder se colocará sin comentarios.

**4.4.8** Una vez finalizada la entrevista será entregada al responsable de la unidad en el momento que sea acordado para su resguardo.

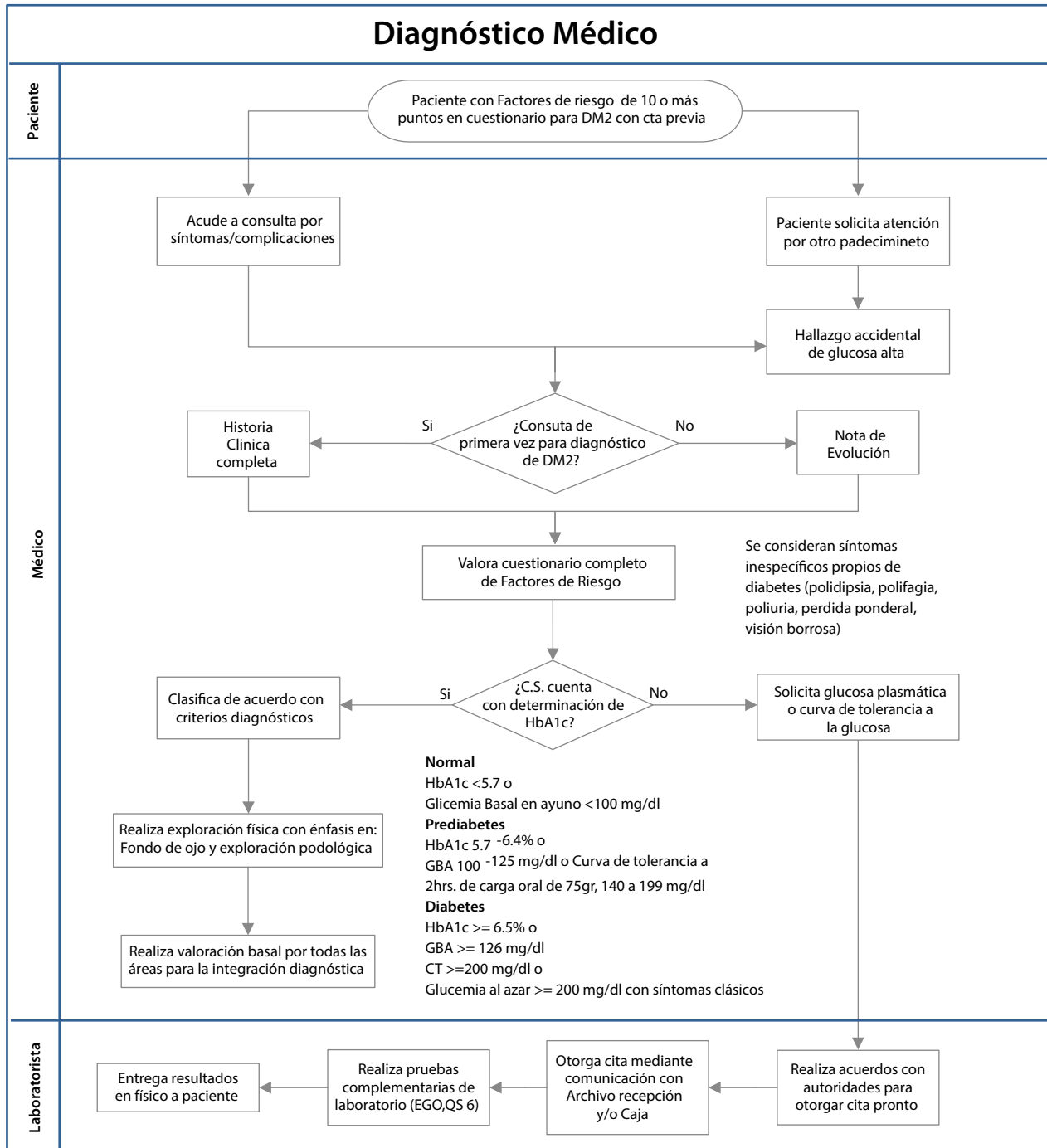
## Referencias

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, Vlaisavljevic 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.diabres.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](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](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](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](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](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](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](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](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/22201/ProtocoloClinico_diagnostico_tratamientoDM.pdf)
19. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Tratamiento de la Diabetes Mellitus en el Primer nivel de Atención. México: Cenetec, 2014.
20. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus en el adulto Mayor Vulnerable. México: Cenetec, 2013.
21. Diabetes Care. Standards of Medical Care in Diabetes—2019. *Diabetes Care*. 2019;42(supl 1):S1-2. <https://doi.org/10.2337/dc19-Sint01>
22. World Health Organization. Classification of Diabetes Mellitus. Ginebra: WHO, 2019.
23. World Health Organization. Guidelines on second-and third-line medicines and type of insulin for the control of blood glucose levels in non-pregnant adults with diabetes mellitus. Ginebra: WHO, 2018.

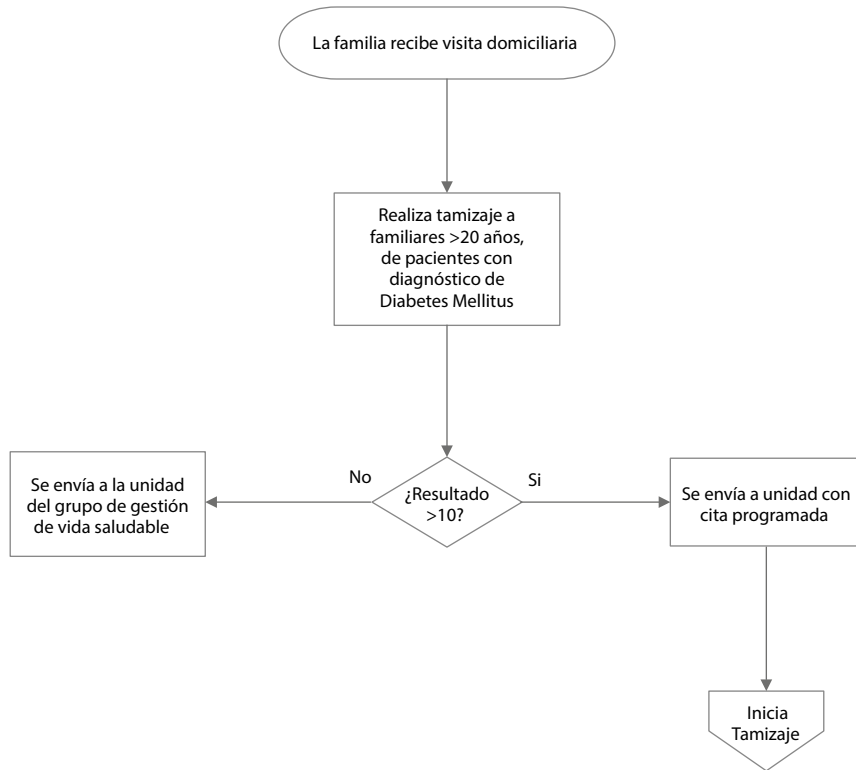
# Anexo 1.

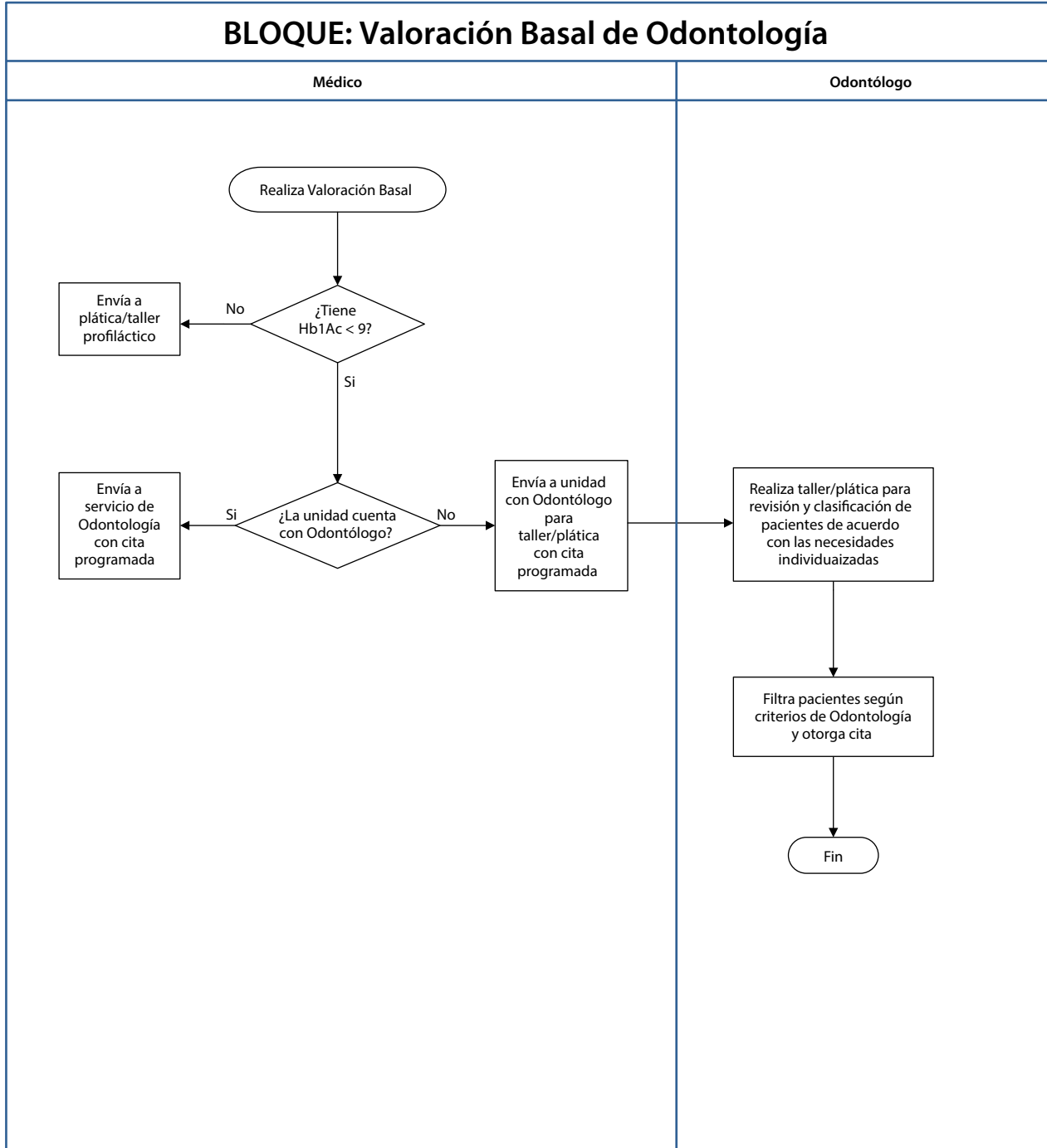
## Diagrama de flujo detallado del proceso de atención

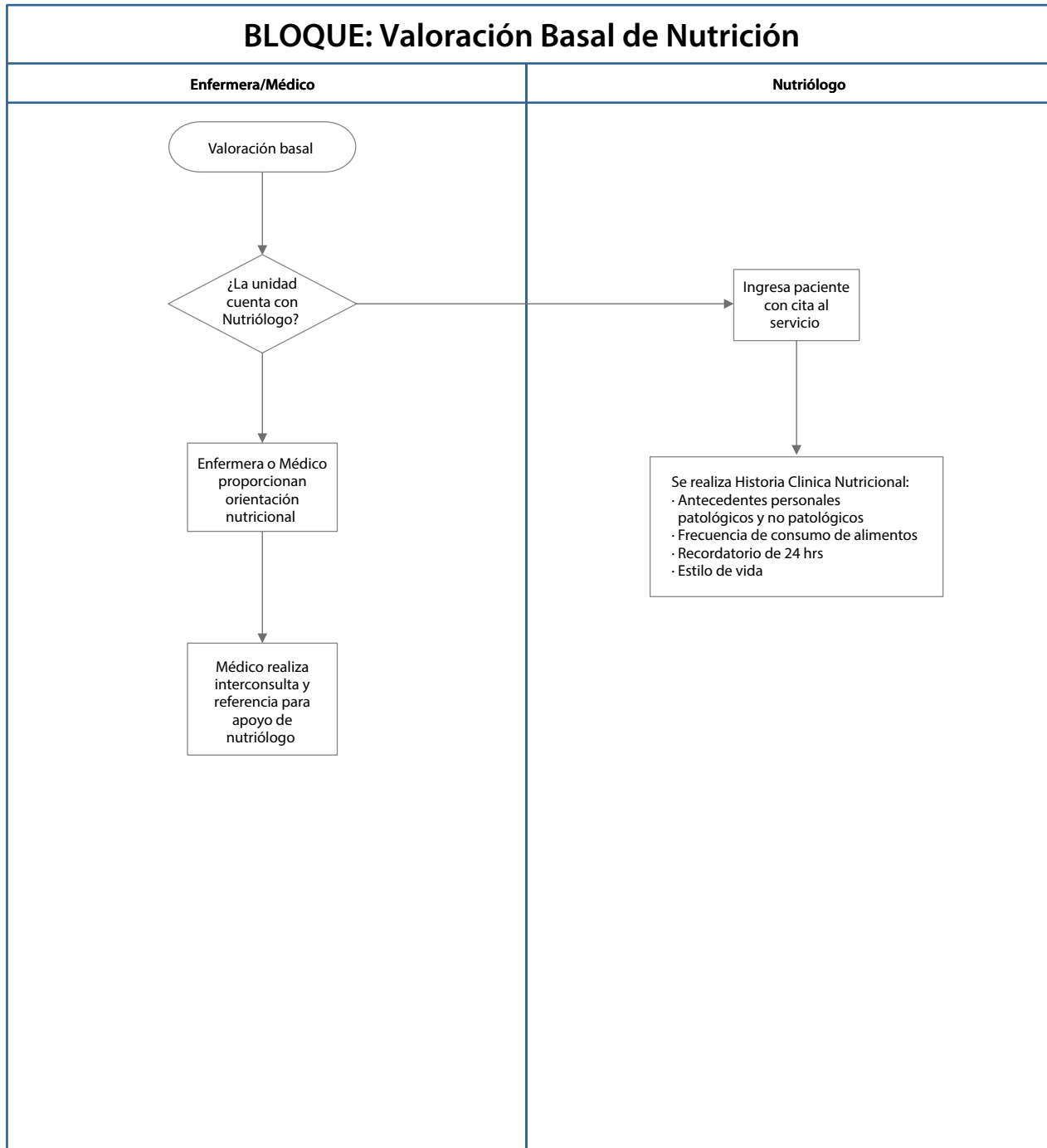


## BLOQUE: Entorno Familiar

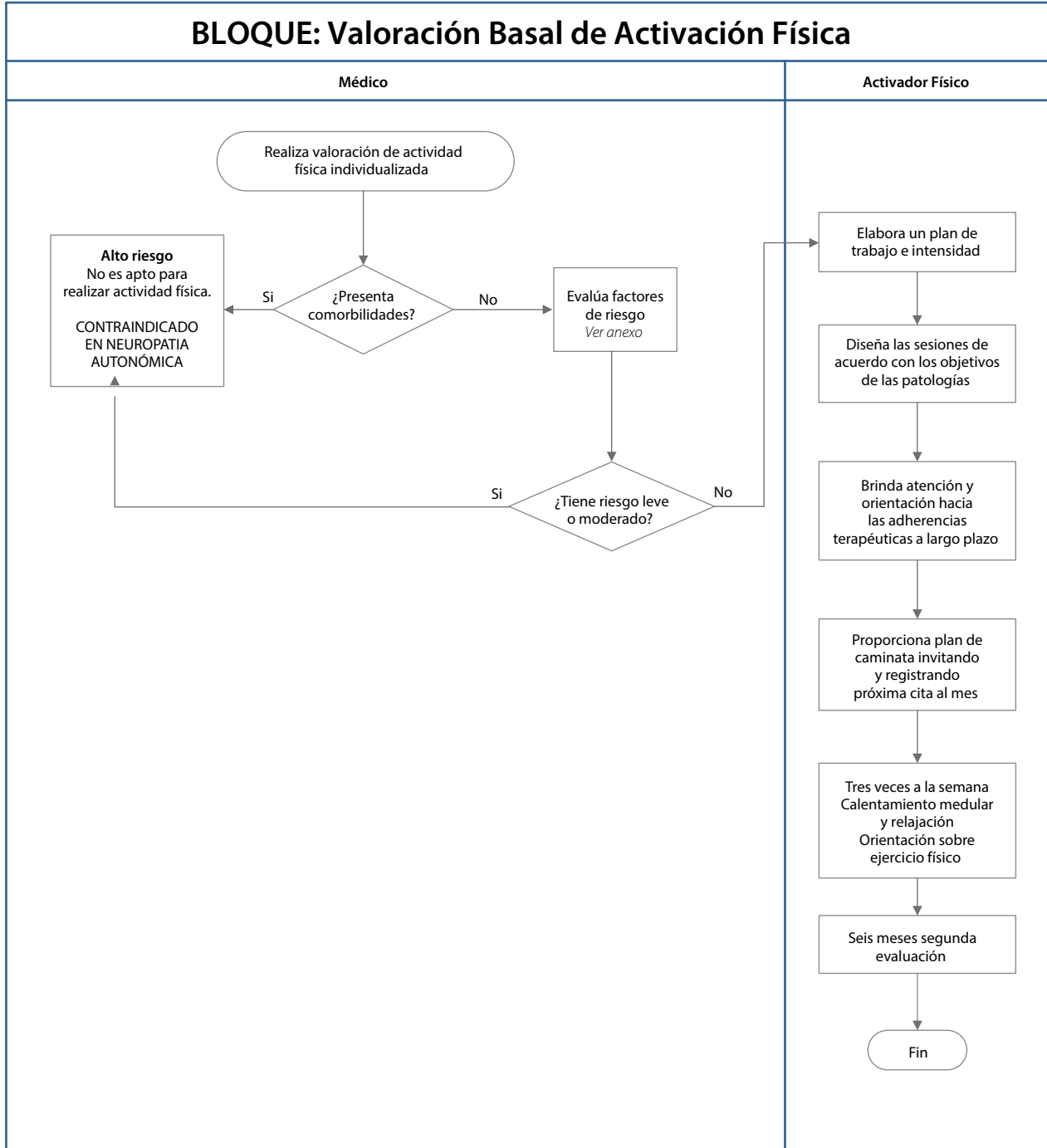
TAPS/Cuidadoras de Salud

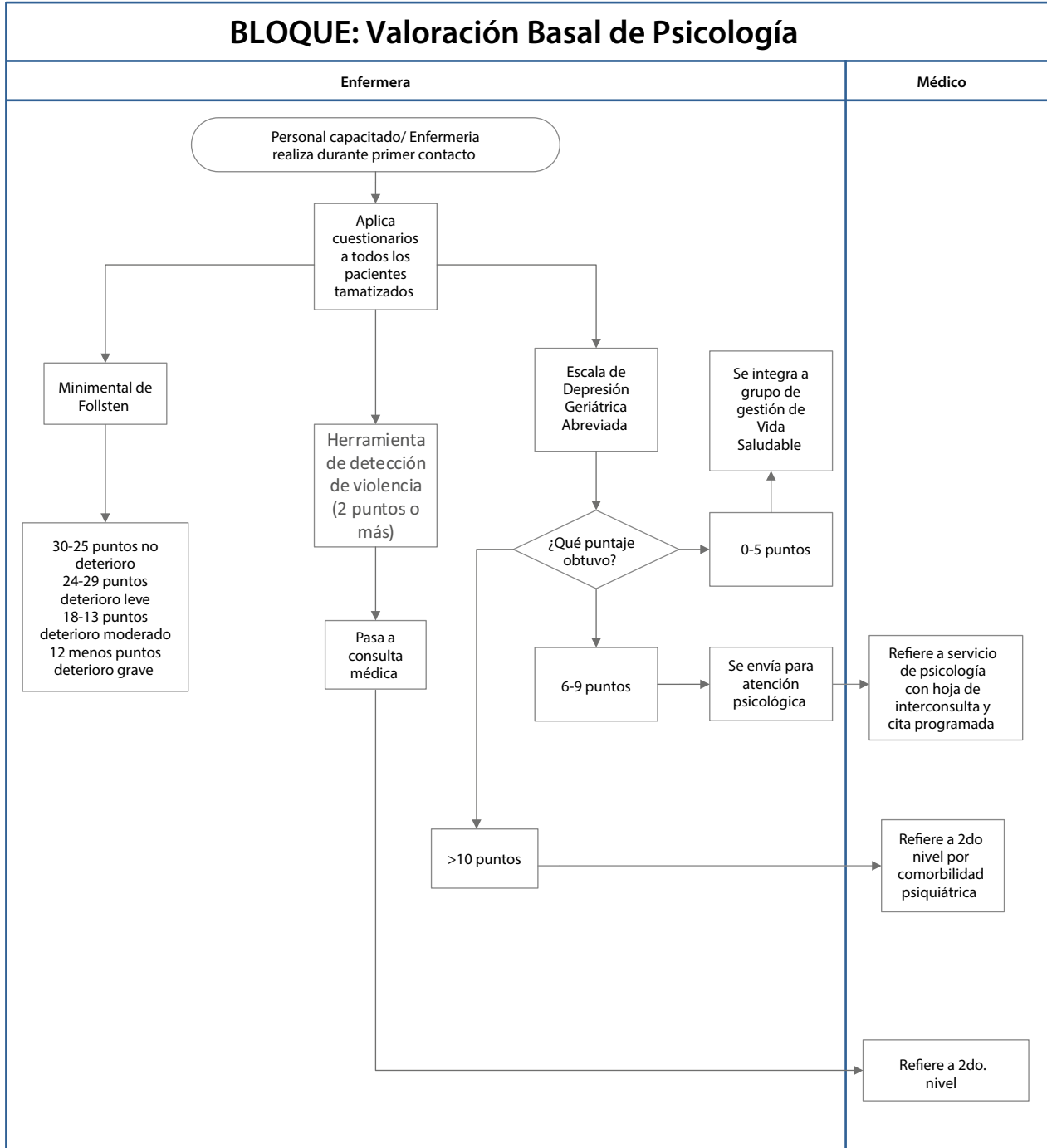


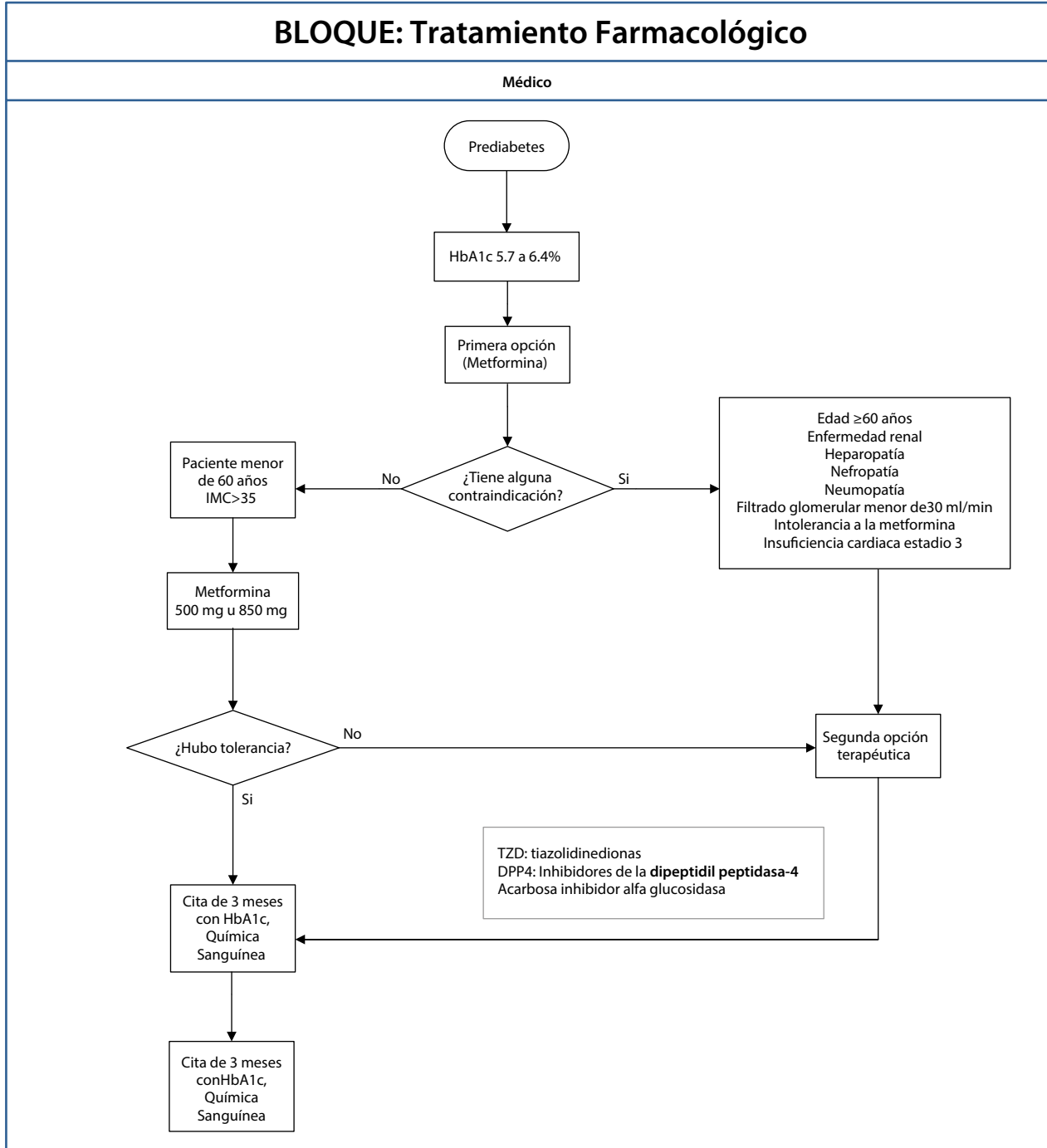


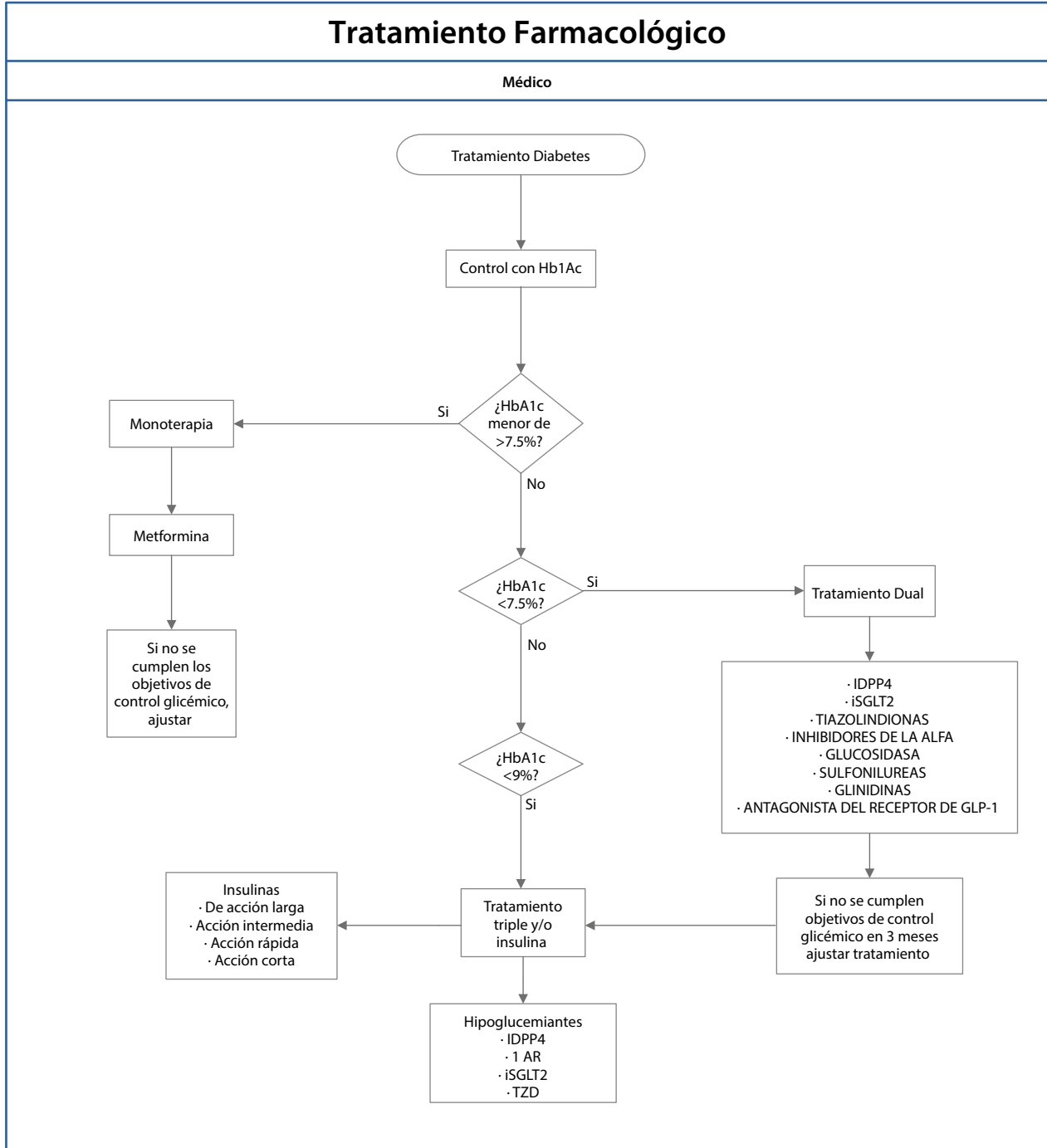


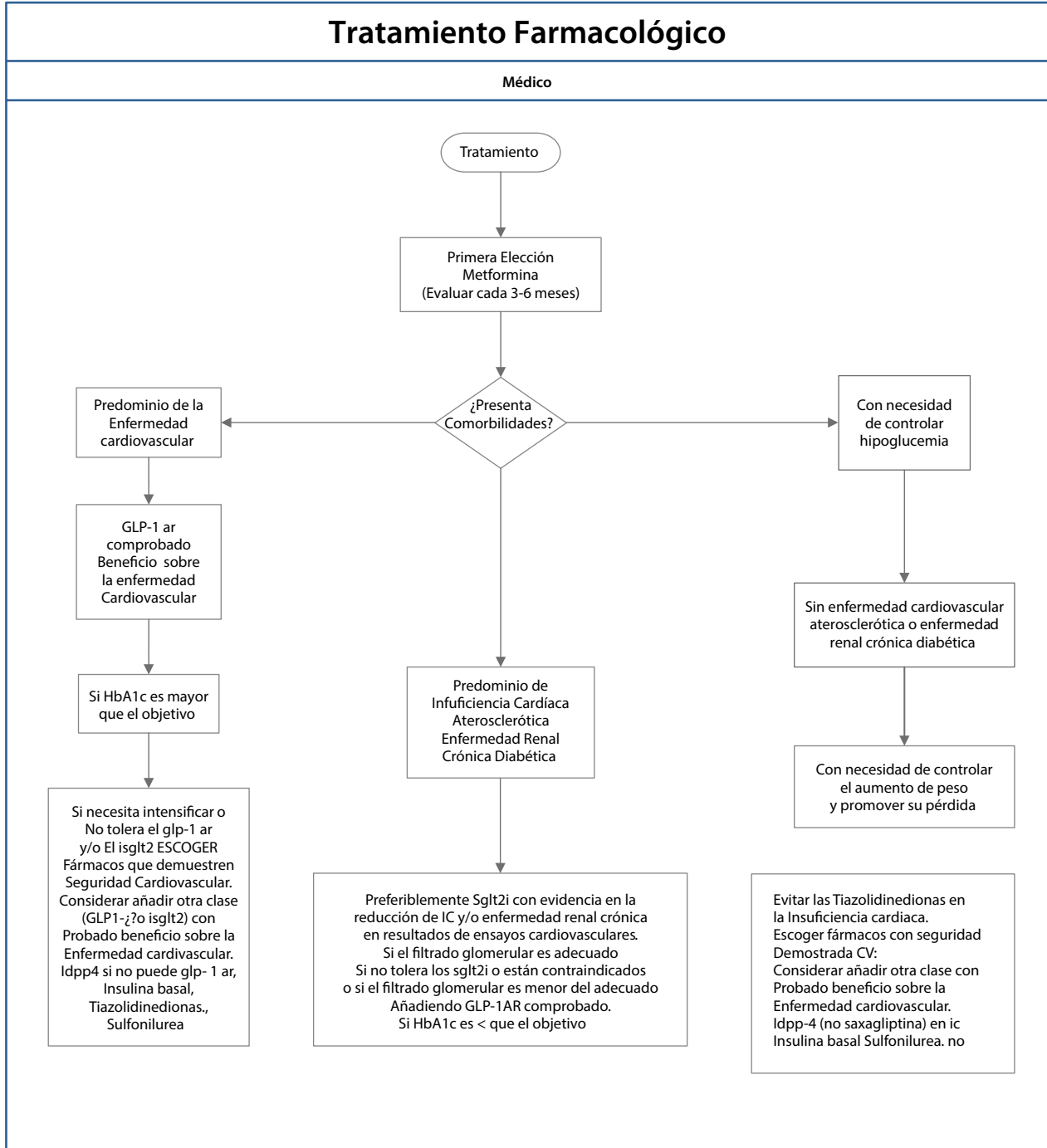


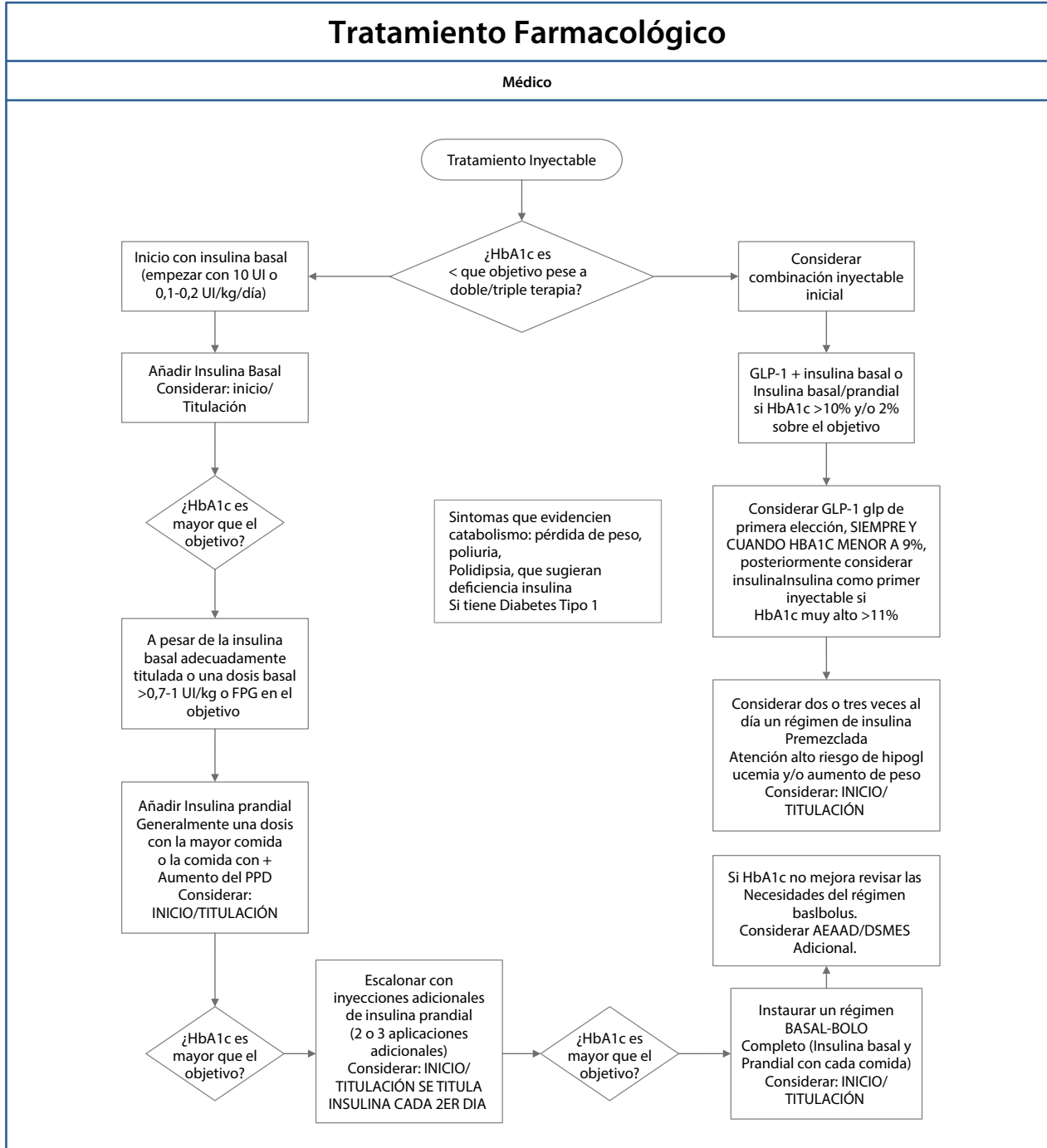


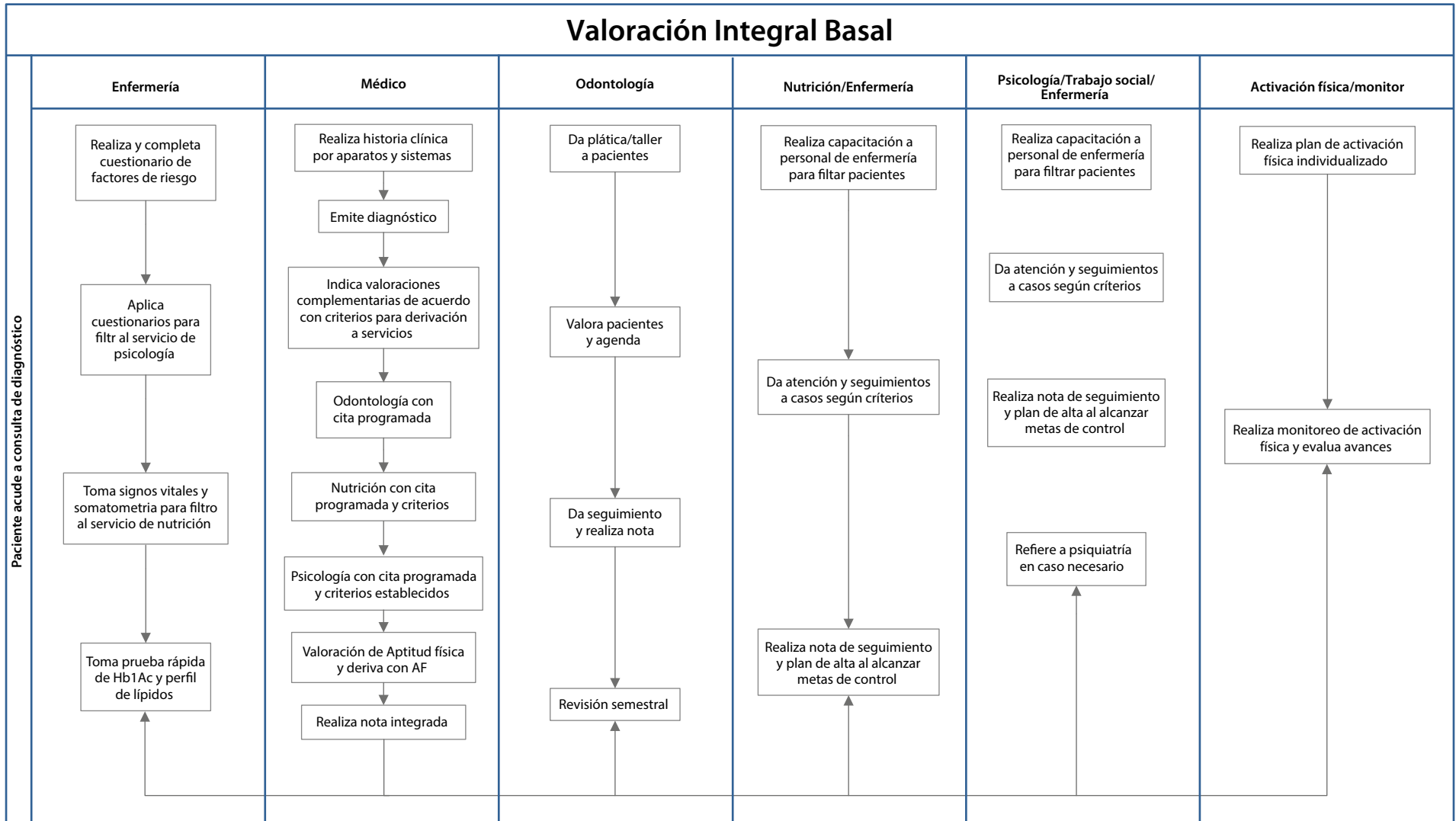












## Anexo 2.

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

¿QUÉ DEBE HACERSE?	¿CUÁNDO DEBE HACERSE?	¿CÓMO DEBE HACERSE?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERSE?	¿CUÁL ES LA MEJORA?
<b>Identificar a la población &gt;=20 años durante la visita a domicilio y de acuerdo con un plan de trabajo comunitario</b>	Al primer contacto con el paciente y cada año con los subsecuentes	Con el cuestionario de factores de riesgo	TAPS, Cuidadoras de Salud	Durante la visita domiciliaria	Detectar de forma oportuna casos de dm
<b>Aplicar cuestionario de factores de riesgo para diabetes mellitus a la población &gt;=20 años</b>	Cuando identifique integrantes de la familia mayor de 20 años	Directa al paciente	TAPS, Cuidadoras de Salud	En la comunidad	Disminuir la prevalencia en dm
<b>Solicitar cita a la unidad para la población con puntaje &gt;10 para factores de riesgo de DM</b>	Después de la visita domiciliaria	Ponerse de acuerdo en la unidad con el personal de archivo para agendar citas	TAPS, Cuidadoras de Salud y personal de archivo	En la unidad de salud correspondiente	Unificar criterios de abordaje del usuario diabético y su familia
<b>Entregar al paciente la hoja de referencia y la cita a la unidad</b>	Después de haber realizado el cuestionario de factores de riesgo y haber obtenido más de 10 puntos	Se entregará la hoja de referencia con cita anotada incluyendo fecha y hora	TAPS, Cuidadoras de Salud	En el domicilio del paciente	Disminuir el tiempo de atención al paciente con factores de riesgo
<b>Informar al paciente sobre los mecanismos para acceder a la unidad</b>	Después de haber entregado la hoja de referencia a paciente	Dando indicaciones verbales y mediante folleto	TAPS, Cuidadoras de Salud	En el domicilio del paciente	Otorgar atención en tiempo para disminuir casos de dm
<b>Recibir y orientar al paciente que llega por primera vez al CS o a la Unidad médica, sobre el servicio que corresponda</b>	A la llegada del paciente a la unidad	Lo recibe el vigilante y lo dirige archivo.	personal de archivo clínico, o responsable de la recepción del paciente	En el servicio de archivo o recepción de la unidad de salud	Satisfacción de paciente en la atención del servicio solicitado
<b>Recibir al paciente enviado por TAPS y CS y enviar al servicio que corresponda</b>	A la llegada del paciente a la unidad el día de su cita	Lo recibe el vigilante y lo dirige archivo.	Personal de archivo clínico, o responsable de la recepción del paciente	En el servicio de archivo o recepción de la unidad de salud	Reducir el tiempo de espera para la atención del paciente
<b>Identificar al paciente &gt;=20 años de la consulta externa</b>	Cuando el paciente llega al área de enfermería	Verificando los datos del paciente	Enfermera del CS	En el área de enfermería	Detectar a tiempo nuevos casos nuevos de dm para su atención oportuna

Continúa/



/continuación/

<b>Realizar el tamizaje para DM2 en la población sana &gt;=20 años del programa Prospera</b>	Cuando el paciente llega al área de enfermería	Verificando los datos del paciente	Enfermera del CS	En el área de enfermería	Dar atención integral para los pacientes con factores de riesgo
<b>Realizar el tamizaje para DM2 en la población &gt;= 20 años que acude por primera vez al CS o unidad de atención</b>	Posterior a la toma de signos vitales	Se explica al paciente el procedimiento, se realiza asepsia de la región y se punza con lanceta, se deposita muestra en la tira reactiva del glucómetro.	Enfermera del CS	En el área de enfermería	Diagnosticar en forma oportuna la diabetes mellitus
<b>Tomar glucosa capilar</b>	Posterior al resultado de cuestionario de riesgo, si es >=a 10 puntos	Glucómetro y técnica para toma de glucosa capilar	Enfermera del CS	En el área de enfermería	Dar atención médica oportuna para pacientes con factores de riesgo de factores de riesgo
<b>Tomar HbA1c rápida</b>	Posterior al resultado de cuestionario de riesgo, si es >=a 10 puntos	Se explica al paciente el procedimiento, se realiza asepsia de la región y se punza con lanceta, recoger la sangre del pinchazo con un aplicador y posteriormente introducir la muestra de sangre en el tubo. Una vez hecho esto colocamos el tubo en la máquina y esperamos 5 minutos para obtener el resultado	Enfermera del CS	En el área de enfermería	Disminuir el tiempo para el diagnóstico del paciente
<b>Realizar somatometría y toma de presión arterial</b>	El paciente llega al área de enfermería	Se recibe al paciente, se dan indicaciones para somatometría, se pesa se mide y pasa al área para toma de signos vitales	Enfermera del CS	En el área de enfermería	Detectar casos nuevos para su atención oportuna
<b>Enviar al paciente a consulta médica</b>	Después de somatometría, signos vitales y cuestionarios de acuerdo con edad	Se indica la ruta al consultorio correspondiente	Enfermera del CS	En el área de enfermería	Iniciar un control y tratamiento de acuerdo con el diagnóstico
<b>Realizar historia clínica completa, que incluya antecedentes personales, heredofamiliares, condiciones socioeconómicas, y la exploración física completa con énfasis en fondo de ojo y revisión de pies</b>	En la consulta médica	Se inicia el interrogatorio directo y realiza exploración física por aparatos y sistemas	Médico del CS, CAD o Uneme	Consultorio médico	Realizar consulta integral para el diagnóstico oportuno de los pacientes

/continúa/

/continuación.

<b>Solicitar al laboratorio cita para la toma de glucosa plasmática o HbA1c</b>	Al término de la exploración	Acuerdo previo con laboratorio	Médico del CS, CAD o Uneme	Consultorio médico	Disminuir el tiempo para el diagnóstico del paciente
<b>Gestionar la cita a laboratorio durante la atención médica:</b> a) Verificar la cita del paciente b) Establecer los mecanismos para la cita a laboratorio	Al término de la consulta	Mediante coordinación telefónica con laboratorio	Médico del CS, CAD o Uneme	Consultorio médico	Disminuir el tiempo para el tratamiento y diagnóstico del paciente
<b>Identificar factores de riesgo en los integrantes de la familia,</b>	Durante las visitas domiciliarias, durante la somatometría y en la consulta médica	Realizando cuestionario de factores de riesgo e interrogatorio directo	Taps, Cuidadoras de salud, enfermera del CS y médico	En campo, área de enfermería y consultorio médico	Contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente diabético y su familia
<b>Definir acciones dirigidas a la familia para mejorar el apego al tratamiento</b>	Posterior a establecer el diagnóstico	Por pláticas de orientación en visita domiciliaria	Taps, Cuidadoras de Salud	En campo, área de enfermería y consultorio médico	Sensibilizar sobre el autocuidado y autorresponsabilidad de la salud del paciente
<b>Realizar el diagnóstico de salud familiar</b>	Después de evaluar factores de riesgo en los integrantes de la familia	Aplicando cuestionario de factores de riesgo a integrantes de la familia $\geq$ a 20 años	Taps, Cuidadoras de Salud	Domicilio del paciente	Detectar casos nuevos para su atención oportuna
<b>Coordinar acciones con el personal de enfermería para la gestión de estilos de vida saludable</b>	Se identifica familia con factores de riesgo	Por comunicación directa	Taps, Cuidadoras de Salud, enfermeras	En la unidad de salud correspondiente	Determinar las condiciones del paciente para su atención en la unidad de salud
<b>Informar al paciente sobre la visita del personal de salud a su domicilio para orientación y apoyo sobre el padecimiento integral</b>	En la consulta médica	Por comunicación directa	Médico del CS, CAD o Uneme	Consultorio médico	Prevención antes de la manifestación de la enfermedad
<b>Comunicación y coordinación de la CAD y Uneme con las TAPS y CS para el apoyo del entorno familiar</b>	Se tiene identificada a familia con factores de riesgo	Indicando visita domiciliaria a coordinador de taps	Médico de la CAD, Uneme, TAPS, Cuidadoras de salud, enfermeras	Unidad de salud	Delimitar responsabilidades, así como el ámbito de competencias de las distintas áreas

Tema	Pregunta clínica	Evidencia	Categoría de la evidencia y fuerza de la recomendación	Recomendación
<b>Métodos De Tamizaje Para DM2</b>	¿Cuál es la evidencia con relación a utilizar la glicemia capilar como prueba de detección de DM2?	No existe evidencia	Ninguna	No utilizar como para realizar diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2
	¿Cuál es la evidencia con relación al uso de la HbA1c como método de prueba para el diagnóstico de DM2	La diabetes puede ser diagnosticada en base a criterios de glucosa en plasma, ya sea el valor de glucosa en plasma en ayunas (FPG) o el valor de glucosa en plasma en 2 h (PG 2-h) durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (OGTT) de 75 g, o criterios A1C	B Evidencia de apoyo de estudios de cohorte bien realizados	Utilizar como prueba de elección, desde el inicio del diagnóstico
	¿Cuál es el intervalo de tiempo considerado para la detección de DM2 entre las diferentes pruebas diagnósticas?	No existe intervalo de tiempo, ya que tanto HbA1C Y Curva de tolerancia a la glucosa tienen el mismo grado de eficacia	B Evidencia de apoyo de estudios de cohorte bien realizados	Si se cuenta con Hb a1c, no solicitar otra prueba para corroborar diagnóstico
<b>Diagnóstico Clínico</b>	¿Cuáles son los criterios diagnósticos para DM2?	Curva de tolerancia a la glucosa $\geq$ 200 mg/dl a las 2 horas de una sobrecarga oral de glucosa. Síntomas de diabetes + una determinación de glucosa al azar $>$ 200 mg/dl en cualquier momento del día. Glucosa sérica en ayuno de 8 horas $\geq$ 126 mg/dl.	B Evidencia de apoyo de estudios de cohorte bien realizados	Conocer claramente dichos valores, ya establecidos
	¿Qué condiciones pueden afectar los niveles de HbA1c?	Anemia de células falciformes, el embarazo, (segundo, tercer trimestre y postparto). Deficiencia de la 6-glucosa-fosfato-deshidrogenasa, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida), hemodiálisis y terapia con eritropoyetina,	B Evidencia de apoyo de estudios de cohorte bien realizados	Realizar un adecuado interrogatorio en busca de factores que alteren dicho resultado.
	¿Cuándo existe marcada discordancia entre los niveles de HbA1c y glucosa plasmática, que criterio diagnóstico debe utilizarse?	Criterios glucémicos: glucosa sérica en ayuno de 8 horas $\Rightarrow$ $>$ 126 mg/dl o curva de tolerancia a la glucosa con 75 g de glucosa $\Rightarrow$ $>$ 200 mg/dl	B Evidencia de apoyo de estudios de cohorte bien realizados	
	¿La exploración física con énfasis en la revisión de fondo de ojo y revisión de pies debe hacerse antes o después del diagnóstico confirmatorio de DM2?	Posterior al diagnóstico de diabetes mellitus; sin embargo, en casos francos de evidencia clínica, se debe realizar exploración.	B Evidencia de apoyo de estudios de cohorte bien realizados	Conocer la técnica adecuada para exploración de fondo de ojo y podológica
	¿Cuál es el intervalo de tiempo considerado para la confirmación diagnóstica?	Inmediato	B Evidencia de apoyo de estudios de cohorte bien realizados	
	¿Cuántas veces debe realizarse la prueba diagnóstica para confirmación de DM2 y con qué intervalo debe realizarse?	No existe una prueba superior a otra, y que cada una de ellas detecta la DM2 en los mismos individuos. Sin embargo, si existen discordancia en 2 pruebas anormales de la misma muestra sanguínea, se debe repetir. Y se debe realizar seguimiento en 3 meses.	B Evidencia de apoyo de estudios de cohorte bien realizados	Si los resultados son discordantes repetir a la brevedad, esto se presenta más en prediabetes

Continúa/

/continuación.

Tema	Pregunta clínica	Evidencia	Categoría de la evidencia y fuerza de la recomendación	Recomendación
Apoyo Familiar	¿Apoyo al entorno familiar se debe realizar al diagnóstico?	Sí	C	Ver como una totalidad para generar redes de apoyo
	¿Es el estrés un factor detonante de hiperglicemia?	No	No existe grado de evidencia que respalde dicha aseveración	Diagnosticar depresión o ansiedad
	¿Cuál es el efecto del estrés en el control glucémico?	Se manifiesta con un mal apego a tratamiento		Considerar diagnóstico para ansiedad, o depresión, como factor interferente
	¿Cuáles son las estrategias no farmacológicas más efectivas para el control de la DM2?	Dieta, ejercicio 30 min diarios, control de peso, cambio de estilo de vida saludable	B Evidencia de apoyo de estudios de cohorte bien realizados	
	¿Cómo se define el diagnóstico de salud familiar?	Es el análisis de los síntomas y signos del sistema total que es la familia, no solo en un individuo, si no, en la estructura de las relaciones de todos sus miembros.	C	
	¿Qué profesional de la salud debe realizar el diagnóstico de salud familiar?	TAPS o Cuidadoras de Salud		
	¿Cuál es la utilidad del diagnóstico de salud familiar en el control y apego al tratamiento del paciente con DM2?	Incidir en la intervención preventiva familiar, así como en la sensibilización del entorno del paciente	C	

<b>Cita compartida y Grupo de Apoyo</b>					
<b>¿QUÉ DEBE HACERSE?</b>	<b>¿CUÁNDO DEBE HACERSE?</b>	<b>¿CÓMO DEBE HACERSE?</b>	<b>¿QUIÉN DEBE HACERLO?</b>	<b>¿DÓNDE DEBE HACERSE?</b>	<b>¿CUÁL ES LA MEJORA?</b>
<b>Creación de cronograma de actividades</b>	Anualmente	De acuerdo con el número de pacientes atendidos mensualmente (cuantos grupos por médico) incluye el listado de pacientes por grupo	Médico	En la unidad médica	
<b>Invitación a pacientes a grupo GAM</b>	En la consulta integración diagnóstica	Indicación de cita con horario y fecha, explicación con relación a la consulta grupal	Médico/enfermera	En la consulta	
<b>Registro de asistencia de pacientes</b>	El día de la consulta grupal	Lista de asistencia y firma del paciente	Enfermera	Al inicio de la sesión	
<b>Expediente clínico del paciente citado</b>	Previo a la cita programada del paciente	Se solicitará al área de archivo los expedientes de los pacientes citados por medio de listado	Personal de archivo	Se entregará expediente a enfermería	
<b>Registro del paciente en el área de archivo</b>	Previo a la plática/taller	15 min antes de la cita presentarse con carnet/ número de expediente	Personal de archivo	En la unidad médica	
<b>Toma de signos vitales/tiras reactivas rápidas/somatometría/tarjeta de crónicos</b>	Al inicio de la consulta grupal	Se registrarán en el expediente, valorar cumplimiento de plan de cuidados, actualización de la tarjeta de crónicos	Enfermera	En el expediente electrónico o físico	
<b>Consulta grupal</b>	Posterior a la toma de signos vitales	Anamnesis y revisión de evolución de los integrantes del grupo, análisis de las pruebas rápidas, valorar si se requiere una consulta individual para valoración semestral de metas de control	Equipo multidisciplinario		
<b>Clasificar al paciente que amerite la consulta individual</b>	Durante la consulta grupal de acuerdo con la necesidad del paciente	Búsqueda intencionada e invitación al paciente	Médico	Durante el taller	
<b>Capturar datos de somatometría y signos vitales</b>	Durante la consulta grupal por el grupo interdisciplinario	Con el expediente electrónico o físico	Enfermera	Consultorio o módulo de signos vitales	
<b>Iniciamos actividad física</b>	Al finalizar la consulta grupal	De acuerdo con las fases del ejercicio	Equipo multidisciplinario		
<b>Entrega de recetas / solicitud de laboratorios</b>	Al final de la actividad física	Individualizada	Médico		
<b>Programar próxima cita</b>	Al final de la actividad física	De forma grupal	Médico	En consulta médica	

## 2.1 Criterios diagnósticos para diabetes mellitus tipo 2

En sospecha de pacientes con diabetes mellitus se recomienda utilizar:

A menos que exista un diagnóstico clínico claro por la presencia de síntomas clásicos de hiperglucemia y una glucosa plasmática  $\geq 200\text{mg/dl}$ , el diagnóstico requiere de dos resultados anormales de la misma muestra o en dos muestras de pruebas separadas. Si se utilizan dos muestras de pruebas separadas, se recomienda que la segunda prueba, que puede ser la repetición de la prueba inicial o una prueba diferente, sea tomada sin demora. Si un sujeto tiene resultados discordantes entre dos pruebas diferentes se debe repetir la prueba cuyo resultado este por encima del punto de corte para el diagnóstico.

El diagnóstico se establece considerando las siguientes pruebas y puntos de corte

- HbA1c%  $\geq 6.5\%$
- GPA (glucosa plasmática en ayuno)  $\geq 126\text{mg/dl}$
- CTOG (Curva de tolerancia oral a la glucosa)  $\geq 200\text{mg/dl}$
- Síntomas (poliuria, polidipsia, polifagia) con una glucosa plasmática al azar  $>200\text{mg/dl}$
- Se recomienda usar la HbA1c para diagnosticar DM sobre la GPA, ya que predice mejor las complicaciones micro y macrovasculares.

Se recomienda usar CTOG cuando existan variaciones entre HbA1c y GPA.

Existen numerosos reportes de condiciones que interfieren con la HbA1c, por lo que se recomienda una glucosa plasmática en ayuno o una CTOG.

Estas condiciones se dividen en grupos:

**a. CONDICIONES QUE PUEDEN INFLUENCIAR LA INTERPRETACION:**

- Falla renal crónica
- Anemia por deficiencia de Hierro
- Uso de antirretrovirales

**b. CONDICIONES QUE INTERFIEREN CON LA MEDICION:**

- Uremia
- Variantes de Hemoglobina
- Uso de opiáceos

**c. CONDICIONES QUE AUMENTAN EL RECAMBIO DE GLOBULOS ROJOS:**

- Embarazo (entre el segundo y tercer trimestre)
- Hemodiálisis
- Transfusiones recientes
- Tratamientos con eritropoyetina
- Enfermedades de células falciformes

## Anexo 2.2 Metas de control glucémico, lípidos, función renal

HB1AC	≤ 7%
TRIGLICÉRIDOS	≤ 150MG/DL
COLESTEROL TOTAL	≤ 200 MG /DL
LDL COLESTEROL	≤ 100 MG/DL
ALBUMINURIA	< 30MG/G
PRESION ARTERIAL	≤ 130/80MMHG
IMC	<25 KG/M2
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA	< 90cm Hombres y <80cm Mujeres

## Anexo 2.3 Insulinas

Tipo	Presentación	Dosis	Efectos adversos	Contraindicación
Ihumana				
Insulina glargina				
Insulina lispro				

## Anexo 2.4. Tratamiento con hipoglucemiantes

Sulfonilureas							
Grupo	Principal mecanismo de acción	Principal indicación	No se recomienda su uso en caso de:	Efecto en HbA1c	Efecto en peso	Presentación (tabletas)	Dosis diaria(mg)
Sulfonilureas							
Biguanidas							
Tiazolidinedionas							
Inhibidores de la DPP-4 (gliptinas)							
Meglitidinas							
Análogos del GLP 1							
Inhibidores de la absorción intestinal de monosacáridos (inhibidores de alfa glucosidas intestinales)							

## Anexo 2.5. Criterios de referencia

### Criterios de referencia

#### ENVÍO A Uneme

1. Paciente con síndrome metabólico
2. Paciente con obesidad, HAS, DM y con dislipidemia, los cuales no han podido obtener las metas de tratamiento
3. Pacientes con manifestaciones de neuropatía periférica
4. Pacientes que requieran insulina en tratamiento
5. Pacientes con HAS o DM controlados, pero con presencia de microalbuminuria y/o con sospecha de cardiopatía que no tengan tratamiento con cardiopatía. Referidos con cuantificación de creatinina menor a 1.8 mg/dl
6. Pacientes con DM y HAS que se presentan como comorbilidad, obesidad, IMC >30

#### CRITERIOS DE ENVIO PARA SEGUNDO NIVEL

1. Pacientes con DM1 descontrolada
2. Pacientes con dislipidemia primaria que no presente respuesta a tratamiento
3. Paciente con DM que tenga dislipidemia primaria o que esta no se explique por descontrol metabólico
4. Hipertensión de difícil control o deterioro de la función renal
5. Estudios 3, 4 y 5 de la clasificación para enfermedad renal crónica
6. Datos de neuropatía autonómica
7. Neuropatía sensitiva que no se resuelva con la mejoría del control glucémico en un plazo razonable (4 a 8 semanas)
8. Albuminuria mayor a 300 mg/día en recolección de orina de 24 hrs. Con elevación de creatinina sérica >1.5 mg/dl a pesar de tratamiento específico
9. Datos de insuficiencia cardiaca, que haya historia de eventos cardiovasculares
10. Lesiones de los pies con solución de continuidad
11. Mujeres embarazadas con diabetes
12. Albuminuria >300 mg/24 hrs
13. Concentración de creatinina sérica >1.5 mg/dl
14. TFG<60 ml/min (EFC etapa 3 p más)
15. Nefropatía diabética autonómica
16. Enfermedad vascular periférica
17. Pie diabético Wagner >2
18. Retinopatía diabética no proliferativa moderada a severa
19. Retinopatía diabética proliferativa
20. Enfermedad coronaria
21. Insuficiencia cardiaca grado III y IV
22. Antecedente de AVC



**A MEDICINA INTERNA**

1. Pacientes diabéticos de difícil control a pesar de tratamiento
2. Pacientes con comorbilidades HAS, dislipidemia, de difícil control
3. Pacientes diabéticos con creatinina >1.5 mg/dl
4. Pacientes diabéticos con pie diabético
5. Pacientes con nefropatía diabética
6. Pacientes diabéticas embarazadas
7. Pacientes diabéticos que requieren aplicación de insulina y no aceptan

## Anexo 3.

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

INDICADORES PARA TAMIZAJE EN COMUNIDAD		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	Tamizaje	Proceso
No. INDICADOR	<b>T1</b>	
NOMBRE	Personas mayores de 20 años tamizadas en la comunidad	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de personas mayores de 20 años tamizadas en la comunidad	
FÓRMULA:		
NUMERADOR	Personas mayores de 20 años tamizadas	
DENOMINADOR	Total de personas mayores de 20 años programadas para visita domiciliaria	
FUENTE DE DATOS	Hoja de registro diario de actividades de campo (TAPS/cuidadores) Archivo de cuestionarios de factores de riesgo	
ORIGEN Y REFERENCIA	Elaboración propia Vía Clínica de Atención a pacientes con DM2 en la Jurisdicción Sanitaria Amecameca, Estado de México	
OBSERVACIONES	<p><b>Tamizaje:</b></p> <p>Personas mayores de 20 años a las que se les aplicó el cuestionario de factores de riesgo cardiovascular (FRCV):</p> <p>TAPS: técnico de atención primaria a la salud</p> <p>Cuidadores: técnico de atención primaria a la salud</p> <p>Responsable: TAPS/cuidadores con la supervisión de la jefa de enfermeras</p> <p>Temporalidad: este indicador será medido cada mes</p>	

INDICADORES PARA TAMIZAJE EN LA UNIDAD MÉDICA		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	Tamizaje	Proceso
No. INDICADOR	<b>T2</b>	
NOMBRE	Personas tamizadas en la comunidad con CFR positivo a quienes se les da cita para atención en la unidad médica	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de personas mayores de 20 años con tamizaje positivo a los que se les da cita para atención en la unidad médica	
FÓRMULA:		
NUMERADOR	Personas mayores de 20 años con tamizaje positivo con cita para la atención en la unidad médica	
DENOMINADOR	Total de personas mayores de 20 años tamizadas en la comunidad	
FUENTE DE DATOS	Lista de citas otorgadas. Archivo de cuestionarios de factores de riesgo (área de enfermería)	
ORIGEN Y REFERENCIA	Elaboración propia Vía Clínica de Atención a pacientes con DM2 en la Jurisdicción Sanitaria Amecameca, Estado de México	
OBSERVACIONES	<p><b>Tamizaje de factores de riesgo</b></p> <p>Es la recolección de datos verbales para establecer si un individuo tiene factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2</p> <p>Cuestionario de factores de riesgo cardiovascular aplicado (FRCV): herramienta para estandarizar la detección de factores de riesgo; obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial entre otros.</p> <p><b>Tamizaje positivo:</b> <math>\geq 10</math> puntos en el Cuestionario de FRCV</p> <p>Temporalidad: medición mensual</p> <p>Responsable: enfermeras con la supervisión de la jefa de enfermeras</p>	

INDICADORES PARA TAMIZAJE EN UNIDAD		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	Tamizaje	Proceso
No. INDICADOR	<b>T3</b>	
NOMBRE	Personas tamizadas en la comunidad a los que se les completa el tamizaje en la unidad médica	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de personas mayores de 20 años tamizados y citados en la comunidad a los que se les completa el tamizaje en la unidad médica	
FÓRMULA:		
NUMERADOR	Personas mayores de 20 años con tamizaje completo	
DENOMINADOR	Total de personas mayores de 20 años tamizados en la comunidad con resultado positivo que acuden a la unidad médica	
FUENTE DE DATOS	Hoja de registro diario de actividades de enfermería (enfermeras, libreta) Cuestionario de factores de riesgo	
ORIGEN Y REFERENCIA	Elaboración propia Vía Clínica de Atención a pacientes con DM2 en la Jurisdicción Sanitaria Amecameca, Estado de México	
OBSERVACIONES	<p><b>Tamizaje completo:</b></p> <p>Personas mayores de 20 años a las que se les aplicó el cuestionario de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y prueba rápida para hemoglobina glucosilada, perfil de lípidos.</p> <p>Se deben excluir las personas diagnosticadas con DM2  <b>Cuando vienen los pacientes referidos por la TAPS/Cuidadoras completar el cuestionario de factores de riesgo. Se deben identificar los cuestionarios que se hacen en la comunidad y los que se completan en la unidad.</b></p> <p>Responsable: enfermeras con la supervisión de la jefa de enfermeras</p> <p>Temporalidad: este indicador se medirá semanalmente</p>	

INDICADORES PARA TAMIZAJE EN UNIDAD		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	Tamizaje	Proceso
No. INDICADOR	<b>T5</b>	
NOMBRE	Personas con diagnósticos de DM2 captados por tamizaje (pesquisa)	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de personas mayores de 20 años con diagnóstico de DM2 de primera vez que fueron captados por tamizaje	
FÓRMULA:	Personas mayores de 20 años con diagnóstico de DM2 captados por tamizaje	
NUMERADOR		
DENOMINADOR	Total de personas mayores de 20 años con diagnóstico de DM2	
FUENTE DE DATOS	Hoja de registro diario de actividades de enfermería (enfermeras) SIC	
ORIGEN Y REFERENCIA	Elaboración propia Vía Clínica de Atención a pacientes con DM2 en la Jurisdicción Sanitaria Amecameca, Estado de México	
OBSERVACIONES	<p><b>Tamizaje:</b> Es la recolección de datos verbales y mediciones bioquímicas para establecer si un individuo padece diabetes mellitus tipo 2</p> <p>Cuestionario de factores de riesgo cardiovascular (FRCV): Herramienta para estandarizar la detección de diabetes mellitus tipo 2</p> <p>SIC: la variable pesquisa refiere a los pacientes con DM2 que aparecen en el sistema que fueron captados por tamizaje.</p> <p>Temporalidad: cada seis meses Responsable: jefe del Programa de enfermedades crónicas y enfermeras con la supervisión de la jefa de enfermeras</p>	

<b>INDICADORES PARA ENTORNO FAMILIAR</b>	
<b>FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN</b>	Entorno familiar Proceso
<b>No. INDICADOR</b>	<b>EF1</b>
<b>NOMBRE</b>	Familiares visitados y tamizados (de pacientes de recién diagnóstico)
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Porcentaje de familiares visitados y tamizados por TAPS o cuidadora
<b>FÓRMULA:</b>	Número de familiares mayores de 20 años de pacientes con DM2 de reciente diagnóstico visitados y tamizados
<b>NUMERADOR</b>	
<b>DENOMINADOR</b>	Total de familiares mayores de 20 años de pacientes con DM2 de recién diagnóstico
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Hoja de registro diario de actividades de campo (TAPS/Cuidadores) Tarjetero de crónicas (ingresos nuevos)
<b>ORIGEN Y REFERENCIA</b>	Elaboración propia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vía Clínica de Atención a pacientes con DM2 en la Jurisdicción Sanitaria Amecameca, Estado de México</li> <li>• Lineamientos de TAPS</li> </ul>
<b>OBSERVACIONES</b>	Fase 3 entorno familiar Visita domiciliaria: por TAPS Y/O cuidadoras TAPS/cuidadores: técnico de atención primaria a la salud  Se deben excluir pacientes referidos de campo  Programación trimestral Responsable: TAPS/cuidadoras con la supervisión de la jefa de enfermeras  Temporalidad: este indicador se medirá cada tres meses

<b>INDICADORES ENTORNO FAMILIAR</b>		
<b>FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN</b>	Entorno familiar	Proceso
<b>No. INDICADOR</b>	<b>EF2</b>	
<b>NOMBRE</b>	Familiares de pacientes con tamizaje positivo citados a la unidad médica	
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Porcentaje de familiares con tamizaje positivo citados a la unidad médica	
<b>FÓRMULA:</b>	Familiares con tamizaje positivo citados a la unidad médica	
<b>NUMERADOR</b>		
<b>DENOMINADOR</b>		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Citas otorgadas de: Cuestionario de FR para ECNT Archivo clínico	
<b>ORIGEN Y REFERENCIA</b>	Elaboración propia Vía Clínica de Atención a pacientes con DM2 en la Jurisdicción Sanitaria Amecameca, Estado de México	
<b>OBSERVACIONES</b>	Factores de riesgo (FRCV): Citado debe tener puntaje de 10 o más en el cuestionario de FR para ECNT  Temporalidad: este indicador se medirá cada semana	

<b>FICHA TÉCNICA DE INDICADORES: Diagnóstico</b>		
<b>FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN</b>	Diagnóstico	PROCESO
<b>No. INDICADOR</b>	<b>DM 1</b>	
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Diagnóstico correcto de DM2	
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Porcentaje de pacientes en los cuales se utilizaron criterios y pruebas recomendados por la GPC para establecer el diagnóstico de DM2	
<b>NUMERADOR</b>	Total de pacientes diagnosticados con DM2 en los que se utilizaron criterios y pruebas recomendados por la GPC	
<b>DENOMINADOR</b>	Total de pacientes diagnosticados con DM2	
<b>NIVEL DE EVIDENCIA; FUERZA RECOMENDACIÓN</b>	1 AACE, 2011; A AACE, 2011, A, ADA, 2012	
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Expediente clínico	
<b>ELABORACIÓN DEL INDICADOR</b>	Propio	
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	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	
<b>OBSERVACIONES</b>	<p><b>Criterios diagnósticos y pruebas recomendadas por la GPC:</b></p> <p><b>Identificar la fecha del diagnóstico</b></p> <p><b>Criterios ADA 2019</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Concentración de glucosa plasmática en ayuno (posterior a 8 horas o más de ingesta no calórica) de <math>\geq 126</math> mg/dl o,</li> <li>2. Concentración de glucosa plasmática 2-h <math>\geq 200</math> mg/dl posterior a la ingesta de 75 g de una carga de glucosa oral matutina en ayuno de 8 horas o,</li> <li>3. Síntomas de hiperglucemia descontrolada (poliuria, polidipsia y polifagia) y una concentración de glucosa plasmática aleatoria <math>\geq 200</math> mg/dl o,</li> <li>4. Niveles de A1C <math>\geq 6.5\%</math> (48mmol/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).</li> </ol> <p>En un paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o una crisis de hiperglucemia, una muestra aleatoria de glucosa plasmática <math>\geq 200</math> 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 hiperglucemia 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> <p><b>Excluir Uneme y CAD</b></p>	



INDICADORES PARA VALORACIÓN BASAL INTEGRAL		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	Valoración basal	PROCESO
No. INDICADOR	<b>VB1</b>	
NOMBRE	Valoración basal completa en el paciente con DM2	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con DM2 que cuentan con valoración basal integral en un período máximo de un mes a partir del diagnóstico	
FÓRMULA:	Pacientes con diagnóstico de DM2 que cuentan con valoración basal integral en un período máximo de un mes	
NUMERADOR		
DENOMINADOR		
FUENTE DE DATOS	Expediente clínico (cuestionario de psicología, evaluación nutricional, activación física, odontología)	
ORIGEN	Elaboración propia. Referencias que documenten el indicador propuesto	
OBSERVACIONES	<p><b>Valoración Basal Integral:</b> La Valoración Basal Integral se refiere a la valoración que integra las áreas de psicología, nutrición, odontología y activación física una vez que se establece el diagnóstico de DM2.</p> <p>Si la unidad médica o centro de salud no cuenta con nutriólogo, psicólogo, y activador físico, la enfermera capacitada será la que realice la valoración de las tres áreas. Para llevar a cabo la valoración se deben aplicar los siguientes cuestionarios:</p> <p><b>Área de Psicología</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mini mental de Folstein</li> <li>• Herramienta de detección de violencia</li> <li>• Escala de depresión geriátrica abreviada</li> <li>• Prueba de salud mental</li> </ul> <p><b>Área de Nutrición</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Historia clínica nutricional y/o referencia a nutrición de acuerdo con los criterios de referencia establecidos</li> <li>2. Criterios para la referencia a nutrición <ul style="list-style-type: none"> <li>• HbA1c mayor a 9%</li> <li>• IMC mayor A 30KG/m2</li> <li>• Dislipidemia</li> <li>• Paciente que no logre control en 6 meses</li> <li>• Otras enfermedades</li> </ul> </li> </ol> <p><b>Odontología</b> Odontólogo recibe al paciente referido por el médico y realiza la valoración y establece medidas de prevención, identifica los que requieren un plan de tratamiento odontológico y otorga cita.</p> <p><b>Activador físico:</b> define el plan de activación físico de acuerdo con las necesidades del paciente y de acuerdo con la valoración de aptitud física realizada por el médico</p> <p>Temporalidad: cada seis meses Responsable: médico</p>	

INDICADORES PROPUESTOS POR OTROS AUTORES		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	Red de atención	PROCESO
No. INDICADOR	EFIC1	
NOMBRE	Comunicación de especialista con médico familiar para plan de manejo y tratamiento (contrarreferencia)	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con DM2 en los que el médico especialista envía contrarreferencia al centro de salud para el plan de manejo y seguimiento	
FÓRMULA:	Número de pacientes con DM2 con contrarreferencia al centro de salud para el plan de manejo y seguimiento	
NUMERADOR		
DENOMINADOR		
FUENTE DE DATOS	Expediente clínico, hoja de referencia y contrarreferencia	
ORIGEN Y REFERENCIA	1. Mukerji G, <i>et al.</i> Developing a set of indicators to monitor quality in ambulatory diabetes care using a modified Delphi panel process. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> , 2018, 30(1), 65-74.	
OBSERVACIONES	La evidencia de la comunicación del especialista al centro de salud es la hoja de referencia y contrarreferencia.	

<b>Ficha técnica de indicadores de proceso</b>		
<b>FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN</b>	VALORACIÓN BASAL INTEGRAL	Efectividad
<b>N.º</b>	DM 6	
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Exploración de fondo de ojo para detección de retinopatía diabética	
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Personas con DM2 a quienes se les realizó revisión de fondo de ojo durante los dos meses posteriores a la fecha del diagnóstico.	
<b>Nivel de evidencia; Fuerza recomendación</b>	IA	
<b>Numerador</b>	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	
<b>Denominador</b>	Total de pacientes con DM2 atendidos en la unidad médica	
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Expediente clínico	
<b>ELABORACIÓN DEL INDICADOR</b>	Propio de la Vía Clínica Amecameca	
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	100%	
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<p>Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.</p> <p>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.</p> <p>Detección de retinopatía diabética en primer nivel de atención. Evidencias y recomendaciones. Catálogo maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-735-14.</p>	
<b>OBSERVACIONES</b>	<p>Las personas que se diagnostican con diabetes deben someterse a su primer examen de retina al momento de confirmar ser portadores de diabetes mellitus. El examen de fondo de ojo deberá ser realizado bajo midriasis medicamentosa para establecer la existencia de lesiones. No aplica en pacientes con cataratas</p>	

<b>Ficha técnica de indicadores de proceso</b>		
<b>FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN:</b>	TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	PROCESO
<b>N.º</b>	DM 4 (de 10) N1VC	
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Personas con DM2 con indicación médica de consulta con nutrición y actividad física aeróbica	
<b>FORMA DE MEDICIÓN (inspección, observación, muestreo de registros)</b>	Muestreo de registros (expedientes clínicos)	
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Indicación médica de consulta con nutriólogo y actividad física aeróbica en pacientes diabéticos	
<b>Numerador</b>	Pacientes con indicación en nota médica de consulta en nutrición y actividad física aeróbica	
<b>Denominador</b>	Total de pacientes con diagnóstico de DM2 atendidos en la unidad médica	
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Expediente clínico	
<b>ELABORACIÓN DEL INDICADOR</b>	Propia de la Vía Clínica	
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	100%	
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	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.	
<b>CRITERIOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consulta con nutriólogo: establece el diagnóstico nutricio considerando el IMC. si el IMC es de 18.5 a 24.9 kg/m<sup>2</sup> 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/m<sup>2</sup> 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 tres meses.</li> <li>2. 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 tres días a la semana y no más de dos días consecutivos. En ausencia de contraindicaciones, los pacientes con DM2 deben ser alentados a realizar entrenamiento de resistencia al menos dos veces a la semana.</li> </ol>	

<b>INDICADORES Tratamiento no Farmacológico</b>		
<b>FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN</b>	TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	PROCESO
<b>No. INDICADOR</b>	AF1	
<b>NOMBRE</b>	Asistencia a actividad física en pacientes con DM2	
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Porcentaje de personas que acuden para realizar actividad física por primera vez	
<b>FÓRMULA:</b>	Número pacientes que acuden a realizar activación física	
<b>NUMERADOR</b>		
<b>DENOMINADOR</b>		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Hoja de registro de asistencia para actividad física (monitor y /o personal capacitado) Programación del médico	
<b>ORIGEN Y REFERENCIA</b>	Elaboración propia Vía Clínica de Atención a pacientes con DM2 en la Jurisdicción Sanitaria Amecameca, Estado de México	
<b>OBSERVACIONES</b>	Referencia por primera vez: pacientes con diagnóstico de DM2 que son enviados para actividad física	
	Temporalidad: se medirá cada mes	

Ficha técnica de indicadores de proceso		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN:	INCLUSIÓN AL GAM	PROCESO
N.º	GAM1	
NOMBRE DEL INDICADOR	<b>Porcentaje de pacientes con DM2 integrados a GAM</b>	
DESCRIPCIÓN	Evaluar el número de pacientes con DM2 de recién diagnóstico invitados a incorporarse al GAM	
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 (dos meses o menos)	
FUENTE DE DATOS	Expedientes	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Propio de la vía clínica	
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	<b>Integrado a grupo GAM: Si aparece registrado como integrado grupo GAM en el SIC, verificado en el expediente.</b> 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 GAM	

INDICADORES TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	TRATAMIENTO EN DIABETES	PROCESO
No. INDICADOR	TXDM1	
NOMBRE	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INICIAL ADECUADO A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento farmacológico inicial adecuado	
FÓRMULA:		
NUMERADOR	Número de pacientes con DM2 en tratamiento farmacológico inicial adecuado	
DENOMINADOR	Total de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que inician tratamiento farmacológico	
FUENTE DE DATOS	Tarjetero de crónicos y expediente clínico	
ORIGEN Y REFERENCIA	Elaboración propia GPC IMSS-718-18 ADA 2019	
OBSERVACIONES	<p>Se sugieren cambios de estilo de vida y alimentación saludable.</p> <p><b>Se inicia tratamiento farmacológico ADECUADO de acuerdo con:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HbA1c 6.5 – 7.5%: monoterapia (metformina, GLP1, DPP4, TZD, In <math>\alpha</math>-glucosidasa)</li> <li>• HbA1c 7.6 – 9%: tratamiento dual (metformina + otro hipoglucemiante oral individualizado)</li> <li>• HbA1c <math>\geq</math>9%: tratamiento triple (insulina + dos hipoglucemiantes orales)</li> </ul> <p>INDICADOR PARA INSULINA OTROS CASOS *** Individualizar tratamiento de acuerdo a paciente</p>	

INDICADORES TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO													
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	TRATAMIENTO EN DIABETES	PROCESO											
No. INDICADOR	TXDM1												
NOMBRE DEL INDICADOR	Manejo farmacológico adecuado en pacientes Diabéticos tipo 2 con factores de riesgo cardiovascular												
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes diabéticos con riesgo cardiovascular con manejo farmacológico adecuado												
NUMERADOR	Pacientes con DM2 y factores de riesgo cardiovascular con manejo farmacológico adecuado												
DENOMINADOR	Total de pacientes con DM2 con factor de riesgo cardiovascular												
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												
FUENTE DE DATOS	Expedientes de pacientes diabéticos y tarjetero de pacientes crónicos												
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Propio de la vía clínica												
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	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Anexo tabla de factores de riesgo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Factores de riesgo mayores</td> <td>Edad y sexo 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 &lt; 40mg/dl Triglicéridos &gt; 150 mg/dl</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>El manejo adecuado de los pacientes con DM2 y riesgo cardiovascular debe contener: Metformina en pacientes con DM2 con sobrepeso u obesidad para reducir complicaciones vasculares, hiperinsulinemia, peso corporal y mejorar el perfil de lípidos. Estatinas (pravastatina, simvastatina, fluvastatina, atorvastatina, cerivastatina, pitavastatina y rosuvastatina) en pacientes con DM2 con uno o más factores de riesgo cardiovascular, sin riesgo pero con &gt;40 años o niveles de colesterol LDL altos, aunque la guía no lo especifica, ni presenta ninguna tabla al respecto, se considera que el LDL alto es &gt; 100 mg/dl.</p>		Anexo tabla de factores de riesgo			Factores de riesgo mayores	Edad y sexo 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													
Factores de riesgo mayores	Edad y sexo 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												



INDICADORES DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	TRATAMIENTO	PROCESO
No. INDICADOR	EFECT3	
NOMBRE	Tratamiento con ACE (inhibidor de enzima convertidora) o ARB (bloqueador de angiotensina II) en pacientes con proteinuria	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de paciente con DM2 y proteinuria que tienen prescripción de ACE o ARB en el último año	
FÓRMULA:	Número de sujetos con DM2 y proteinuria que tienen prescripción de ACE o ARB en el último año	
NUMERADOR		
DENOMINADOR		
FUENTE DE DATOS	Tarjetero de crónicos y expediente clínico	
ELABORACIÓN	Vía clínica	
ORIGEN Y REFERENCIA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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.</li> <li>2. 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</li> </ol>	
OBSERVACIONES	<p><b>Considerar que en algunos casos puede estar contraindicado tomar ACE o ARB</b>                      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.</p>	

<b>INDICADORES DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b>		
<b>FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN</b>	TRATAMIENTO	PROCESO
<b>No. INDICADOR</b>	EFECT4	
<b>NOMBRE</b>	Tratamiento con aspirina en pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica	
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Porcentaje pacientes con DM2y EVCI que toma aspirina diariamente	
<b>FÓRMULA:</b>	Número de sujetos con DM2 y EVCI que toman aspirina diariamente o que se documenta que existe contraindicación durante el último año.	
<b>NUMERADOR</b>		
<b>DENOMINADOR</b>		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Tarjetero de crónicos y expediente clínico	
<b>ORIGEN Y REFERENCIA</b>	1. U.S. Department of Health and Human Services. Measure Inventory. Wahington. <a href="http://www.hhs.gov/2014">http://www.hhs.gov/2014</a>	
<b>OBSERVACIONES</b>	Revisar las contraindicaciones del uso de aspirina en DMS y EVCI	

INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL		
FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN	SEGUIMIENTO Y CONTROL	PROCESO
No. INDICADOR	EFECT1 (recolección inicial)	
NOMBRE	Pacientes con evaluación y monitoreo integral	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de la población con DM2 que durante la auditoria se observa que se ha seguido el proceso de atención completa	
FÓRMULA:	Número de sujetos con DM2 que han recibido el proceso de atención completa	
NUMERADOR		
DENOMINADOR		
FUENTE DE DATOS	Tarjetero de crónicos y expediente clínico	
ORIGEN Y REFERENCIA	1. Mujerki G, et al. Developing a set of indicators to monitor quality in ambulatory diabetes care using a modified Delphi panel process. International Journal for Quality in Health Care, 2018,30(1),65-74.	
OBSERVACIONES	<p><b>Proceso de atención completo se refiere a que en algún momento de la atención al paciente se le han realizado las siguientes acciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma y registro de la presión sistólica y diastólica</li> <li>• Hemoglobina glucosilada</li> <li>• Niveles de colesterol</li> <li>• Índice de masa corporal y peso</li> <li>• Revisión de tabaquismo</li> <li>• Examen de pies</li> <li>• Tamizaje para retinopatía (revisión de fondo de ojo)</li> <li>• Determinación de albumina urinaria</li> <li>• Creatinina plasmática o tasa de filtración glomerular</li> </ul>	

<b>INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL</b>		
<b>FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN</b>	SEGUIMIENTO Y CONTROL	PROCESO
<b>No. INDICADOR</b>	DM2	
<b>NOMBRE</b>	Cumplimiento metas de control glucémico	
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Porcentaje de pacientes que cumplen la meta de control sérico de glucosa y/o hemoglobina glucosilada de acuerdo a presencia o ausencia de complicaciones	
<b>NUMERADOR</b>	Total de pacientes DM2 ajustados en sus metas de control según factores biopsicosociales y económicos	
<b>DENOMINADOR</b>	Total de pacientes diagnosticados con DM2	
<b>NIVEL DE EVIDENCIA; FUERZA RECOMENDACIÓN</b>	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	
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Expediente clínico	
<b>ELABORACIÓN DEL INDICADOR</b>	Propio de la vía clínica	
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	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.	
<b>OBSERVACIONES</b>	<p><b>INDICADOR COMPUESTO</b> Metas sugeridas de control, según tipo de paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En adultos de reciente diagnóstico de DM2, sin riesgo cardiovascular, cifras de A1c &lt;7%</li> <li>2. En pacientes con DM2 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%</li> </ol> <p>Se recomienda mantener niveles séricos de glucosa en ayuno &lt;110 mg/dl y de concentraciones séricas posprandiales a las 2h de 140 mg/dl, para llegar a las metas de a1c</p>	

<b>INDICADORES TRATAMIENTO DE PREDIABETES</b>		
<b>FASE DEL PROCESO DE ATENCIÓN</b>	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	PROCESO
<b>No. INDICADOR</b>	TXPD1	
<b>NOMBRE</b>	PACIENTES CON PREDIABETES EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Porcentaje de pacientes con prediabetes en tratamiento farmacológico	
<b>FÓRMULA:</b>	Total de pacientes con prediabetes en tratamiento farmacológico	
<b>NUMERADOR</b>		
<b>DENOMINADOR</b>		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Tarjetero de crónicos y expediente clínico	
<b>ORIGEN Y REFERENCIA</b>	Elaboración propia GPC IMSS-718-18 ADA 2019	
<b>OBSERVACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se considera prediabetes si presenta HbA1c de 5.7 – 6.4% o glucosa plasmática de ayuno de 100-125mg/dl y postprandial de 140 – 199mg/dl.</li> <li>• Se sugieren cambios de estilo de vida y alimentación saludable.</li> <li>• Se inicia tratamiento farmacológico monoterapia individualizada con GLP1 o metformina 850mg de primera elección.</li> <li>• En caso de comorbilidad con ovario poliquístico o hígado graso iniciar con Pioglitazona</li> </ul>	



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

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA VÍA  
DE ATENCIÓN INTEGRADA, **ESTADO DE MÉXICO**

Se terminó en enero de 2024.  
La edición estuvo a cargo de la Subdirección  
de Comunicación Científica y Publicaciones  
del Instituto Nacional de Salud Pública