

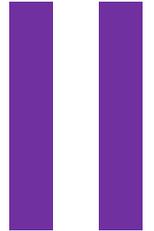


Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

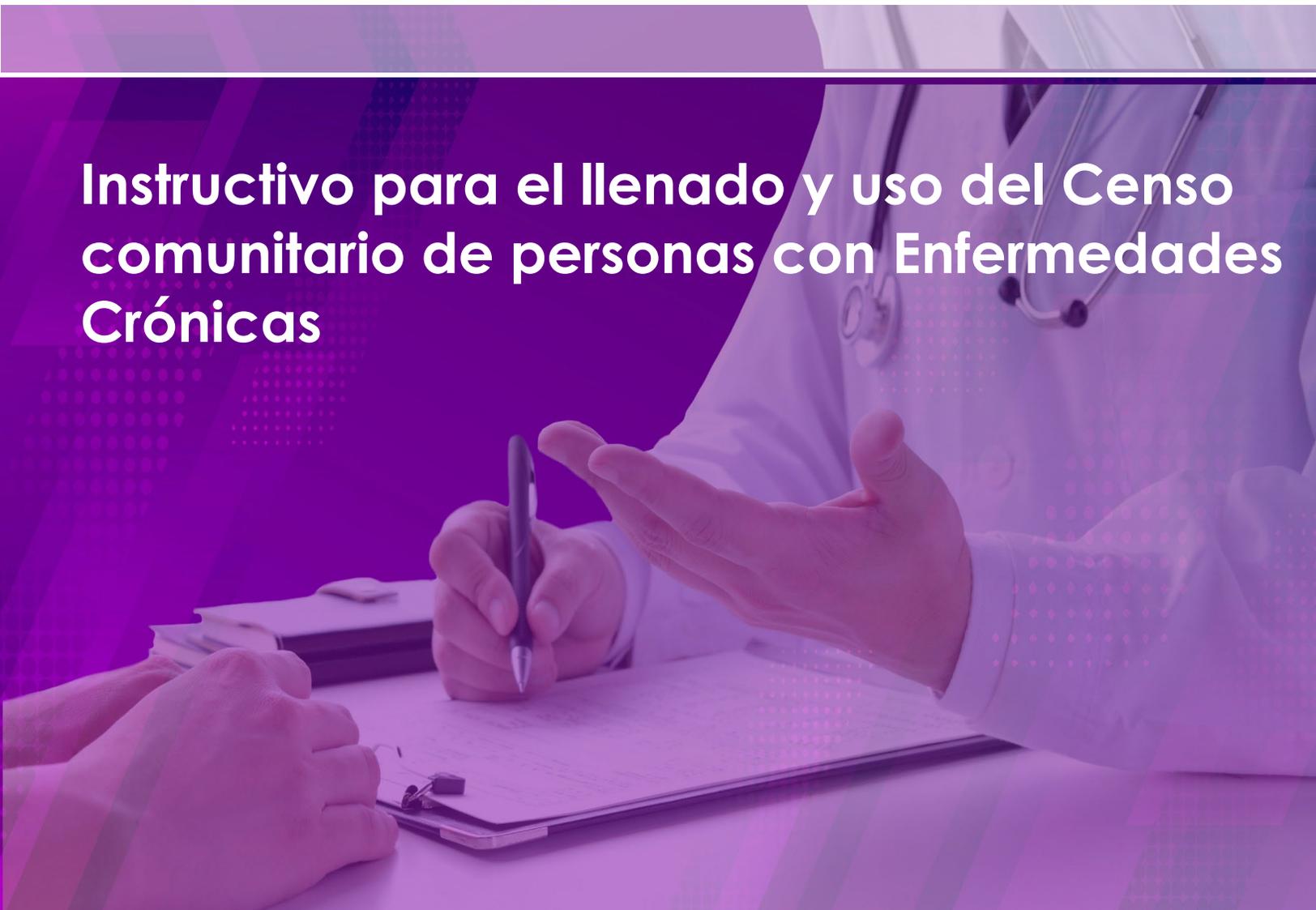
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

Texto de Capacitación para el
Fortalecimiento del Modelo de Salud
Familiar y Comunitario



Instructivo para el llenado y uso del Censo comunitario de personas con Enfermedades Crónicas



Agencia de Cooperación
Internacional del Japón

Julio, 2024



PROYECTO VIDA, SALUD Y FUERZA
Fortalecimiento de la Salud Familiar y Comunitaria
(MOSAFC)

Presentación

Este módulo fue elaborado por los Comité Técnico de Enfermedades de Crónicas de los SILAIS Chontales y Zelaya Central y la Dirección General de Servicios de Salud, basado en las normativas vigentes del Ministerio de Salud (MINSa), con el apoyo técnico y financiero de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), con el fin de ser utilizado en las capacitaciones sobre Enfermedades de Crónicas (EC) y en los procesos de atención a las EC, en el marco del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC).

En la elaboración de los textos de capacitación se tomó en consideración la “Política Nacional de Salud de Nicaragua”, el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, las normas de atención, los resultados de los talleres de análisis de situación, realizados en diferentes niveles (SILAIS, municipio, Equipo de Salud Familiar y Comunitario (ESAFC) y hospitales primarios) y las experiencias de otros proyectos de JICA. Los textos de capacitación elaborados en 4 temas prioritarios de EC, son “I Instructivo del Tamizaje para Detección de EC”, “II Instructivo para el Llenado y Gerencia del Censo comunitario de personas con EC”, “III Hipertensión Arterial” y “IV Diabetes Mellitus”.

Estos textos de capacitación están dirigidos a los Auxiliares de Enfermería, Auxiliar MOSAFC, Licenciados/as, Enfermeros/as General, Médico en Servicio Social, Médico General y Médicos especialistas; estos servirán de material de consulta durante los procesos de atención para mejorar la calidad y calidez de atención en los servicios de salud.

Este documento no sustituye las normas del MINSa, es un material práctico para desarrollar procesos de capacitación. Fue elaborado en forma sencilla, concreta, con ilustraciones apropiadas que facilitan la comprensión y aplicación.

Esperamos que sea de utilidad para los participantes de la capacitación y en los procesos de atención de EC, en el marco del MOSAFC.

Índice

Introducción	1
Objetivos	2
Acrónimos	3
1. Conocimientos básicos del censo de pacientes con Enfermedad Crónica No Transmisible	5
1.1 ¿Qué es el censo de pacientes con ECNT?	5
El llenado correcto de los formatos, análisis y gerencia de la información permite	
1.2 lo siguiente	5
1.3 Organización del programa de atención de pacientes con ECNT	5
1.4 Flujo de atención a pacientes con ECNT en el ESAFC/GISI	6
Flujo de información de atención a pacientes con ECNT desde el sector al	
1.5 municipio	7
Flujo de registro y análisis de información, atención a pacientes con ECNT desde	
1.6 el sector al municipio	8
Flujo de registro de información, atención a pacientes con ECNT desde el sector	
1.7 al municipio y del municipio al SILAIS	9
2. Llenado correcto, completo y adecuado del censo de pacientes con ECNT	11
2.1 Censo de crónicos en el sector de salud (en físico)	11
2.2 Censo de crónicos en el municipio (consolidado de sectores en digital)	17
2.3 Hoja de control de medicamentos recetados versus entregados	17
3. Monitoreo de la calidad de la atención a pacientes con ECNT	18
4. Entrega de informes del proceso de atención a los pacientes con ECNT	19
5. Acciones de promoción de salud, prevención de inasistencia y complicaciones de ECNT	20
5.1 Promoción y prevención	20
5.2 Participación comunitaria	21
5.3 Recomendaciones para el ESAFC/GISI	21
6. Anexos	23
Anexo 1: Hoja de Censo de crónicos en el sector de salud	24
Anexo 2: Ejemplo de llenado correcto del censo de crónicos en el sector de salud	31
Anexo 3: Hoja de evaluación del uso del “Censo Comunitario de Personas con Enfermedades Crónicas”	38
Anexo 4: Instructivo para el llenado de la hoja de evaluación del uso del “Censo Comunitario de Personas con Enfermedades Crónicas”	40
Anexo 5: Lista de chequeo para monitoreo de la calidad de la atención a los pacientes con diabetes e hipertensión arterial	42
Anexo 6: Evaluación de la calidad de la atención a los pacientes con diabetes e hipertensión arterial	46

Introducción

El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN), a través del Ministerio de Salud y mediante el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAF), con el objetivo de acercar los servicios de salud gratuito a la población, y garantizar el acceso y cobertura universal, ha fortalecido y priorizado la promoción, prevención, atención y rehabilitación de las personas con Enfermedades Crónicas (EC).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el informe sobre la situación Mundial de las EC del año 2008 al 2013, refiere que, de los 57 millones de muertes en el mundo, 36 millones (63%) fueron por EC. De estas más del 80% fueron causadas por enfermedades cardiovasculares. La enfermedad vascular cerebral es la segunda causa de mortalidad en mayores de 60 años. Se estima que 15 millones de personas sufren esta enfermedad anualmente y de estos 5.8 millones mueren.

En el Mapa Nacional de la Salud en Nicaragua 2018, se registran personas con EC, entre las más frecuentes están la hipertensión arterial y la diabetes. Las primeras causas de muertes por las EC se deben a causas cardiovasculares, entre ellas el infarto agudo al miocardio, enfermedad cerebrovascular, hipertensión arterial y síndrome coronario.

Por primera vez se elabora este texto dirigido a los trabajadores de la atención primaria en salud, debido a la necesidad de estandarizar el registro en el censo de pacientes con enfermedades crónicas, haciendo énfasis en el llenado correcto y gerencia desde el sector hasta la atención en el segundo nivel; disminuyendo así la morbimortalidad debida a estas enfermedades y sus complicaciones. Esta herramienta permite al personal de salud mejorar la calidad de atención y el seguimiento de los pacientes con EC.

Objetivos

■ General

Fortalecer las competencias del personal de salud para el llenado correcto y uso adecuado del censo comunitario de personas con EC permitiendo la detección, toma de decisiones y el seguimiento oportuno para prevenir complicaciones.

■ Específicos

1. Capacitar al personal de salud, en el llenado correcto, completo y adecuado del censo comunitario de personas con EC.
2. Registrar en el censo comunitario las atenciones de los pacientes con EC, su seguimiento y visita en caso de inasistencia para garantizar la entrega de medicamentos mensualmente.
3. Realizar búsqueda de inasistentes con participación de los BEC y otros miembros de la red comunitaria promoviendo hábitos saludables, y la importancia de asistir a sus citas.
4. Facilitar las actividades de seguimiento y la referencia oportuna a la atención especializada y exámenes de laboratorio, basado en la normativa, a través del monitoreo del censo.
5. Garantizar el abastecimiento de insumos médicos para el control de las EC, de acuerdo a los requerimientos reflejados en el censo.

Acrónimos

BHC	-----	Biometría Hemática Completa
BEC	-----	Brigadista de Enfermedades Crónicas
DM	-----	Diabetes Mellitus
EC	-----	Enfermedad Crónica
EGO	-----	Examen General de Orina
EKG	-----	Electrocardiograma
ESAFC	-----	Equipo de Salud Familiar y Comunitario
GISI	-----	Grupo Integral de Salud Intercultural
GRUN	-----	Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
HTA	-----	Hipertensión Arterial
IMC	-----	Índice de Masa Corporal
JICA	-----	Agencia de Cooperación Internacional del Japón
MINSA	-----	Ministerio de Salud
MOSAFC	-----	Modelo de Salud Familiar y Comunitario
OMS	-----	Organización Mundial de la Salud
SILAIS	-----	Sistema Local de Atención Integral en Salud

1. Conocimiento básico del Censo Comunitario de personas con Enfermedades Crónicas

1.1 ¿Qué es el Censo Comunitario de personas con enfermedades crónicas?

Es un instrumento práctico y dinámico, estandarizado que permite monitorear el seguimiento de las personas con enfermedades crónicas, sus patologías y, atenciones; identificando la asistencia y cumplimiento de la atención integral para la toma de decisiones oportunas desde el sector de salud.

El Censo de pacientes con EC cuenta con 3 instrumentos:

- (1) Censo nominal de pacientes con EC
- (2) Formato de seguimiento mensual a las personas con enfermedades crónicas
- (3) Formato semanal de avance del Plan de fortalecimiento para la atención integral a personas con enfermedades crónicas

1.2 El llenado correcto del formato, análisis y gerencia de la información permite lo siguiente:

- Identificar el número de personas con EC, sus patologías y los medicamentos indicados.
- Identificar el correcto seguimiento y atenciones integrales de forma mensual de los pacientes.
- Determinar las necesidades y proyecciones de insumos médicos para la atención de pacientes.
- Control de atenciones y el movimiento de pacientes que no acudieron a sus citas.
- Identificar pacientes inasistentes y cumplir con el plan de búsqueda.
- Verificar la ejecución de acciones de promoción de salud y prevención de complicaciones.
- Monitorear la calidad de atención. Ver anexo 3. Hoja de evaluación del uso del Censo Comunitario de personas con Enfermedades Crónicas y anexo 4. Instructivo para el llenado de la hoja de evaluación del uso del "Guía de Evaluación del Censo Comunitario de Personas con Enfermedades Crónicas".

1.3 Organización del programa de atención de personas con EC

- Valoración especializada de pacientes y exámenes de laboratorio según la patología.

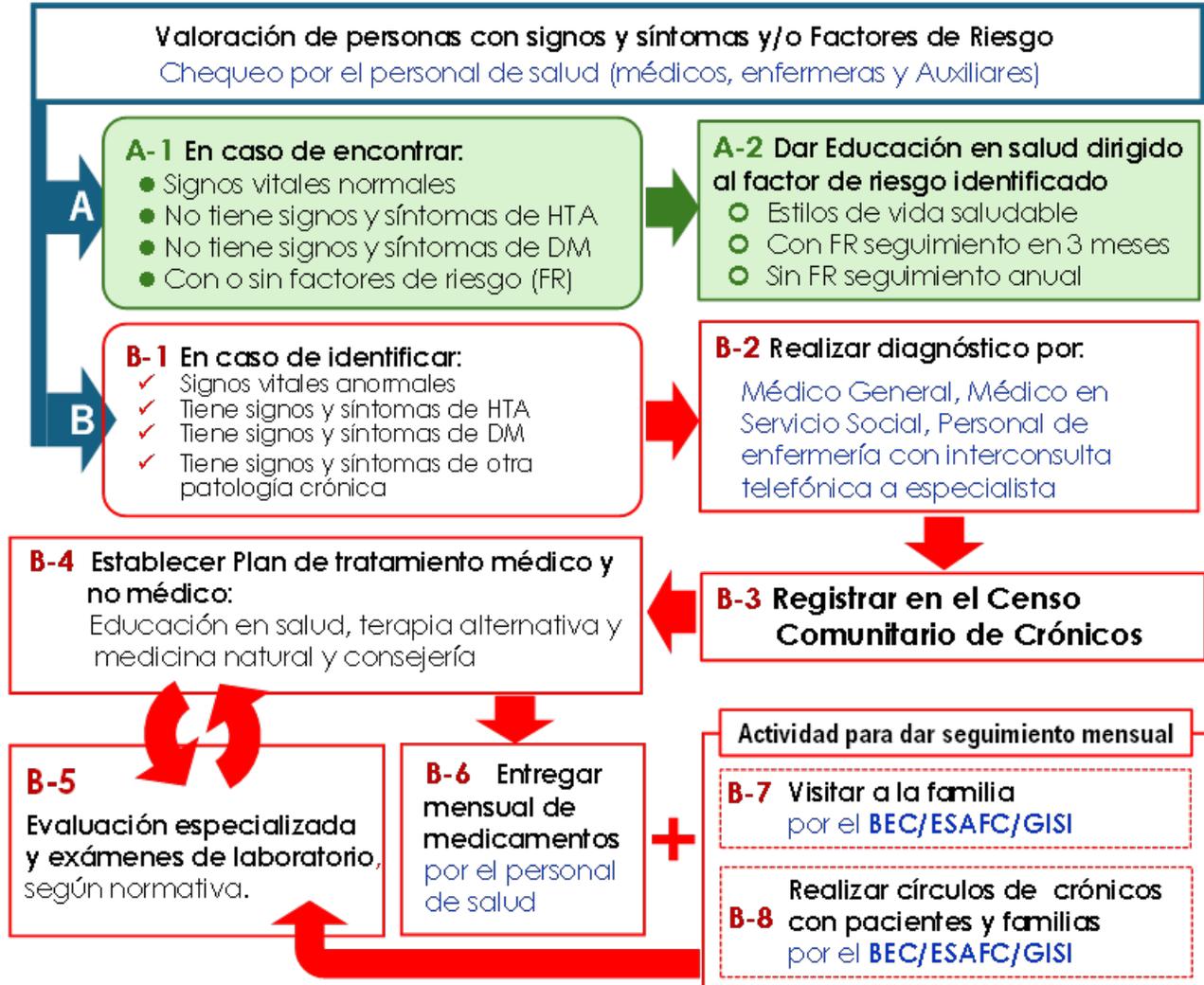
- Acciones de promoción y prevención en la comunidad mediante los círculos de crónicos de forma mensual.
- Visitas a familias de pacientes inasistentes identificados en coordinación con los BEC y otros miembros de RC.
- Atención a cada paciente de acuerdo a las normas, realizando registro en el expediente clínico.
- Registro y actualización del censo nominal en cada sector de salud.
- Garantizar la dispensarización, para organizar las intervenciones de cada grupo dispensarial.
- Registro de necesidad de cada insumo médico según los requerimientos en el censo para la gestión efectiva y garantizar el abastecimiento.

1.4 Flujo de atención a personas con EC en el ESAFC/GISI

Cuando el ESAFC/GISI identifica a un paciente con enfermedad crónica debe:

- Realizar la valoración inicial del paciente y procede realizar la interconsulta al médico especialista para la atención requerida dejando evidencia en el expediente clínico (en cada atención).
- Definir el plan de tratamiento médico y no médico inicial con asesoría del punto focal o médico asignado para la interconsulta.
- Brindar las indicaciones de tratamiento médico y no médico garantizando la consejería sobre educación en salud, convocarlo a los círculos de crónicos mensuales y a su próxima cita.
- Ingresar los casos nuevos identificados al censo comunitario de personas con EC.
- Visitar a la familia para conocer factores de riesgo, con el apoyo de los BEC y otros miembros de la RC.
- Determinar la valoración especializada y realizar exámenes de laboratorio de acuerdo a las normas. Ver figura 1. Flujo de atención y seguimiento a pacientes con EC en el sector de salud.

Figura 1. Flujo de atención y seguimiento a pacientes con EC en el sector de salud

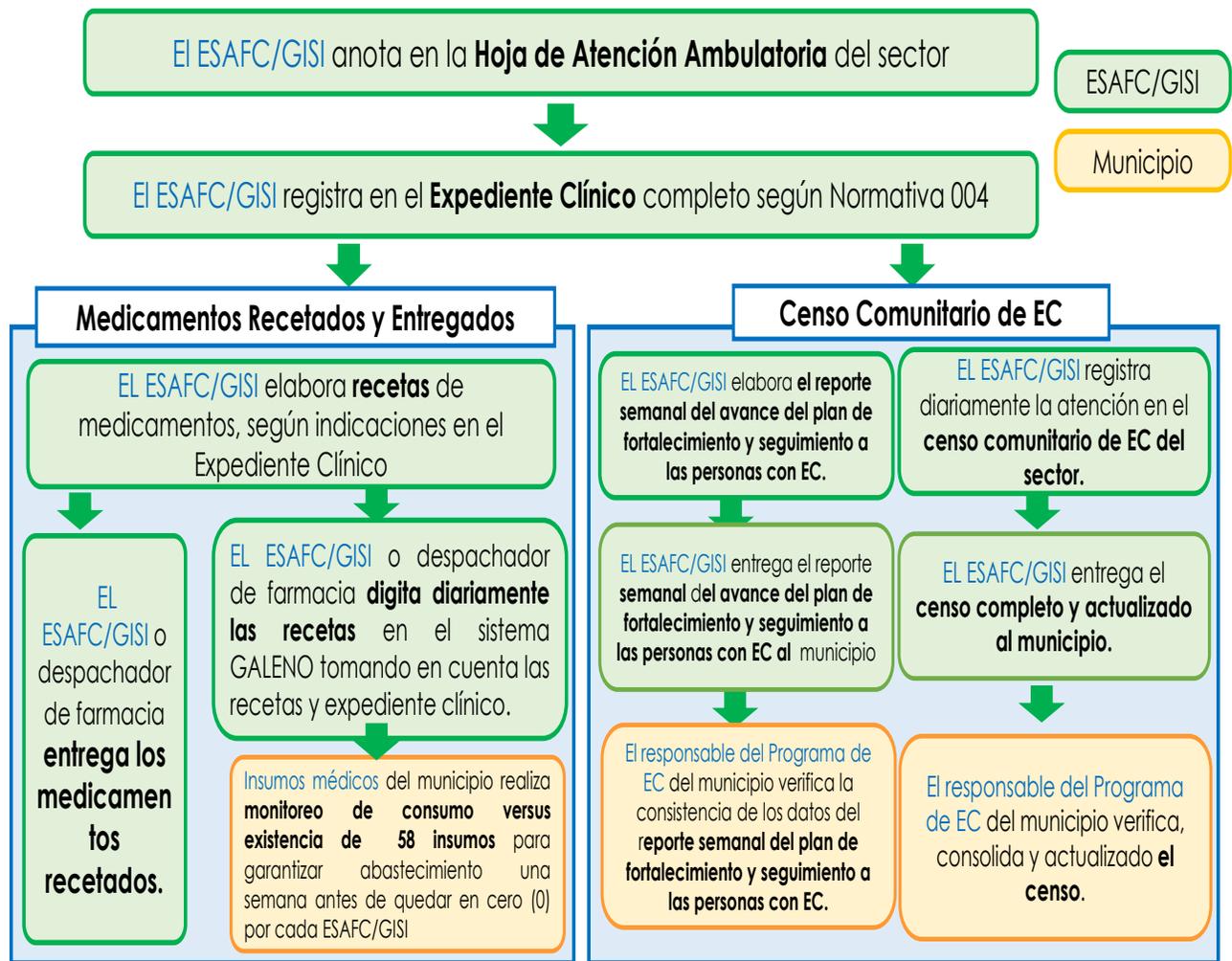


1.5 Flujo de la información de atención a pacientes con EC desde el sector al municipio.

El sector debe entregar al municipio el consolidado de información del proceso de atención a pacientes con enfermedades crónicas semanalmente (recetas de medicamentos entregados, avance del plan de fortalecimiento).

El municipio se encarga de digitar y consolidar la información municipal por sector de las atenciones y seguimiento a pacientes con EC tomándolo del censo nominal para enviarlo al SILAIS mensualmente. Ver figura 2. Flujo de la información de atención a pacientes con EC desde el sector al municipio.

Figura 2. Flujo de la información de atención a pacientes con EC desde el sector al municipio

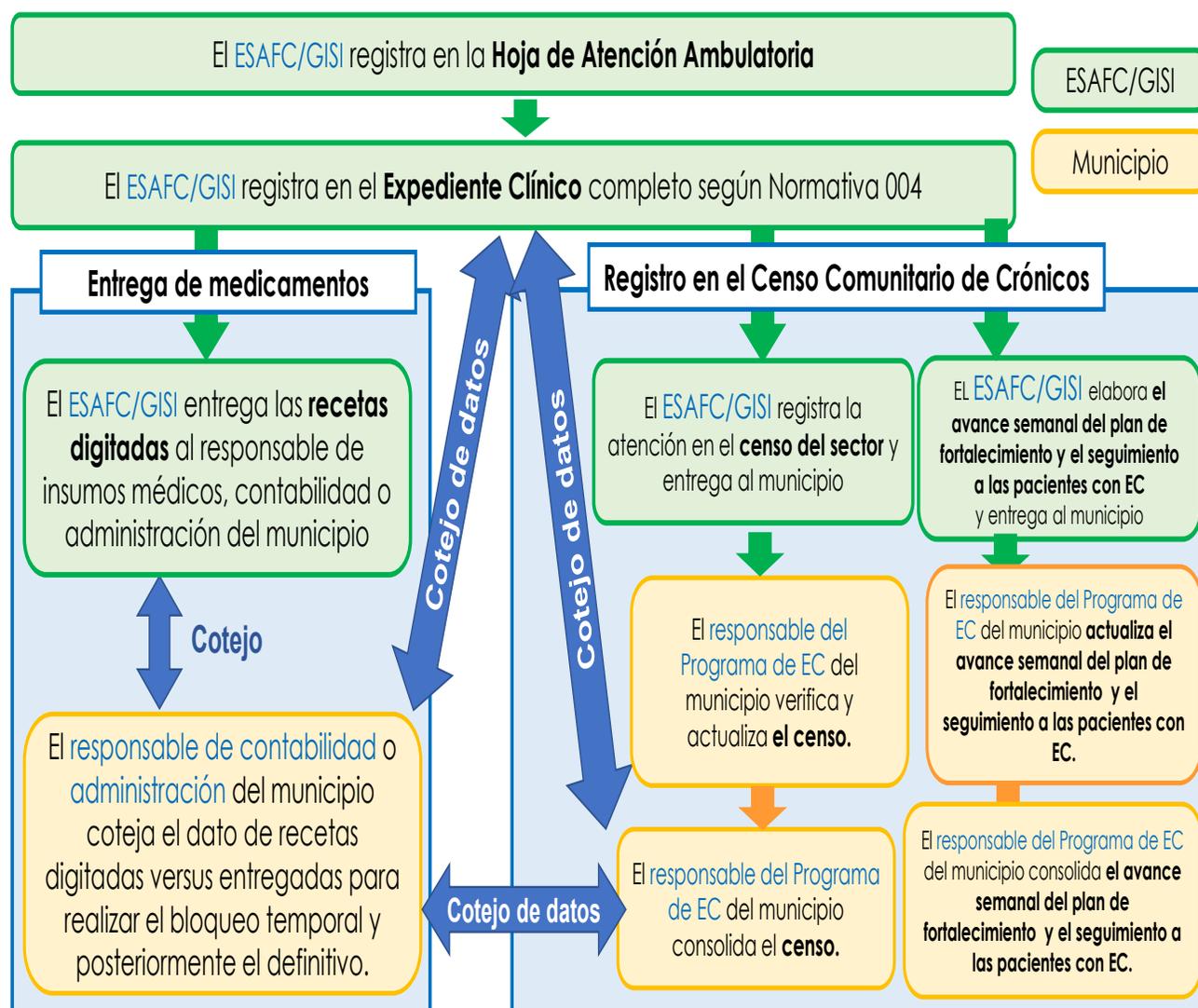


1.6 Flujo de análisis de la información de atención a pacientes con EC desde el sector al municipio.

El responsable de Insumos médicos y responsable de crónicos del municipio revisa semanalmente el monitoreo y realiza el informe sobre cantidad atendida, consumo, existencia de los 58 medicamentos por sector, en relación al requerimiento mensual, según el número de pacientes para garantizar el abastecimiento del municipio. Además, debe verificar la concordancia mediante el cotejo de información de atención del paciente con EC, tomando en cuenta recetas de medicamentos y expediente clínico.

Ver figura 3. Flujo de análisis de la información de atención a pacientes con EC desde el sector al municipio.

Figura 3. Flujo de análisis de la información de atención a pacientes con EC desde el sector al municipio

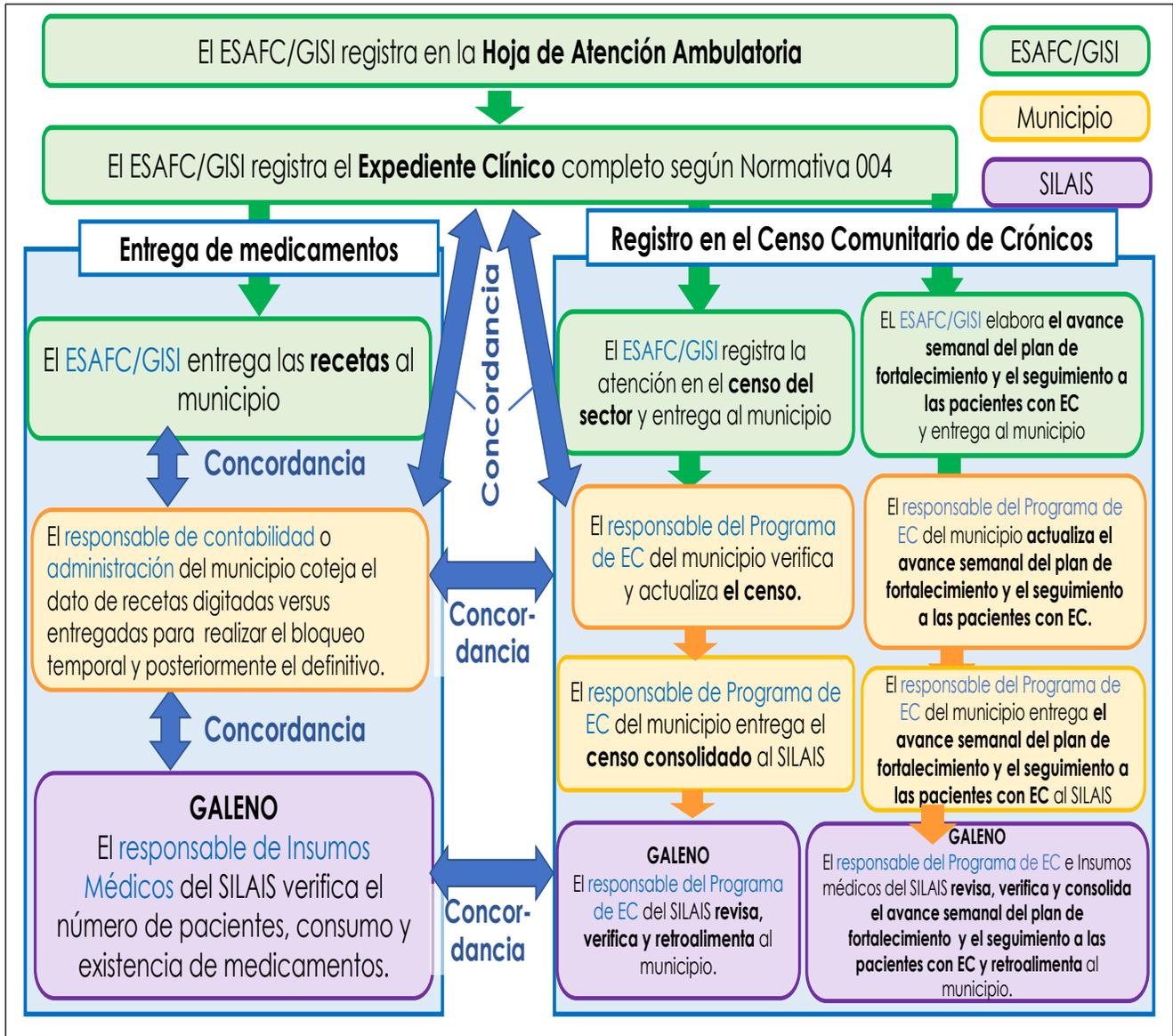


1.7 Flujo de la información de atención a pacientes con EC desde el sector al municipio y del municipio al SILAIS.

El municipio entrega al SILAIS la información consolidada de sus sectores (atenciones, consumo de medicamentos, plan de fortalecimiento), análisis de calidad del proceso de atención a pacientes con EC. El SILAIS consolida y verifica la concordancia, mediante el cotejo de información, monitoreo y verificación de calidad de la atención. Ver figura 4. Flujo de la información

de atención a pacientes con EC desde el sector al municipio y del municipio al SILAIS.

Figura 4. Flujo de la información de atención a pacientes con EC desde el sector al municipio y del municipio al SILAIS.



2. Llenado correcto, completo y adecuado del censo comunitario de personas con EC

El llenado correcto del censo comunitario de personas con EC es responsabilidad del ESAFC/GISI y debe ser manejado por todos los integrantes, con énfasis en las acciones de promoción, prevención, atención y búsqueda de inasistentes para prevenir complicaciones. Ver anexo 1-1, 1-2, 1-3, 1-4, 1-5, 1-6 y 1-7. Hoja de Censo comunitario de personas con enfermedades crónicas.

2.1 Censo de crónicos en el sector

El sector de salud debe llevar el censo identificando los pacientes por barrios o comunidad en el formato oficial.

(1) Llenado correcto del censo de crónicos

Encabezado: Escribir el nombre del SILAIS (ver figura 5).

Datos de filiación: N° orden secuencial del número de personas anotados en el censo, nombres y apellidos (según cédula de identidad); sexo, edad, número de cédula o fecha de nacimiento, número de teléfono (de la persona, familiar, vecino, amigo o de un miembro de la red comunitaria); municipio, número y nombre del sector, barrio o comunidad y dirección exacta. (ver figura 5).

Figura 5. Hoja de registro de censo de crónicos en el sector (parte 1)

MINISTERIO DE SALUD									
CENSO COMUNITARIO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS									
SILAIS:									
1. Datos de filiación									
N°	Nombres y apellidos	Sexo	Edad (años)	Número de Cédula ó Fecha de Nacimiento	Número de Telé fono	MUNICIPIO	N° y Nombre del Sector	Barrio o comunidad	Dirección exacta
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Encabezado

Datos de filiación

N° de enfermedades crónicas por paciente: Anotar “1” en la casilla correspondiente, según el número de las enfermedades crónicas que tenga el paciente (**Con Una, Con Dos, Con Tres o más**). Por ejemplo, persona con

diabetes e hipertensión, se anota 1 en la casilla correspondiente a **Con Dos**. (Ver figura 6).

Pacientes censados con enfermedad crónica:

Anotar “1” en las casillas de las patologías que tenga la persona, según el censo. Por ejemplo, persona con diabetes e hipertensión, se anota 1 en casilla de diabetes y 1 en la casilla de hipertensión. (Ver figura 6)

Figura 6. Hoja de registro de censo de crónicos en el sector (parte 2)

2. Número de Enfermedades crónicas por paciente			3. Pacientes censados con enfermedad crónica														
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Con Una	Con Dos	Con Tres o Más	Hipertensión Arterial	Diabetes	Asma Bronquial	Epilepsia	Enf. Cardíaca	Enf. Reumáticas	Enf. Inmunológicas	Enf. Renal Crónica	Enf. Psiquiátricas	Enf de Tiroides	EPOC	Cáncer	Alzheimer	Parkinson	Autismo
			11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25

- N° de enfermedades crónicas por paciente
- Pacientes censados con enfermedad crónica

Asistencia mensual

Se debe marcar el día que el paciente es atendido en el mes, en color azul, ya sea en la unidad de salud, visita de terreno u otra actividad y el día de la próxima cita se registra en color negro en la casilla del siguiente mes, cuando el paciente acude a la cita, se escribe el día de la atención en color azul. Cuando el paciente acude después del día de su cita programada, se escribe el día de la atención en color rojo para mostrar la inasistencia. (Ver figura 7).

Cuando en la atención mensual del paciente se detecta una complicación que amerite traslado a una unidad de salud de mayor resolución o referencia urgente a la atención especializada se debe escribir en rojo las iniciales del tipo de unidad de salud donde se hace la referencia “**HN**” Hospital Nacional, “**HR**” Hospital Regional, “**HD**” Hospital Departamental, “**HP**” Hospital Primario, **CSF** Centro de Salud Familiar, “**CMP**” Clínica Médica Previsional, **OI** Otra Institución.

Por ejemplo, paciente que en el mes de mayo fue citado para su atención mensual en el ESAFC/GISI el día 15, llega a la unidad de salud del sector el día **20** de mayo (inasistente) presentando crisis

Mayo
HR/20

hipertensiva que no logra resolverse en la unidad de salud del sector, se refiere al Hospital Regional para manejo por especialista.

Figura 7. Hoja de registro de censo de crónicos en el sector (parte 3)

4. Asistencia mensual											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

Asistencia mensual

Datos Gerenciales:

Se debe marcar la fecha en las casillas de Fecha ingreso al programa y fecha de atención especializada.

Se debe marcar "1" mensualmente en la casilla correspondiente a los siguientes casos de datos importantes: Creatinina, Glicemia en ayuna, Fondo de ojo, Perfil lipídico, Perfil hepático, EKG y Ecocardiograma, Tamizaje para cánceres (cervico uterino, mama, próstata y otros), Nuevo ingreso al censo, Inasistente, Emigro, Hospitalizado y Fallecido. (Ver figura 8).

Figura 8. Hoja de registro de censo de crónicos en el sector (parte 4)

5. Datos Gerenciales														
Fecha Ingreso al Programa	Fecha Atención Especializada	Creatinina	Glicemia en Ayunas	Fondo de ojo	Perfil lipídico	Perfil Hepatico	EKG	Ecocardiogram a	Tamizaje para cánceres	Nuevo Ingreso al Censo	Inasistente	Emigró	Hospitalizado	Fallecido
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55

Datos gerenciales

Medicamentos (agrupados por patologías del 6.1-6.9):

- 6.1 Medicamentos antihipertensivos
- 6.2 Medicamentos para diabéticos
- 6.3 Medicamentos para asmáticos
- 6.4 Medicamentos para epilepsia y enfermedad psiquiátrica
- 6.5 Medicamentos para cardiacos
- 6.6 Medicamentos para reumáticos
- 6.7 Medicamentos ERC
- 6.8 Medicamentos para tiroides
- 6.9 Medicamentos cuidados paliativos de cáncer

La sección de medicamentos tiene como objetivo el control de insumos médicos, verificando la cantidad recetada, según registro en el expediente clínico versus cantidad entregada a los pacientes para garantizar el abastecimiento.

El ESAFC/GISI registra diariamente en el formato los pacientes atendidos con la cantidad de medicamentos recetados y cantidad de medicamentos entregados, posteriormente debe consolidar la información para el análisis del consumo de medicamentos y garantizar el abastecimiento, según sus requerimientos. (Ver figura 9 a 13).

Figura 9. Hoja de registro de censo de crónicos en el sector (parte 5)

6.1 Medicamentos anti hipertensivos																											
Atenolol 100 mg		Losartan 50 mg		Losartan 100 mg		Enalapril maleato 10 mg		Captopril 25 mg		Labetalol 200 mg		Nifedipina 20 mg		Bisoprolol 5 mg		Furosema da 40 mg		Hidrocloro tiazida 50 mg		Hidrocloro tiazida+A milorida tab		Propanolo l 40 mg		Carvedilol 6.25		Carvedilol 25mg	
R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E
56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83

 Medicamentos

Figura 10. Hoja de registro de censo de crónicos en el sector (parte 6)

6.2 Medicamentos para diabéticos										6.3 Medicamentos para asmáticos									
Insulina NPH		Insulina Cristalina		Jeringa de 1cc		Glibenclamida 5mg		Metformina 500mg		Salbutamol sulfato Spray		Teofilina Tab 300 mg		Bromuro de Ipratropium Spray		Beclometazona 250 mcg Spray		Beclometazona 50 mcg spray	
R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E
84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103

Medicamentos

Figura 11. Hoja de registro de censo de crónicos en el sector (parte 7)

6.4 Medicamentos para epilepsia y enfermedad psiquiátrica																													
Valproato sódico 250 mg/5 ml		Carbamazepina 200 mg		Acido valproico Tab 250 mg		Fenitoina Suspensión oral 125mg/5 ml		Fenitoina Tab 100 mg		Fenobarbital Tab 100mg		Trihexifenidilo Tab 5 mg		Biperiden Tab 2mg		Clorpromazina Tab 100 mg		Tioridazina Tab 100 mg		Flufenazina decanoato/Ampolla		Haloperidol Amp 2mg/ml		Haloperidol Tab 5 mg		Amitriptilina Tab 25 mg		Imipramina Tab 25 mg	
R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E
104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133

Medicamentos

Figura 12. Hoja de registro de censo de crónicos en el sector (parte 8)

6.5 Medicamentos para cardíacos										6.6 Medicamentos para reumáticos												
Digoxina 0.25 Mg		Amiodarona 250 Mg		Amlodipina 5 Mg		ASA Tab 100mg		Clopidogrel Tab		Alopurinol Tab 300 Mg		Ibuprofeno 400 Mg		Hidroxicloroquina Tab 200mg		Hidroxicloroquina Tab 400mg		Prednisona Tab 5 Mg		Prednisona Tab 50 Mg		
R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	
134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	

Medicamentos

Figura 13. Hoja de registro de censo de crónicos en el sector (parte 9)

6.7 Medicamentos ERC						6.8 Medicamentos para Tiroides				6.9 Medicamentos para cuidados paliativos de cancer					
Eritropoye tina Recombin ante Frasco	Sulfato Ferroso+	Acido Fó lico	Calcio Tab	Levotiroxi na Tab	Metimazol Tab	Morfina Tab 200 mg	Tramadol Tableta 50mg	Ondanset rón Tableta							
R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E
156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171

 Medicamentos

Observaciones

Se pueden escribir datos para aclarar aspectos del proceso de atención a los pacientes: patologías, asistencia mensual, medicamentos, datos gerenciales u otro detalle que se considere necesario. Ejemplo, paciente con otros medicamentos, lugar de migración, otros. (Ver figura 14).

Figura 14. Hoja de registro de censo de crónicos en el sector (parte 10)

7. Observaciones
172

 Observaciones

Para evidenciar el llenado correcto del censo de crónicos en el sector. Ver anexo2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 2-5, 2-6 y 2-7. Ejemplo de llenado correcto del censo de crónicos en el sector de salud.

2.2 Censo de crónicos en el municipio (consolidado de sectores)

El Censo comunitario municipal debe contener la información de todos los pacientes de los sectores, donde se verifique, consolide y actualice los datos del proceso de atención y seguimiento.

2.3 Consolidado de atención de crónicos en el municipio (consolidado de sectores)

- (1) Se maneja en tablas de Excel; utilizando una fila para cada sector de salud, obteniendo así el consolidado del municipio.
- (2) Mensualmente actualiza el número de pacientes atendidos por enfermedad crónica y el número de atenciones por enfermedades crónicas.
- (3) A partir de estos datos se pueden realizar análisis como: Porcentaje de pacientes atendidos, porcentaje de atenciones por enfermedad, pacientes inasistentes, porcentaje de inasistentes, pacientes nuevos, otros.

3. Monitoreo de la calidad de la atención a pacientes con EC.

Semanalmente el municipio deberá hacer revisión de al menos 5 expedientes (20 expedientes mensual) de pacientes atendidos con EC para verificar la calidad de la atención (priorizando atenciones por HTA y DM). Ver anexo 5-1 y 5-2. *Lista de chequeo para monitoreo de la calidad de la atención de las enfermedades crónicas* y anexo 6-1 y 6-2. *Evaluación de la calidad de la atención de las enfermedades crónicas*.

También se debe realizar revisión cruzada de información para verificar la concordancia de datos entre el expediente clínico, recetas de medicamentos entregados y censo de crónicos.

Medios a verificar

- Calidad de atención: Contenido del expediente clínico (lista de chequeo)
- Atenciones en el censo de crónicos vs expediente clínico
- Recetas de medicamentos entregados vs tratamiento en el expediente clínico vs registro en el censo
- Atenciones por paciente
- Control de Inasistentes
- Casos nuevos

4. Entrega de informes del proceso de atención a las personas con enfermedad crónica

El ESAFC/GISI debe entregar la información semanal del avance del plan de fortalecimiento para la atención integral a personas con enfermedades crónicas de su sector los sábados de cada semana, el municipio debe enviar al SILAIS el consolidado de sus sectores los días lunes por la mañana y el SILAIS al nivel central los lunes por la tarde. Este informe debe contener pacientes atendidos, medicamentos entregados, atención especializada, exámenes de laboratorio, hospitalizados y fallecidos por cada una de las patologías.

El ESAFC/GISI debe entregar la información de atención a pacientes con enfermedades crónicas al municipio y este deberá enviar al SILAIS el informe consolidado de sus sectores sobre la atención de pacientes con enfermedades crónicas. También, debe enviar los resultados de aplicación de las listas de chequeo a los expedientes clínicos para evaluar los estándares de calidad de la atención, con su análisis y plan de mejora.

El análisis de la información (informes semanales, mensual y estándares de calidad) deberá abordarse en los Consejos Técnicos Ampliados Municipales, garantizando la participación del 100% de sus sectores para determinar intervenciones específicas que permitan mejorar la calidad de los servicios de atención a los pacientes con EC.

El SILAIS deberá enviar el informe consolidado de sus municipios sobre el seguimiento a la atención de las personas con enfermedad crónica y el análisis de la calidad de la atención al Nivel Central (Servicios de Salud).

Este informe deberá ser tema de agenda mensual en los Consejos Técnicos Ampliados de SILAIS y se analizará en Consejo Institucional Nacional del nivel central la situación de la atención de pacientes crónicos basados en los informes de los SILAIS y las visitas de acompañamiento del nivel central.

5. Acciones de promoción de salud, prevención de inasistencia y complicaciones de EC

5.1 Promoción y prevención

- Las acciones de promoción y prevención desde el sector con las familias y la comunidad relacionadas a las enfermedades crónicas, las realiza el ESAFC/GISI, en coordinación entre el personal de salud, los BEC y otros miembros de la red comunitaria, principalmente por medio de los Círculos de Crónicos.
- Promover desde los círculos de pacientes con enfermedades crónicas, así como desde la atención el autocuidado de la salud, mediante caminatas o ejercicios de intensidad moderada y duración prolongada (30 a 60 minutos) por al menos 5 días a la semana. Los ejercicios más recomendados son aeróbicos tales como: caminar, nadar, bailar y montar en bicicleta.
- Se debe caracterizar el sector de salud de acuerdo a los principales factores de riesgos de enfermedades crónicas enfatizando en niños, niñas y adolescentes, identificando alimentación saludable y la actividad física que están desarrollando en parques, plazas, escuelas y centros de desarrollo infantil de la comunidad (CDI), así como el riesgo del consumo de tabaco y/o alcohol, consumo de comida chatarra (meneitos, tortillitas, taqueritos, entre otros).
- Coordinar en los círculos de adolescentes la promoción de concursos de actividades físicas, como baile, deportes; a fin de propiciar buenos hábitos de salud, bienestar, prevenir la obesidad y fomentar estilos de vida saludable en edades tempranas.
- Identificar el sobrepeso y obesidad como factores de riesgo de enfermedades crónicas en censos nutricionales en niños escolares y de la primera infancia, con involucramiento de la juventud. Asegurar desde el sector la aplicación de las vacunas a las personas que padecen enfermedades crónicas, con el fin de evitar las formas graves o complicaciones.
- Formar círculos de crónicos entre pacientes y familiares para facilitar lazos solidarios, compartir conocimientos y prácticas saludables sobre la enfermedad, manteniendo la promoción de estilos de vida saludables con el propósito de mejorar su estado de salud y prevenir complicaciones.
- En las Ferias de salud, Visitas integrales y Mi Hospital en Mi Comunidad reflexionar sobre factores de riesgos de EC, el daño que ocasiona el consumo

de tabaco y/o alcohol, alimentación poco saludable y la falta de actividad física.

- Realizar visitas en el domicilio a todo paciente nuevo con enfermedades crónicas brindando consejería acerca de la importancia de la toma de los medicamentos y conocer su percepción, comprensión, aceptación y práctica de los consejos brindados para una vida más sana.
- Visitar a pacientes que no asisten a sus consultas, círculos de crónicos, así como también aquellos con impedimentos para deambular para realizar atención y entregar su medicamento, averiguando de forma amable y en confianza las razones por la cual no pudo acudir a la unidad de salud, en caso que no sea por complicación de su salud, se puede garantizar su medicamento a través de los BEC, familiares y realizar consejería para evitar la inasistencia.

5.2 Participación comunitaria

La participación activa de los Brigadistas de Enfermedades Crónicas (BEC) y la población de cada barrio y comunidades en las actividades que contribuyen al seguimiento de las personas con enfermedades crónicas que no acuden sus citas o que tienen condiciones especiales que le impide recibir los servicios de atención y el cuidado de la salud. Pueden establecer un nexo entre los servicios de atención clínica organizada y el mundo real de las personas que padecen una enfermedad crónica y sus familias, potenciar las acciones de promoción de la salud, la identificación de los problemas y la organización de la atención.

Es importante que los ESAFC/GISI identifiquen los recursos presentes en su comunidad como organizaciones o instituciones presentes para implementar acciones que fortalezcan la atención a las personas con enfermedades crónicas y así mejorar su calidad de vida.

5.3 Recomendaciones para el ESAFC/GISI:

- Reconocer la importancia del trabajo extramuros (Todas las actividades de trabajos de terreno, visitas comunitarias, visitas casa a casa, entre otros).
- Identificar organizaciones que ofrezcan servicios o representen oportunidades para implementar acciones de promoción y prevención.
- Promover la participación de las familias en los círculos de pacientes con EC, ya que muchas de las recomendaciones del tratamiento no farmacológico no se cumplen para el paciente por desconocimiento de la familia sobre las

orientaciones y la importancia de poner en práctica hábitos de vida saludables que benefician, tanto al paciente como a la familia.

- Utilizar material educativo dirigido a la promoción de la salud y prevención de complicaciones.

NORMATIVAS UTILIZADAS:

Normativa No.157 primera edición *Protocolos Para la Atención de Enfermedades Crónicas Cardiovasculares y Endocrinas en Atención Primaria*, febrero 2020.

6.Anexos

■ Anexo 1-2: Hoja de Censo de crónicos en el sector de salud (parte 2)

4. Asistencia mensual		Diciembre	40												
		Noviembre	39												
		Octubre	38												
		Septiembre	37												
		Agosto	36												
		Julio	35												
		Junio	34												
		Mayo	33												
		Abril	32												
		Marzo	31												
		Febrero	30												
		Enero	29												
		3. Pacientes censados con enfermedad crónica		15	Autismo	28									
14	Parkinson			27											
13	Alzheimer			26											
12	Cáncer			25											
11	EPOC			24											
10	Entf. de Tiroides			23											
9	Entf. Psiquiátrica			22											
8	Entf. Renal Crónica			21											
7	Entf. Inmunológica			20											
6	Entf. Reumáticas			19											
5	Entf. Cardíaca			18											
4	Epilepsia			17											
3	Asma Bronquial			16											
2	Diabetes			15											
1	Hipertensión Arterial			14											

■ Anexo 1-3: Hoja de Censo de crónicos en el sector de salud (parte 3)

5. Datos Gerenciales	Fecha Ingreso al Programa	41																				
	Fecha Atención Especializada	42																				
	Creatinina	43																				
	Glicemia en Ayunas	44																				
	Fondo de ojo	45																				
	Perfil lipídico	46																				
	Perfil Hepático	47																				
	EKG	48																				
	Ecocardiograma	49																				
	Tamizaje para cánceres	50																				
	Nuevo Ingreso al Censo	51																				
	Inasistente	52																				
	Emigró	53																				
	Hospitalizado	54																				
Fallecido	55																					
6.1 Medicamentos anti hipertensivos	Atenolol 100 mg	56	R	E																		
	Losartan 50 mg	58	R	E																		
	Losartan 100 mg	60	R	E																		
	Enalapril maleato 10 mg	62	R	E																		
	Captopril 25 mg	64	R	E																		
	Captopril 25 mg	65	R	E																		
	Labelalol 200 mg	66	R	E																		
	Labelalol 200 mg	67	R	E																		
	Nifedipina 20 mg	68	R	E																		
	Nifedipina 20 mg	69	R	E																		

■ Anexo 1-4: Hoja de Censo de crónicos en el sector de salud (parte 4)

6.1 Medicamentos anti hipertensivos	Bisoprolol 5 mg	R	E	E	R	E	E	70												
									71											
	Furosemid a 40 mg								72											
									73											
	Hidrocloro tizida 50 mg								74											
									75											
	Hidrocloro tizida+Am florida tab								76											
									77											
	Propanolol 40 mg								78											
									79											
	Carvedilol 6.25								80											
									81											
Carvedilol 25mg								82												
								83												
6.2 Medicamentos para diabéticos	Insulina NPH							84												
								85												
	Insulina Cristalina							86												
								87												
	Jeringa de 1cc							88												
								89												
	Glibencia mida 5mg							90												
								91												
Metformin a 500mg							92													
							93													
6.3 Medicamentos para asmáticos	Salbutamo l sulfato Spray							94												
								95												
	Teofilina Tab 300 mg							96												
								97												
	Bromuro de Ipatropium Spray							98												
								99												
Beclometa zona 250 mcg Spray							100													
							101													
							102													
Beclometa zona 50 mcg spray							103													

■ Anexo 1-5: Hoja de Censo de crónicos en el sector de salud (parte 5)

6.4 Medicamentos para epilepsia y enfermedad psiquiátrica	Valproato sódico 250 mg/5 ml	R	E	E	104	105														
	Carbamaz epina 200 mg	R	E	E	106	107														
	Acido valproico Tab 250 mg	R	E	E	108	109														
	Fentoina Suspensió n oral 125mg/5m l.	R	E	E	110	111														
	Fentoina Tab 100 mg	R	E	E	112	113														
	Fenobarbit al Tab 100mg	R	E	E	114	115														
	Trihexifen! dilo Tab 5 mg	R	E	E	116	117														
	Biperideno Tab 2mg	R	E	E	118	119														
	Cloproma zina Tab 100 mg	R	E	E	120	121														
	Tioridazin a Tab 100 mg	R	E	E	122	123														
	Flutenazin a decanoato Ampolla	R	E	E	124	125														
	Haloperid ol Amp 2mg/ml	R	E	E	126	127														
	Haloperid ol Tab 5 mg	R	E	E	128	129														
	Amtriptilin a Tab 25 mg	R	E	E	130	131														
	Imipramin a Tab 25 mg	R	E	E	132	133														

■ Anexo 1-6: Hoja de Censo de crónicos en el sector de salud (parte 6)

6.5 Medicamentos para cardíacos		6.6 Medicamentos para reumáticos	
Digoxina 0.25 Mg	R	E	134
	E	E	135
Amiodaro na 250 Mg	R	E	136
	E	E	137
Amlodipin a 5 Mg	R	E	138
	E	E	139
ASA Tab 100mg	R	E	140
	E	E	141
Clopidogr el Tab	R	E	142
	E	E	143
Alopurinol Tab 300 Mg	R	E	144
	E	E	145
Ibuprofeno 400 Mg	R	E	146
	E	E	147
Hidroxiclor oquina Tab 200mg	R	E	148
	E	E	149
Hidroxiclor oquina Tab 400mg	R	E	150
	E	E	151
Prednison a Tab 5 Mg	R	E	152
	E	E	153
Prednison a Tab 50 Mg	R	E	154
	E	E	155

■ Anexo 1-7: Hoja de Censo de crónicos en el sector de salud (parte 7)

6.7 Medicamentos ERC		6.8 Medicamentos para Tiroides		6.9 Medicamentos para cuidados paliativos de cáncer				7. Observaciones																		
Eritropoye tina	Recombin ante Frasco	Sulfato Ferroso+	Acido Fó lico	Calcio Tab	Levotiroxi na Tab	Metimazol Tab	Morfina Tab 200 mg	Tramadol Tableta 50mg	Ondansetr ón Tableta	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172

■ Anexo 2-1: Ejemplo de llenado correcto del censo de crónicos en el sector de salud (parte 1)

MINISTERIO DE SALUD
 CENSO COMUNITARIO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRONICAS
 SILAIS: Chontales

1. Datos de filiación										2. Número de Enfermedades crónicas por paciente		
N°	Nombres y apellidos	Sexo	Edad (años)	Número de Cédula ó Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono	MUNICIPIO	N° y Nombre del Sector	Barrio o comunidad	Dirección exacta	Con Una	Con Dos	Con Tres o Más
1	FERMIN RAMON OROZCO	M	61	124-070762-0001G	88695494	VILLA SANDINO	SECTOR N:1 VILLA SANDINORITO		FINCAS DELICIAS DEL LA IGLESIA CATOLICA 200 VRAS AL NORTE	1		
2	CARLOS ALBERTO LOPEZ LOPEZ	M	78	124-100445-0002P	88675839	VILLA SANDINO	SECTOR N:1 VILLA SANDINONZONA 1		DE LA BARRERA MUNICIPAL 2 CUADRAS AL NORTE	1		
3	FELIPA PEREZ HERNANDEZ	F	67	124-300868-0000E	88268344	VILLA SANDINO	SECTOR N:1 VILLA SANDINONZONA 3		FRENTE DE DONDE FUE EL GRANERO	1		
4	ALFONSO RAMON TALAVERA SEVILLA	M	76	124-180947-0000Y	88265580	VILLA SANDINO	SECTOR N:1 VILLA SANDINONZONA 1		DE CLARO 1 1/2 CUADRA AL ESTE	1		
5	JOSE LEONIDAS GRANJA ROCHA	M	61	362-220462-0000M	84057760	VILLA SANDINO	SECTOR N:4 KAMUSASKA	CHILAMATE 1	DE LA IG. EVANGELICA 80 MTS SUR	1		
6	MARTHA IGNACIA CORDOBA ALVARADO	F	57	122-231268-0000R	88394869	VILLA SANDINO	SECTOR N:4 KAMUSASKA	CHILAMATE 2	CONTIGÜO A LA ESCUELA	1		
7	ESTERLINA FOLDORA GRANJA ROBLETO	F	73	128-300665-0000J	88394869	VILLA SANDINO	SECTOR N:4 KAMUSASKA	CHILAMATE 2	DETRÁS DE LA BAHÍA			1
8	ELBA DEL SOCORRO SANDIGO BLANCO	F	57	128-030766-0000Q	88394869	VILLA SANDINO	SECTOR N:4 KAMUSASKA	CHILAMATE 2	DE LA ESC. 26 VRS. NORTE	1		
9	CRISTINA SABA DUARTES RIOS	F	68	128-050665-0003F	77876294	VILLA SANDINO	SECTOR N:4 KAMUSASKA	KAMUSASKA RIO	FINCAS DELICIAS			1

■ Anexo 2-4: Ejemplo de llenado correcto del censo de crónicos en el sector de salud (parte 4)

6.1 Medicamentos anti hipertensivos		6.2 Medicamentos para diabéticos		6.3 Medicamentos para asmáticos	
Bisoprolol 5 mg	R	69			
Furosemida 40 mg	E	70			
Furosemida 40 mg	R	71	30		
Hidroclorotiazid a 50 mg	E	72			
Hidroclorotiazid a 50 mg	R	73			
Hidroclorotiazid a+Amilorida tab	E	74	30		
Hidroclorotiazid a+Amilorida tab	R	75	30	30	
Propranolol 40 mg	E	76		30	
Propranolol 40 mg	R	77			
Carvedilol 6.25	E	78			
Carvedilol 6.25	R	79			
Insulina NPH	E	80			
Insulina NPH	R	81			
Insulina Cristalina	E	82			
Insulina Cristalina	R	83			
Jeringa de 1cc	E	84			
Jeringa de 1cc	R	85			
Glibencamida 5mg	E	86	60		
Glibencamida 5mg	R	87	60		
Metformina 500mg	E	88			
Metformina 500mg	R	89	60	60	
Salbutamol sulfato Spray	E	90			
Salbutamol sulfato Spray	R	91			
Teofilina Tab 300 mg	E	92			
Teofilina Tab 300 mg	R	93			
Bromuro de Ipratopium Spray	E	94			
Bromuro de Ipratopium Spray	R	95			
Beclometazona 250 mcg Spray	E	96			
Beclometazona 250 mcg Spray	R	97			
Beclometazona 50 mcg spray	E	98			
Beclometazona 50 mcg spray	R	99			
		100			
		101			
		102			

■ Anexo 2-5: Ejemplo de llenado correcto del censo de crónicos en el sector de salud (parte 5)

6.4 Medicamentos para epilepsia y enfermedad psiquiátrica	Valprato sódico 250 mg/5 ml	R	103																	
		E	104																	
	Carbamazepina 200 mg	R	105																	
		E	106																	
	Acido valproico Tab 250 mg	R	107																	
		E	108																	
	Fentoina Suspensión oral 125mg/5ml.	R	109																	
		E	110																	
	Fentoina Tab 100 mg	R	111																	
		E	112																	
	Fenobarbital Tab 100mg	R	113																	
		E	114																	
	Trihexifenidilo Tab 5 mg	R	115																	
		E	116																	
	Biperideno Tab 2mg	R	117																	
		E	118																	
	Clorpromazina Tab 100 mg	R	119																	
		E	120																	
	Tioridazina Tab 100 mg	R	121																	
		E	122																	
Flufenazina Ampolla	R	123																		
	E	124																		
Haloperidol Amp 2mg/ml	R	125																		
	E	126																		
Haloperidol Tab 5 mg	R	127																		
	E	128																		
Amitriptilina Tab 25 mg	R	129																		
	E	130																		
Imipramina Tab 25 mg	R	131																		
	E	132																		

■ Anexo 2-6: Ejemplo de llenado correcto del censo de crónicos en el sector de salud (parte 6)

6.5 Medicamentos para cardíacos		6.6 Medicamentos para reumáticos																										
Digoxina 0.25 Mg	R	E	133	Alopurinol Tab 300 Mg	R	E	143	Ibuprofeno 400 Mg	R	E	145	Hidroclorouina Tab 200mg	R	E	147	Hidroclorouina Tab 400mg	R	E	149	Prednisona Tab 5 Mg	R	E	151	Prednisona Tab 50 Mg	R	E	153	154
	E	134	R		144	R	146		R	148	R		150	R	152													
Amiodarona 250 Mg	R	E	135	Clopidogrel Tab	R	E	141	ASA Tab 100mg	R	E	139	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	E	136	R		142	R	140		R	144	R																	
Amlodipina 5 Mg	R	E	137	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	E	138	R																									

■ Anexo 3: Hoja de evaluación del “Censo Comunitario de Personas con Enfermedades Crónicas”

SILAIS: _____ Municipio: _____

Número y Nombre de Sector: _____

Esta hoja se utiliza para la evaluación sobre el llenado, uso y gerencia del Censo Comunitario de Personas con Enfermedades Crónicas.

En la casilla de “**Puntuación**” anotar “**1**” cuando el criterio evaluado se cumple. Si el criterio no se cumple, anotar “**0**”.

Registrar “**NA**” (No Aplica) en caso que el criterio a monitorear no sea válido al momento de la evaluación.

En la columna de “**Resultados de la evaluación**” se debe anotar detalles de los hallazgos encontrados de cada ítem.

En la columna de “**Recomendaciones/Plan de mejora**” anotar las acciones que se deben realizar para mejorar la situación encontrada en cada ítem.

No.	Ítems Evaluados	Puntuación	Resultados de evaluación	Recomendaciones/ Plan de mejora
I. Llenado completo y correcto del censo comunitario de personas con enfermedades crónicas				
1	Encabezado			
2	Datos de Filiación			
3	No. de enfermedades crónicas por paciente			
4	Pacientes censados con enfermedad crónica			
5	Asistencia mensual			
6	Datos gerenciales			
7	Medicamentos R/E, según patologías			
8	Observaciones			
II. Atención y seguimiento a las personas con enfermedades crónicas				
9	Señala próximas citas de los pacientes			
10	Identifica a los pacientes inasistentes			
11	Evidencia de uso de medios de comunicación para contactar inasistentes			
12	Evidencia de búsqueda activa en conjunto con la RC a pacientes inasistentes			
13	Evidencia de visitas domiciliarias a pacientes crónicos en condiciones especiales			
III. Acciones de promoción de salud y prevención de inasistencia				
14	Número de Brigadistas de Enfermedades Crónicas (BEC) en cada barrio o comunidad			
15	Ubica en el croquis del barrio o comunidad a los pacientes con enfermedades crónicas en condición especial			
16	Realiza sesiones de círculos de crónicos mensualmente			

17	Participación del 80% de los pacientes en sesiones de círculos de crónicos en los últimos 3 meses			
IV. Plan de mejora				
18	Aborda en la reunión mensual con la RC análisis sobre la situación de los pacientes crónicos con énfasis en atención, inasistentes, entrega de medicamentos, seguimiento y círculos de crónicos.			
19	Elabora Plan en conjunto con la RC para mejorar la asistencia mensual, prevención de inasistencia y realiza visitas domiciliarias priorizando a los pacientes en condición especial			
20	Evidencia la ejecución y evaluación del plan de mejora			
21	Evidencia la retroalimentación sobre el seguimiento del plan de mejora en la reunión mensual con la RC			

En la casilla de “**Total de ítems cumplidos**” se anota el número de la sumatoria de ítems cumplidos.
 En la casilla de “**Total de ítems evaluados**”, se anota el número de la sumatoria de ítems evaluados.
 En la casilla de “**Porcentaje de cumplimiento**” se anota el porcentaje de cumplimiento de los ítems. El porcentaje se obtiene al dividir el total de ítems cumplidos entre el total de ítems evaluados x 100.

Total de ítems cumplidos	
Total de ítems evaluados	
Porcentaje de cumplimiento	

Fecha: _____

Nombre, cargo y firma del evaluador/es:

■ Anexo 4: Instructivo para el llenado de la hoja de evaluación del “Censo Comunitario de Personas con Enfermedades Crónicas”

I. Llenado completo y correcto del censo comunitario de personas con enfermedades crónicas

1. **Encabezado:** Escribir el nombre del SILAIS, municipio o sector correspondiente.
2. **Datos de filiación:** N° orden secuencial del número de personas anotados en el censo comunitario, nombres y apellidos (según cédula de identidad); sexo, edad en años, número de cédula o fecha de nacimiento, número de teléfono (de la persona, familiar, vecino, amigo o de un miembro de la red comunitaria); municipio, número y nombre del sector, barrio o comunidad y dirección exacta.
3. **N° de enfermedades crónicas por paciente:** Identificar cuantas enfermedades crónicas padece cada paciente de manera particular y anotar “1” en la casilla correspondiente, según el número de las enfermedades crónicas que padezca (Con Una, Con Dos, Con Tres o más).
4. **Pacientes censados con enfermedad crónica:** Anotar “1” en las casillas de las patologías que tenga la persona, según el censo. Por ejemplo, persona con diabetes e hipertensión, se anota “1” en la casilla de diabetes y anotar “1” en la casilla de hipertensión.
5. **Asistencia mensual:** Se debe marcar el día que el paciente es atendido en el mes, en color azul, ya sea en la unidad de salud, visita de terreno u otra actividad y el día de la próxima cita se registra en color negro en la casilla del siguiente mes, cuando el paciente acude a la cita, se escribe el día de la atención en color azul. Cuando en la atención mensual del paciente se detecta una complicación que amerite traslado a una unidad de salud de mayor resolución o derivación urgente a la atención especializada se debe escribir en rojo las iniciales del tipo de unidad de salud donde se hace la referencia “HN” Hospital Nacional, “HR” Hospital Regional, “HD” Hospital Departamental, “HP” Hospital Primario, “CSF” Centro de Salud Familiar, “CMP” Clínica Médica Previsional, “OI” Otra Institución.
6. **Datos Gerenciales:** Se debe marcar la fecha en las casillas de fecha ingreso al programa y fecha de atención especializada. Se debe marcar “1” mensualmente en la casilla correspondiente a los siguientes casos de datos importantes: Creatinina, Glicemia en ayuna, Fondo de ojo, Perfil lipídico, Perfil hepático, EKG y Ecocardiograma, Tamizaje para cánceres (Cérvico uterino, mama, próstata, estómago y otros), Nuevo ingreso al censo, Inasistente, Emigró, Hospitalizado y Fallecido.
7. **Medicamentos R/E, según patologías:** Se registra diariamente la cantidad de medicamentos recetados y cantidad de medicamentos entregados a cada paciente atendido.
8. **Observaciones:** Escribir datos para aclarar aspectos del proceso de atención a los pacientes: detalle si este paciente tiene una condición especial que necesite seguimiento a nivel domiciliario, altas hospitalarias, entre otras.

Nota; Verificar el llenado correcto y completo en el Censo comunitario de personas con enfermedades crónicas.

II. Atención y seguimiento a las personas con enfermedades crónicas

9. **Señala próximas citas de los pacientes:** Escribir el día que debe llegar el paciente para realizar la atención el próximo mes. *Verificar en el Censo comunitario de personas con enfermedades crónicas.*
10. **Identifica a los pacientes inasistentes:** Escribir un asterisco en rojo cuando el paciente no llega el día de su cita. Después de las 5 pm el paciente es inasistente. *Verificar en el Censo comunitario de personas con enfermedades crónicas.*
11. **Evidencia de uso de medios de comunicación para contactar inasistentes:** Se debe realizar contacto con los pacientes inasistentes que no acuden a su cita haciendo uso de medios de comunicación para que acudan a la unidad de salud o conocer los motivos de la inasistencia. Se debe realizar registro en libro de actas sobre los resultados de esta acción con fecha, hora, nombre, barrio o comunidad donde habita el paciente y los resultados obtenidos, por ejemplo; acudirá el día de mañana a las 10 am. *Verificar en el libro de actas de reuniones con la RC.*
12. **Evidencia de búsqueda activa en conjunto con la RC a pacientes inasistentes:** Cuando el paciente no acude a su cita y al hacer uso de medios de comunicación o intentar contactar con la RC y no es posible, se debe realizar coordinaciones en conjunto con la RC para visitar en el hogar, conocer los motivos de las inasistencias y brindar atención médica en caso necesario. *Verificar en*

el libro de actas de reuniones con la RC.

13. **Evidencia de visitas domiciliarias a pacientes crónicos en condición especial:** Los pacientes crónicos que por alguna otra condición física o social no pueden acudir a la unidad de salud deben ser visitados en conjunto con la RC para brindar atención médica y entregar su medicamento. *Verificar en el libro de actas de reuniones con la RC.*

III. Acciones de promoción de salud y prevención de inasistencia

14. **Número de Brigadistas de Enfermedades Crónicas (BEC) en cada barrio o comunidad:** Verificar el listado de la RC con su respectivo perfil y localidad a la que pertenece y comparar los datos de la RC con cada barrio o comunidad para fortalecer el seguimiento a los pacientes, debe existir al menos un brigadista BEC por cada barrio o comunidad. *Verificar en listado de la RC activa por barrio y/o comunidad.*
15. **Ubica en el croquis del barrio o comunidad a los pacientes con enfermedades crónicas en condición especial:** Señalar en el croquis del barrio o la comunidad la vivienda donde habita una persona con EC en condición especial para el seguimiento en caso necesario. *Verificar en el croquis del barrio o comunidad*
16. **Realiza sesiones de círculos de crónicos mensualmente:** Se debe realizar por sector de salud al menos una vez al mes sesiones de círculos de crónicos para promover los hábitos de vida saludable, adherencia al tratamiento, cuidados de la salud para prevenir complicaciones y prevenir la inasistencia. *Verificar en libro de actas de reunión con la RC o libro de actas de círculos de crónicos.*
17. **Participación del 80% de los pacientes en sesiones de círculos de crónicos en los últimos 3 meses:** Se debe garantizar cada mes al menos 1 sesión de círculo de crónicos y evaluar la asistencia en los últimos tres meses, donde deben participar el 80% de los pacientes crónicos en ese período. *Verificar en libro de actas de reunión con la RC o libro de actas de círculos de crónicos.*

IV. Plan de mejora

18. **Aborda en la reunión mensual con la RC análisis sobre la situación de los pacientes crónicos con énfasis en atención, inasistentes, entrega de medicamentos, seguimiento y círculos de crónicos:** Para fortalecer las acciones de promoción de salud, prevención de complicaciones, atención y rehabilitación con base en la comunidad, se debe realizar análisis en las reuniones mensuales con la RC sobre el proceso de atención y seguimiento a los pacientes. *Verificar en libro de actas de reunión mensual con la RC.*
19. **Elabora Plan en conjunto con la RC para mejorar la asistencia mensual, prevención de inasistencia y realiza visitas domiciliarias priorizando a los pacientes en condición especial:** Según la situación actual y el análisis con la RC en la reunión mensual se debe establecer plan de mejora fomentando el protagonismo de la RC. Se debe plantear acciones definiendo lugar, fecha, hora, meta y responsable de la ejecución. *Verificar en libro de actas de reunión mensual con la RC.*
20. **Evidencia la ejecución y evaluación del plan de mejora:** El ESAFC/GISI debe garantizar la realización de las actividades del plan de mejora, dejando evidencia de la ejecución en el libro de actas con nombre, apellidos, cargo y firma de los participantes. *Verificar en libro de actas de reunión mensual con la RC.*
21. **Evidencia la retroalimentación sobre el seguimiento del plan de mejora en la reunión mensual con la RC:** En la reunión mensual, también se deben abordar los resultados de la ejecución del plan de mejora para fortalecer el seguimiento a los pacientes mediante un proceso de mejora continua. *Verificar en libro de actas de reunión mensual con la RC.*

Anexo 5-1:
LISTA DE CHEQUEO PARA MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN
A LOS PACIENTES CON DIABETES.

SILAIS: _____ Municipio: _____ Sector: _____ Fecha: _____

Se revisarán 20 expedientes de pacientes con Diabetes mellitus. Cada número corresponde a un expediente monitoreado. Registre el número del expediente único, luego anotar "1" en la casilla correspondiente si el criterio evaluado se cumple. Si el criterio no se cumple, anotar "0". Registrar "NA" (No Aplica) en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso. En la casilla final de número de ítems que cumplen, se anotará la sumatoria de los ítem monitoreados que cumplieron los criterios. El porcentaje se obtiene al dividir el total de ítems que cumplen entre el total de ítems evaluados x 100.

El porcentaje nos servirá para priorizar los criterios que no se están cumpliendo de manera horizontal y de forma vertical valorar el expediente que no cumplió el porcentaje esperado.

DIABETES MELLITUS		Expedientes																				Promedio
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
N° de expediente único																						
1	Datos generales: Nombre y apellidos, cédula, dirección exacta, teléfono y expediente, según normativa 004.																					
2	Lista de problemas que identifiquen factores de riesgo y comorbilidades. (Actualización según condición clínica o anual) Normativa 004 (Formato P112F)																					
3	"Historia clínica del adulto" Normativa 004 (Formato P112E) (con énfasis en piel, mucosas, cavidad oral, uñas, tiroides, genitales, miembros inferiores, sensibilidad superficial y profunda, reflejo patelar y aquiliano, otros)																					
4	Datos de la atención: Fecha y hora de la atención, personal que brindó la atención, perfil, firma y sello.																					
5	Notas de evolución: Motivo de consulta, Historia de la enfermedad actual, SOAP completo con plan según AMEN																					
6	Medición de la circunferencia abdominal, peso, talla, cálculo e Interpretación del IMC. (en cada atención)																					
7	Medición, interpretación y abordaje de la presión arterial. (en cada atención).																					
8	Prescripción de medicamento de acuerdo a protocolos de atención.																					
9	Consistencia de datos entre las prescripciones del expediente y la receta despachada.																					
10	Realizar exámenes: Glicemia en ayunas, EGO, BHC, al menos trimestral y Creatinina, Perfil Lipídico, Perfil Hepático y Acido Úrico anualmente con registro, análisis e interpretación.																					

Anexo 5-2:

**LISTA DE CHEQUEO PARA MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN
A LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL.**

SILAIS: _____ Municipio: _____ Sector: _____ Fecha: _____

Se revisarán 20 expedientes de pacientes con Hipertensión arterial. Cada número corresponde a un expediente monitoreado. Registre el número del expediente único, luego anotar "1" en la casilla correspondiente si el criterio evaluado se cumple. Si el criterio no se cumple, anotar "0". Registrar "NA" (No Aplica) en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso. En la casilla final de número de ítems que cumplen, se anotará la sumatoria de los ítems monitoreados que cumplieron los criterios. El porcentaje se obtiene al dividir el total de ítems que cumplen entre el total de ítems evaluados x 100.

El porcentaje nos servirá para priorizar los criterios que no se están cumpliendo de manera horizontal y de forma vertical valorar que expediente no cumplió el porcentaje esperado.

HIPERTENSION ARTERIAL		Expedientes																				Promedio
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Nº de expediente único																						
1	Datos generales: Nombre y apellidos, cédula, dirección exacta, teléfono y expediente, según normativa 004.																					
2	Lista de problemas que identifiquen factores de riesgo y comorbilidades. (actualización anual o según condición clínica) Normativa 004 (Formato P112F)																					
3	"Historia clínica del adulto" Normativa 004 (Formato P112E) (con énfasis en el rostro fase de luna llena asociada al síndrome de cushing, grados de hipotrofia en extremidades, atrofia cutánea, equimosis espontánea, cambio en la forma de las uñas, (Acropaquia digital), arritmia, taquicardia, disnea, ortopnea.																					
4	Datos de la atención: Fecha y hora de la atención, personal que brindó la atención, perfil, firma y sello.																					
5	Notas de evolución: Motivo de consulta, Historia de la enfermedad actual, SOAP completo con plan según AMEN																					
6	Medición de la circunferencia abdominal, peso, talla, cálculo e Interpretación del IMC. (en cada atención)																					
7	Medición, interpretación y abordaje de la presión arterial. (en cada atención).																					
8	Prescripción de medicamento de acuerdo a protocolos de atención.																					
9	Consistencia de datos entre las prescripciones del expediente y la receta despachada.																					
10	Realizar exámenes: EGO, BHC, al menos trimestral y Creatinina, Perfil Lipídico, Perfil Hepático y Acido Úrico anualmente con registro, análisis e interpretación.																					

11	Electrocardiograma anual trimestral y Ecocardiograma anual, lectura e interpretación.																			
12	Fondo de ojo con pupila dilatada anualmente.																			
13	Valoración por medicina interna al menos 1 vez al año.																			
14	Tamizaje para cánceres anual (al menos Mamas, CACU, Estómago y Próstata)																			
15	Consejería sobre control de su enfermedad.																			
16	Realiza referencia oportuna a un nivel de mayor resolución de acuerdo a protocolos de atención.																			
17	Registrado en el censo comunitario de personas con enfermedades crónicas.																			
18	Seguimiento en el sector de salud a los pacientes contrarreferidos por el nivel de mayor resolución.																			
Número de ítems que cumple:																				
Porcentaje de cumplimiento																				

■ Anexo 6-1:

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON DIABETES.

	Ítem	Evidencia	Observación
1	Datos generales: Nombre y apellidos, cédula, dirección exacta, teléfono y expediente, según normativa 004.	Expediente Clínico	El número de teléfono debe ser del paciente, si no tiene puede ser el número de un familiar o líder comunitario.
2	Lista de problemas que identifiquen factores de riesgo y comorbilidades. (Actualización según condición clínica o anual) Normativa 004 (Formato P112F)	Historia clínica del adulto.	
3	"Historia clínica del adulto" Normativa 004 (Formato P112E) (con énfasis en piel, mucosas, cavidad oral, uñas, tiroides, genitales, miembros inferiores, sensibilidad superficial y profunda, reflejo patelar y aquiliano, otros)	Historia clínica del adulto	
4	Datos de la atención: Fecha y hora de la atención, personal que brindó la atención, perfil, firma y sello.	Hoja de evolución y tratamiento (Médico o enfermería)	En el sello debe verificarse el nombre y perfil del personal que atendió
5	Notas de evolución: Motivo de consulta, Historia de la enfermedad actual, SOAP completo con plan según AMEN	Hoja de evolución y tratamiento (Médico o enfermería)	
6	Medición de la circunferencia abdominal, peso, talla, cálculo e Interpretación del IMC. (en cada atención)	Hoja de evolución y tratamiento (Médico o enfermería)	
7	Medición, interpretación y abordaje de la presión arterial. (en cada atención).	Hoja de evolución y tratamiento (Médico o enfermería)	
8	Prescripción de medicamento de acuerdo a protocolos de atención.	Hoja de evolución y tratamiento (Médico o enfermería)	
9	Consistencia de datos entre las prescripciones del expediente y la receta despachada.	Hoja de evolución y tratamiento con receta de medicamentos.	
10	Realizar exámenes: Glicemia en ayunas, EGO, BHC, al menos trimestral y Creatinina, Perfil Lipídico, Perfil Hepático y Acido Úrico anualmente con registro, análisis e interpretación.	Expediente Clínico Hoja de reporte de laboratorio. Hoja de evolución y seguimiento.	Según condición clínica. Garantizar los exámenes antes de la valoración por especialista.
11	Electrocardiograma anual.	Expediente Clínico. Trazos del Electrocardiograma. Hoja de evolución y tratamiento con interpretación por especialista.	Garantizar los exámenes antes de la valoración por especialista.
12	Fondo de ojo con pupila dilatada anualmente.	Hoja de evolución y tratamiento. Hoja de contrarreferencia (Formato 1B).	

13	Valoración por medicina interna al menos 1 vez al año.	Hoja de evolución y tratamiento y/o Hoja de contrarreferencia.	Puede ser más frecuente, según condición clínica. El año se cuenta a partir de la fecha de ingreso al Censo comunitario.
14	Tamizaje para cánceres anual (al menos Mamas, CACU, Estómago y Próstata)	Expediente Clínico. Hoja de reporte del procedimiento. Hoja de evolución y tratamiento con su interpretación.	Garantizar los exámenes antes de la valoración por especialista.
15	Consejería sobre control de su enfermedad.	Hoja de evolución y tratamiento.	
16	Realizar referencia oportuna a un nivel de mayor resolución de acuerdo a protocolos de atención.	Copia de Hoja de referencia (Formato 1A).	
17	Registrado en el censo comunitario de personas con enfermedades crónicas.	Censo Comunitario de Personas con enfermedades crónicas.	
18	Seguimiento en el sector de salud a los pacientes contrarreferidos por el nivel de mayor resolución.	Hoja de evolución y tratamiento. Hoja de contrarreferencia (Formato 1B).	Considerar los planes de la hoja de contrarreferencia en los comentarios del expediente clínico

■ Anexo 6-2:

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL.

	Ítem	Evidencia	Observación
1	Datos generales: Nombre y apellidos, cédula, dirección exacta, teléfono y expediente, según normativa 004.	Expediente Clínico	El número de teléfono debe ser del paciente, si no tiene puede ser el número de un familiar o líder comunitario.
2	Lista de problemas que identifiquen factores de riesgo y comorbilidades. (actualización anual o según condición clínica) Normativa 004 (Formato P112F)	Historia clínica del adulto.	
3	"Historia clínica del adulto" Normativa 004 (Formato P112E) (con énfasis en el rostro fase de luna llena asociada al síndrome de cushing, grados de hipotrofia en extremidades, atrofia cutánea, equimosis espontánea, cambio en la forma de las uñas, (Acropaquia digital), arritmia, taquicardia, disnea, ortopnea.	Historia clínica del adulto.	
4	Datos de la atención: Fecha y hora de la atención, personal que brindó la atención, perfil, firma y sello.	Hoja de evolución y tratamiento (Médico o enfermería)	En el sello debe verificarse el nombre y perfil del personal que atendió
5	Notas de evolución: Motivo de consulta, Historia de la enfermedad actual, SOAP completo con plan según AMEN	Hoja de evolución y tratamiento (Médico o enfermería)	
6	Medición de la circunferencia abdominal, peso, talla, cálculo e Interpretación del IMC. (en cada atención)	Hoja de evolución y tratamiento (Médico o enfermería)	
7	Medición, interpretación y abordaje de la presión arterial. (en cada atención).	Hoja de evolución y tratamiento (Médico o enfermería)	
8	Prescripción de medicamento de acuerdo a protocolos de atención.	Hoja de evolución y tratamiento (Médico o enfermería)	
9	Consistencia de datos entre las prescripciones del expediente y la receta despachada.	Hoja de evolución y tratamiento con receta de medicamentos.	
10	Realizar exámenes: EGO, BHC, al menos trimestral y Creatinina, Perfil Lipídico, Perfil Hepático y Acido Úrico anualmente con registro, análisis e interpretación.	Expediente Clínico Hoja de reporte de laboratorio. Hoja de evolución y seguimiento.	Según condición clínica. Garantizar los exámenes antes de la valoración por especialista.
11	Electrocardiograma anual trimestral y Ecocardiograma anual, lectura e interpretación	Expediente Clínico. Trazos del Electrocardiograma. Hoja de evolución y tratamiento con interpretación por especialista.	Garantizar los exámenes antes de la valoración por especialista.
12	Fondo de ojo con pupila dilatada anualmente.	Hoja de evolución y tratamiento. Hoja de contrarreferencia (Formato 1B).	

13	Valoración por medicina interna al menos 1 vez al año.	Hoja de evolución y tratamiento y/o Hoja de contrarreferencia.	Puede ser más frecuente, según condición clínica. El año se cuenta a partir de la fecha de ingreso al Censo comunitario.
14	Tamizaje para cánceres anual (al menos Mamas, CACU, Estómago y Próstata)	Expediente Clínico. Hoja de reporte del procedimiento. Hoja de evolución y tratamiento con su interpretación.	Garantizar los exámenes antes de la valoración por especialista.
15	Consejería sobre control de su enfermedad.	Hoja de evolución y tratamiento.	
16	Realiza referencia oportuna a un nivel de mayor resolución de acuerdo a protocolos de atención.	Copia de Hoja de referencia (Formato 1A).	
17	Registrado en el censo comunitario de personas con enfermedades crónicas.	Censo Comunitario de Personas con enfermedades crónicas.	
18	Seguimiento en el sector de salud a los pacientes contrarreferidos por el nivel de mayor resolución.	Hoja de evolución y tratamiento. Hoja de contrarreferencia (Formato 1B).	Considerar los planes de la hoja de contrarreferencia en los comentarios del expediente clínico

El presente documento, fue elaborado por el Comité Técnico de Enfermedades Crónicas No Transmisibles que se formó en los SILAIS y La Dirección General de Servicios de Salud, basado en las Normativas Vigentes del MINSA, con el apoyo Técnico y Financiero de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

Proyecto de Mejoramiento de la Atención Primaria de Salud mediante el
Fortalecimiento del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria
Proyecto Vida, Salud y Fuerza
Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

