

Es el Tiempo de  
**Casanare**  
-PRODUCTIVO -EQUITATIVO -SOSTENIBLE



**EPS  
capresoca**  
*- Existimos para la Gente -*

**RUTA CARDIO CEREBRO VASCULAR Y METABOLICA (RCCVYM)  
CAPRESOCA EPS**

<b>NOMBRE DEL PROCESO:</b>	GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	<b>RESPONSABLE DEL PROCESO:</b>	SUBGERENTE DE ASEGURAMIENTO DEL RIESGO EN SALUD
----------------------------	-----------------------------	---------------------------------	---

CONTROL DE CAMBIOS			
Versión	Fecha	Descripción del Cambio	Responsable
1	2022-01-19	Versión Inicial	<b>ANA MARIA BETANCUR HENAO</b> Subgerente de aseguramiento del riesgo en salud

CONTROL DEL DOCUMENTO		
Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de trabajo del proceso	Oficina de Planeación	Gerencia

## 1. INTRODUCCIÓN

La integralidad de la atención en salud, como uno de los elementos esenciales del derecho fundamental a la salud, hace un llamado a los diferentes sectores y actores del SGSSS, responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción de la salud de la población en general, la prevención de factores de riesgo y de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento y en general que desarrollan acciones que inciden en los resultados en salud de la población y sus familias, a trabajar de manera articulada y consensuada de acuerdo con sus competencias, responsabilidades y funciones, en cada uno de los niveles de gestión y con participación de la ciudadanía, para impactar positivamente los determinantes sociales de la salud, la situación de salud de la población y contribuir al desarrollo humano.

La ruta integral de atención en salud cardio cerebro vascular y metabólica manifiesta, es una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento que se plantea con el fin de priorizar los servicios a los pacientes con alteraciones cardiovasculares y metabólicas que se encuentran en riesgo, promoviendo estilos de vida saludables y previniendo complicaciones, mediante un tratamiento accesible y acorde a las GPC a todos los afiliados pertenecientes a la cohorte, de forma diligente y oportuna mediante la implementación de la ruta de las alteraciones cardio cerebro vasculares.

Es así, que para su operatividad se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Identificar a los afiliados de acuerdo a los diferentes cursos de vida: Juventud, adultez y vejez.
- Garantizar los servicios de salud a la población afiliada en los diferentes cursos de vida.
- Establecer red de prestadores de servicios por territorios en el departamento de Casanare y fuera de este, cuando la necesidad del servicio supere la capacidad instalada.
- Contar con una red de prestación de servicios completa y suficiente, que garantice la ejecución sin barreras, de las actividades e intervenciones establecidas en la Ruta

cardio cerebro-vascular, que garantice la atención articulada entre el componente primario y complementario de la red, con atributos de calidad como oportunidad, accesibilidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

## **2. PROPOSITO**

La RUTA CCV pretende garantizar la atención integral a los usuarios de la EPS con enfoque en el seguimiento y control de la adherencia al plan terapéutico, disminuyendo las complicaciones cardio cerebro vasculares y metabólicas y ayudando al mantenimiento de la salud.

## **3. JUSTIFICACIÓN**

La carga mundial de enfermedades no transmisibles sigue en aumento; hacer frente a esta realidad constituye uno de los principales desafíos para el desarrollo en el siglo XXI. El mundo se encuentra en un momento decisivo de la historia de las enfermedades no transmisibles (ENT) y tiene ante sí, una oportunidad única de alterar su curso. En el Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 (conocido como Plan de acción mundial de la OMS sobre las ENT) las principales potencias mundiales han llegado a un acuerdo con respecto a un conjunto de nueve metas de aplicación voluntaria, que deberían ser alcanzadas para el 2025. Estas metas hacen referencia a la disminución del uso nocivo del alcohol, la actividad física insuficiente, la ingesta de sal o sodio, el consumo de tabaco y la hipertensión; detener el aumento de la diabetes y la obesidad, y mejorar la cobertura del tratamiento en las personas población objeto para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares. También hay una meta relativa a la mejora de la disponibilidad y accesibilidad de tecnologías y medicamentos esenciales para tratar las enfermedades no transmisibles. Los países deben realizar progresos con respecto a todas ellas para alcanzar la meta al 2025 y reducir en un 25% la mortalidad prematura por las cuatro principales enfermedades no transmisibles (Enfermedades Cardiovasculares, Cáncer, Diabetes y Enfermedades Respiratorias Crónicas).<sup>1</sup>

**NIT. 891.856.000-7**

La Ruta CCV Y METABOLICA tiene como finalidad la prestación de servicios de salud de manera integral que permita identificar oportunamente todos los factores de riesgos a los afiliados con el fin de prevenirlos y derivarlos oportunamente para su manejo, de igual manera fomentar las capacidades, habilidades y prácticas saludables para promover el cuidado de la salud fortaleciendo las intervenciones oportunas para los usuarios población objeto de esta ruta.

La OMS prevé que para el año 2.030 las muertes por enfermedades cardiovasculares ascenderán a 23,3 millones. En los años transcurridos entre 2000 y 2013 la principal causa de muerte, a nivel mundial, fueron las relacionadas con las enfermedades cardiovasculares, específicamente la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares. En 2012 se reportaron alrededor de 56 millones de muertes en todo el mundo; las enfermedades no transmisibles (ENT) fueron responsables de más del 68% de estas muertes que en comparación con el 60% registrado para el año 2.000, evidencian un aumento significativo en las muertes a nivel mundial, siendo las enfermedades cardiovasculares la principal causa.

<sup>1</sup> informe sobre la situación mundial de las Enfermedades no trasmisibles 2014

#### 4. OBJETIVO GENERAL

Garantizar el cumplimiento de las intervenciones colectivas e individuales establecidas en la ruta Cardio Cerebro vascular y Metabólica, así como las acciones de gestión de la salud pública, para potenciar las capacidades físicas, cognitivas y psicosociales del afiliado y su familia.

##### 4.1. Objetivos Específicos

- Caracterizar la población objeto de la ruta cardio cerebro-vascular, identificando tempranamente la exposición o presencia de factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para un manejo oportuno.
- Implementar la ruta cardio cerebro vascular con la red primaria contratada por Capresoca EPS según los lineamientos establecidos para la atención y el mantenimiento de la salud.
- Gestionar de forma temprana, oportuna e integralmente los principales riesgos en salud que puedan presentar los usuarios población objeto de la ruta, teniendo en cuenta los riesgos acumulados y los emergentes característicos del curso de vida en el que se encuentren.
- Permitir la articulación de las acciones del sector salud con las de otros sectores apuntando al desarrollo integral de los afiliados.

#### 5. POBLACIÓN OBJETO Y ALCANCE.

La Ruta integral de atención en salud Cardio Cerebro Vascular está dirigida a toda los afiliados de Capresoca EPS mayores de 18 años que hayan sido diagnosticados por un profesional de la medicina con algún riesgo Cardiovascular (Hipertensión Arterial o Diabetes Mellitus); Comprende las acciones enfocadas a facilitar el desarrollo integral y multidimensional de las personas, con miras a garantizar su estado de salud y minimizar los riesgos de complicaciones, identificando a la población objeto y realizando el abordaje

NIT. 891.856.000-7

a través de la Ruta Cardio cerebro- vascular.

Esta ruta inicia con el estudio del usuario sospechoso de enfermedad Cardiovascular y metabólica, quien ingresa principalmente remitido de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, o en menor proporción por la demanda espontanea u otras rutas y finaliza con la derivación del usuario a una ruta específica como la ruta de Hipertensión Arterial o Diabetes Mellitus, con el fin de garantizar el manejo integral de la enfermedad, mediante intervenciones individuales y colectivas que permitan el control, estabilización y seguimiento de la situación actual de salud.

## 6. MARCO NORMATIVO

- **Ley 100 De 1993.** Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- **Resolución 3997 de 1996.** por la cual se establecen las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el sistema general de seguridad social en salud.
- **Acuerdo 117 de 1998.** Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades procedimientos e intervenciones de demanda inducida y las enfermedades de interés en salud pública.
- **Decreto 1538 de 2006:** Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.  
**Resolución 4003 de 2008.** Por medio del cual se adopta el Anexo Técnico para el manejo integral de los pacientes afiliados al Régimen Subsidiado, en el esquema de subsidio pleno, de 45 años o más con hipertensión arterial o diabetes mellitus tipo 2.
- **Resolución 4505 de 2012.** Por el cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica y Detección Temprana y aplica las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
- **Resolución 1841 de 2013.** Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

- **Ley Estatutaria 1751 de 2015.** Garantiza el derecho a la salud como un derecho fundamental a cargo del Estado y establece sus mecanismos de protección.
- **Resolución 1441 de 2016.** Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.
- **Resolución 3202 de 2016.** Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, y se dictan otras disposiciones.
- **Resolución 429 de 2016.** Política Integral de salud.
- **Resolución 3280 de 2018.** Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.

## 7. DEFINICIONES CONCEPTUALES

**Enfermedades cardiovasculares:** Según la OMS se clasifican en: Hipertensión Arterial, Cardiopatía Coronaria (infarto de miocardio), Enfermedad Cerebrovascular, Enfermedad Vascular Periférica, Insuficiencia Cardíaca, Cardiopatía Reumática, Cardiopatía Congénita y otras Miocardiopatías. Este grupo de patologías han sido consideradas las principales causas de muerte en el mundo, pues se ha identificado que cada año mueren más personas por alguna de ellas que por cualquier otra causa; se estima que estas enfermedades afectan casi por igual a hombres y mujeres, principalmente en países con ingresos bajos a medios (subdesarrollados), en los cuales se produce más del 80% de las defunciones a nivel mundial por esta causa.

**ENFERMEDADES CRONICAS:** Son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes.

**DIABETES MELLITUS:** alteraciones metabólicas de múltiples etiologías caracterizadas por hiperglucemia crónica y trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, resultado de defectos en la secreción de insulina, en la acción de esta o en ambas



(OMS).

**HIPERTENSION ARTERIAL:** Enfermedad crónica caracterizada por el incremento en la fuerza de eyección de la sangre al ser bombeada por el corazón, frente a la resistencia de las paredes arteriales. Entre mayor sea la cifra de presión arterial, mayor es la fuerza que debe realizar el corazón. Se consideran cifras de hipertensión aquellas superiores o iguales a 140/90

**HITO:** Resultados de la gestión y proceso de atención que se convierten en trazadores y marcan la diferencia en el logro de resultados en la salud en las personas, familias y comunidades. Pueden recoger una o varias intervenciones en salud y pueden hacer referencia a aspectos como coberturas, accesibilidad, pertinencia y oportunidad. De igual manera, deben estar soportados por evidencia científica. (Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C., abril de 2016)

**COMORBILIDAD:** Condición en la cual un individuo presenta 2 o más patologías simultáneas. Por ejemplo, una persona con hipertensión, también puede tener diabetes mellitus.

**SOBREPESO:** Aumento del peso corporal por encima del patrón establecido.

**MORTALIDAD:** Indica el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa para ambos sexos y todos los grupos de edad. (OMS).

**PAS:** Presión Arterial Sistólica.

**PAD:** Presión Arterial Diastólica.

**MAPA:** Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial.

## 8. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Capresoca EPS dentro de su caracterización poblacional garantiza atención oportuna a la población con riesgo cardiovascular mediante los servicios de medicina general y medicina especializada, laboratorio clínico de primer y segundo nivel para aproximadamente 12.200 pacientes diagnosticados con HTA, DM y DM+HTA. Esta población está distribuida de la siguiente manera: 1.433 tiene diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM), 8.716 presentan diagnóstico de Hipertensión arterial (HTA), y 2.128 padecen las dos enfermedades (DM+HTA).

La caracterización se construyó con la información de la población identificada en la cohorte de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus reportada por los prestadores de la red primaria y consolidada por la EPS a corte de junio de 2021.

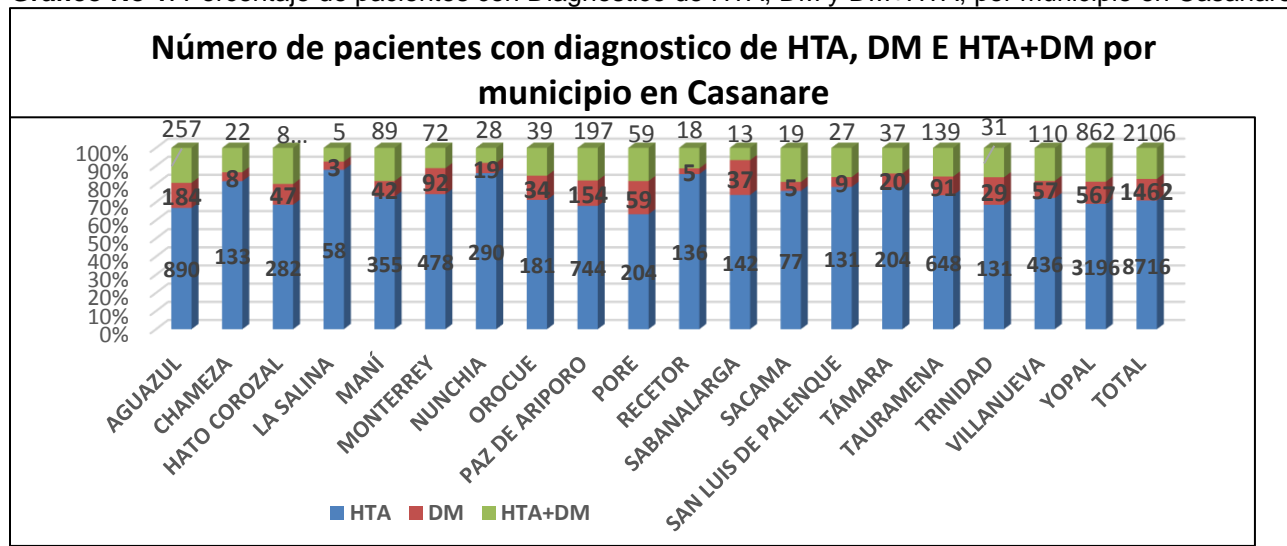
**Tabla No 1.** Número de pacientes con Diagnóstico de HTA, DM e HTA+DM, según municipio del departamento de Casanare.

MUNICIPIO	HTA	DM	HTA+DM	TOTAL
AGUAZUL	890	184	257	1331
CHAMEZA	133	8	22	163
HATO COROZAL	282	47	82	411
LA SALINA	58	3	5	66
MANÍ	355	42	89	486
MONTERREY	478	92	72	642
NUNCHIA	290	19	28	337
OROCUE	181	34	36	254
PAZ DE ARIPORO	744	154	197	1095
PORE	204	59	59	322
RECETOR	136	5	18	159
SABANALARGA	142	37	13	192
SACAMA	77	5	19	101
SAN LUIS DE PALENQUE	131	9	27	167
TÁMARA	204	20	37	261
TAURAMENA	648	91	139	878
TRINIDAD	131	29	31	191

VILLANUEVA	436	57	110	603
YOPAL	3196	567	862	4625
<b>TOTAL</b>	<b>8716</b>	<b>1460</b>	<b>2103</b>	<b>12279</b>

**Fuente:** Bases de datos cohorte de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Capresoca EPS junio de 2021

**Gráfico No 1.** Porcentaje de pacientes con Diagnostico de HTA, DM y DM+HTA, por municipio en Casanare



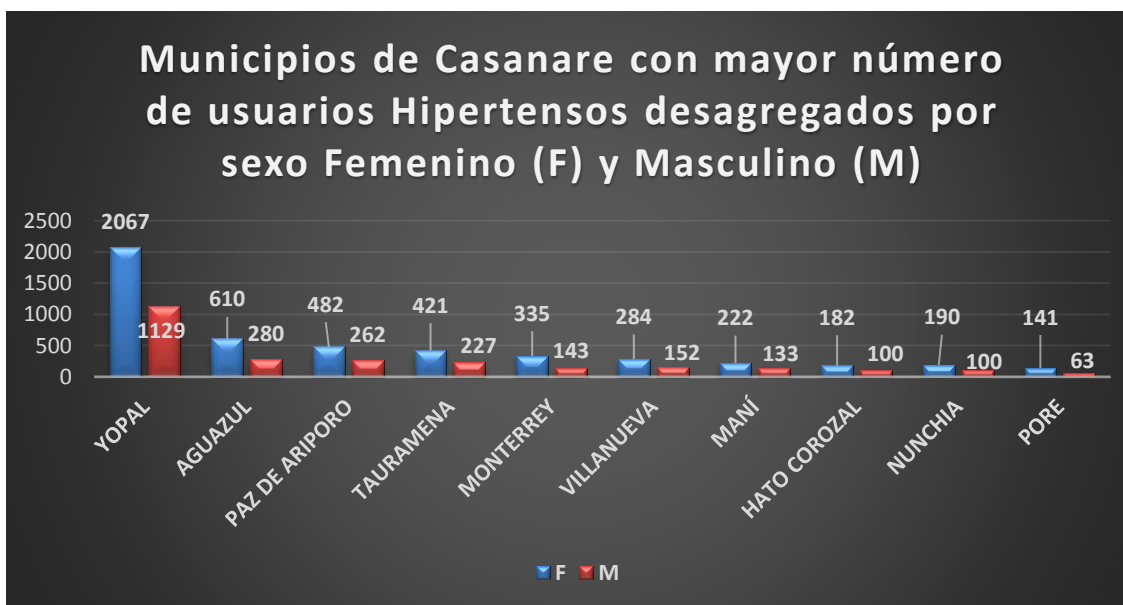
**Tabla No 2.** Distribución de Pacientes con Diagnostico de HTA, DM e HTA+DM, según el sexo Femenino (F) y Masculino (M) por Municipio.

MUNICIPIO	HTA			DM			HTA+DM			TOTAL
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	
AGUAZUL	610	280	890	118	66	184	190	67	257	1331
CHAMEZA	80	53	133	4	4	8	14	8	22	163
HATO COROZAL	182	100	282	23	24	47	66	16	82	411
LA SALINA	39	19	58	2	1	3	3	2	5	66
MANÍ	222	133	355	24	18	42	57	32	89	486
MONTERREY	335	143	478	62	30	92	41	31	72	642
NUNCHIA	190	100	290	11	8	19	20	8	28	337
OROCUE	116	65	181	18	16	34	26	10	36	251
PAZ DE ARIPORO	482	262	744	103	51	154	143	54	197	1095
PORE	141	63	204	39	18	57	41	18	59	320
RECETOR	68	68	136	5	0	5	15	3	18	159

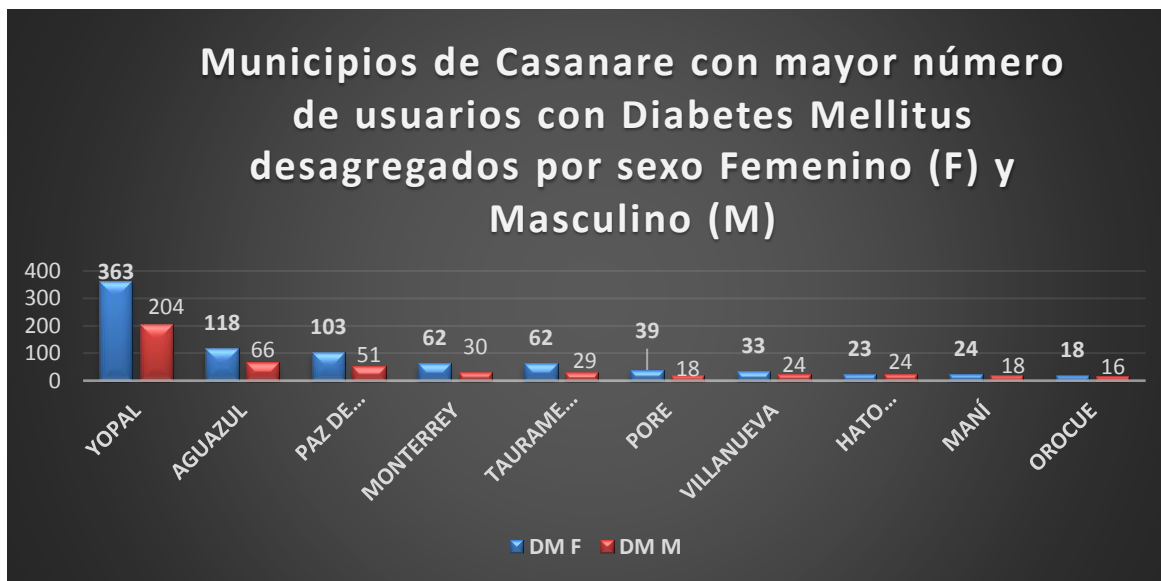
SABANALARGA	99	42	141	8	5	13	28	10	38	192
SACAMA	41	36	77	3	2	5	15	4	19	101
SAN LUIS DE PALENQUE	77	54	131	5	4	9	18	9	27	167
TÁMARA	72	132	204	14	6	20	33	4	37	261
TAURAMENA	421	227	648	62	29	91	94	45	139	878
TRINIDAD	88	43	131	25	4	29	28	3	31	191
VILLANUEVA	284	152	436	33	24	57	76	34	110	603
YOPAL	2067	1129	3196	363	204	567	601	261	862	4625
<b>TOTAL</b>	<b>5614</b>	<b>3101</b>	<b>8715</b>	<b>922</b>	<b>514</b>	<b>1436</b>	<b>1509</b>	<b>619</b>	<b>2128</b>	<b>12279</b>

**Fuente:** Bases de datos cohorte de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Capresoca EPS junio de 2021

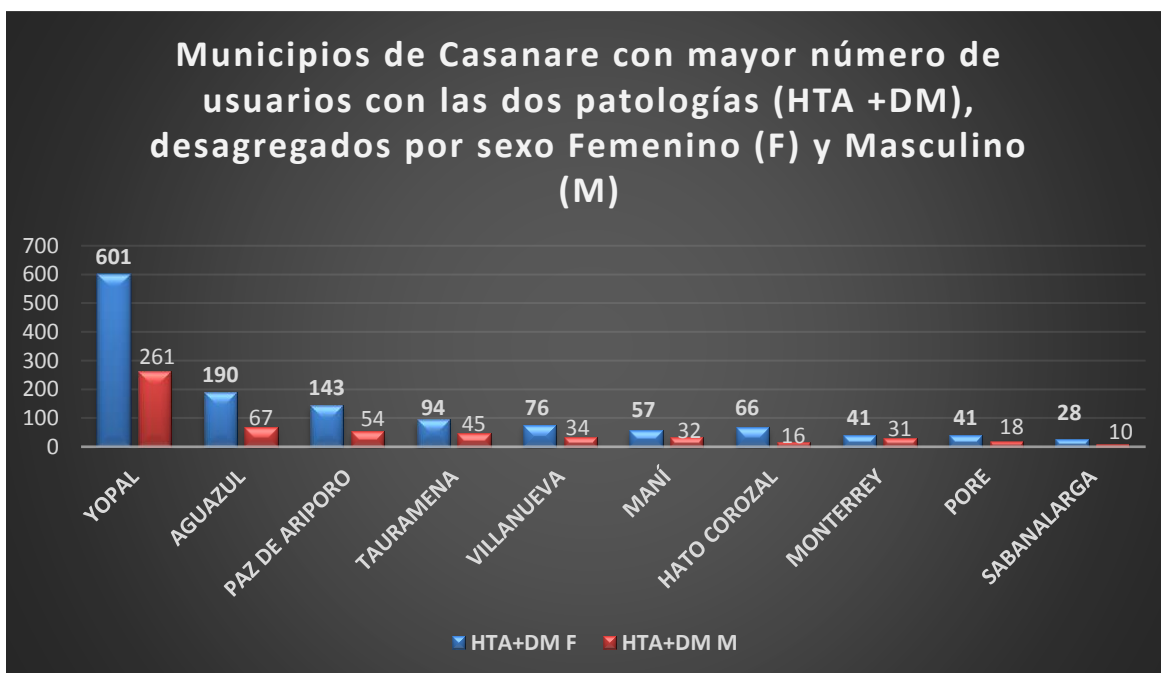
**Gráfico No 2.** Principales municipios de Casanare con el mayor número de usuarios hipertensos diagnosticados desagregados por sexo.



**Gráfico No 3.** Principales municipios de Casanare con el mayor número de usuarios Diabéticos diagnosticados, desagregados por sexo.



**Gráfico No 4.** Principales municipios de Casanare con el mayor número de usuarios Diabéticos e hipertensos diagnosticados, desagregados por sexo.

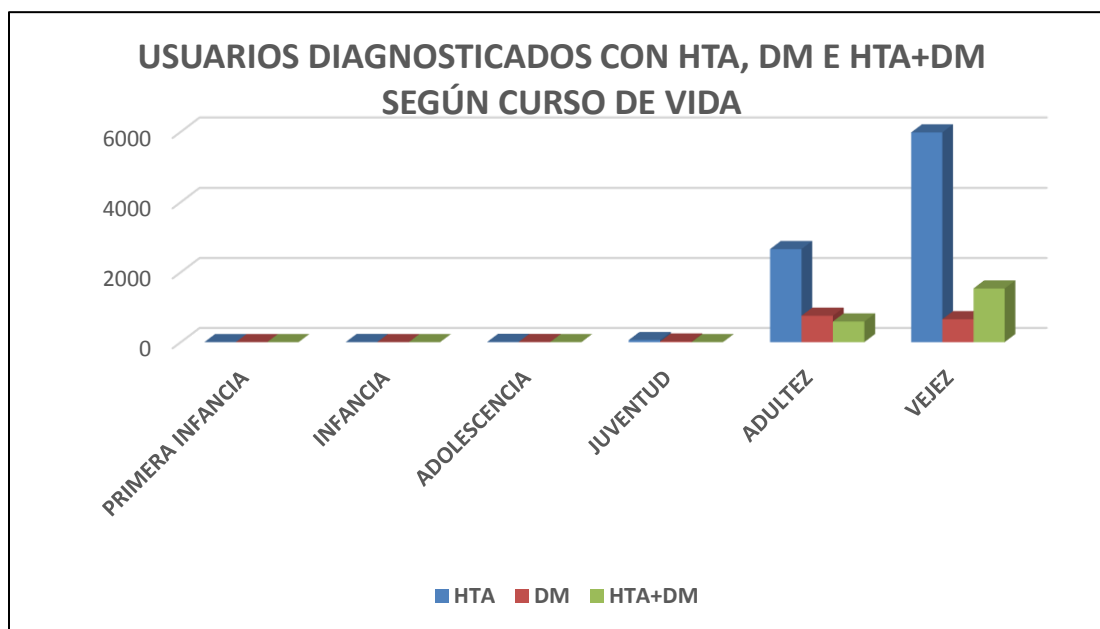


**Tabla No 3.** Número de pacientes con Diagnostico de HTA, DM y DM+HTA, según curso de vida.

CURSO DE VIDA	HTA	DM	HTA+DM	TOTAL
PRIMERA INFANCIA	2	1	0	3
INFANCIA	3	1	0	4
ADOLESCENCIA	7	5	1	13
JUVENTUD	60	19	2	81
ADULTEZ	2661	756	590	4007
VEJEZ	5981	655	1535	8171
<b>TOTAL</b>	<b>8714</b>	<b>1437</b>	<b>2128</b>	<b>12279</b>

**Fuente:** Bases de datos cohorte de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Capresoca EPS junio de 2021

**Gráfico No 5.** Pacientes con diagnóstico de HTA, DM e HTA+DM, según curso de vida.



## **9. DESARROLLO DE LA RUTA CARDIO CEREBRO VASCULAR Y METABOLICA**

Esta ruta se activa en el momento en que el médico durante la consulta sospecha que el paciente puede estar cursando con una enfermedad de origen hipertensivo o diabético y se envían una serie de laboratorios que, junto a algunas recomendaciones en los estilos de vida, puedan confirmar o descartar la sospecha del diagnóstico.

Está ruta comprende un conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas que garantizan el derecho a la salud, mediante políticas y planes, que se materializan en atenciones dirigidas a los pacientes, las familias y comunidades con la finalidad de promocionar la salud, prevenir la enfermedad, diagnosticar, tratar, rehabilitar y brindar en el caso que sea necesario cuidados paliativos que permitan mejorar la calidad de vida de la población objeto.

Capresoca dentro de sus funciones como EAPB debe evaluar a través del monitoreo permanente el sistema de gestión integral del riesgo en salud; además de garantizar la red de prestación de servicios para todos los afiliados de manera oportuna e integral, especialmente los pacientes pertenecientes a la cohorte de riesgo cardiovascular, los pacientes con hipertensión arterial y Diabetes mellitus, con el fin de realizar intervenciones oportunas que mitiguen el riesgo de complicación, permitan una estabilidad de la enfermedad crónica y repercuta de manera positiva en la mejoría de la condición actual de salud.

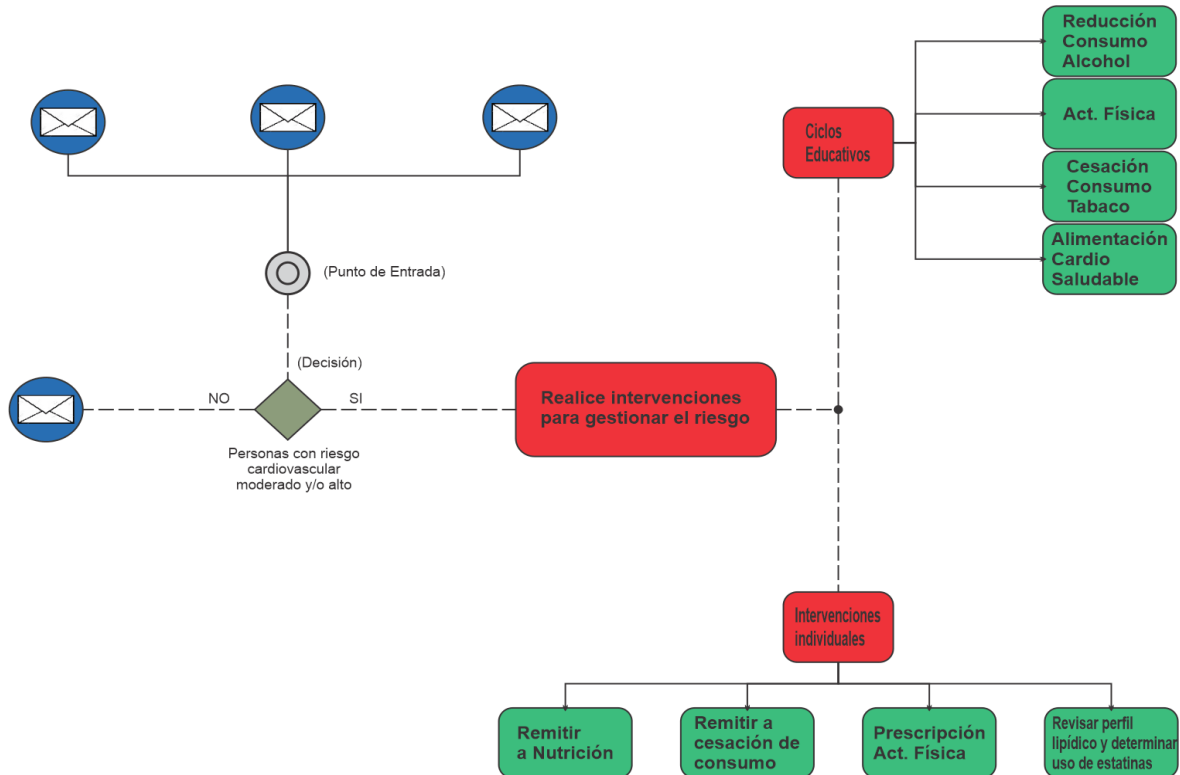
La EAPB se permite adoptar los lineamientos del Ministerio de Salud y la Protección Social en cuanto a las RIAS de RIESGO CARDIOVASCULAR Y METABOLICO, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS con el único objetivo de brindar un proceso integral y trazador a los usuarios con algún tipo de riesgo cardiovascular.

PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS	CUPS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD EN AÑOS						TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
		29 - 34	35 -39	40 - 44	45 - 49	50 - 52	53 -55		
Tamizaje para cáncer de colon (Sangre oculta en materia fecal por inmunoquímica )	907009					Cada 2 años a partir de los 50 años		No aplica	Tamizaje de cáncer de colon
Colonoscopia *	452301					Según resultados prueba de sangre oculta		Especialista en gastroenterología y endoscopia	Tamizaje de cáncer de colon
Biopsia de colón	452500					Según hallazgos endoscópicos			
Tamizaje de riesgo cardiovascular y metabólico: glicemia basal, perfil lipídico, creatinina, uroanálisis	907106 903841 903895 903868 903818 903815 903816	Quinquenal						No aplica	Atención en salud por medicina general o medicina familiar en la adultez
Prueba rápida treponémica	906039	Según exposición al riesgo (relaciones sexuales sin protección)						Profesional en medicina general Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	
Prueba rápida para VIH	906249	Según exposición al riesgo (relaciones sexuales sin protección)						Profesional en medicina general Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	

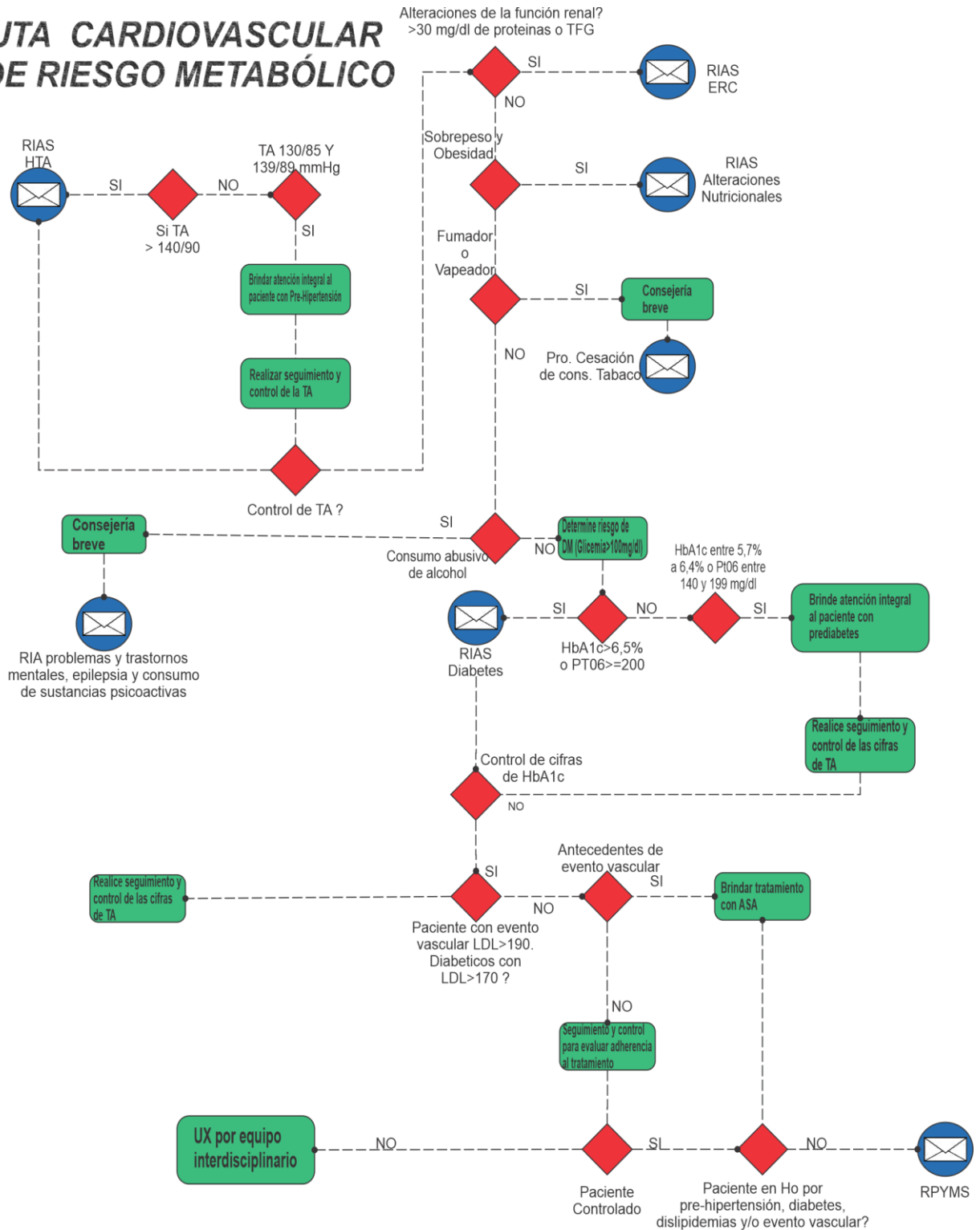
Resolución 3280 de 2018. Frecuencia del tamizaje Cardiovascular



**RUTA CARDIOVASCULAR Y DE RIESGO METABOLICO**



**RUTA CARDIOVASCULAR  
Y DE RIESGO METABÓLICO**



## 10. RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Las IPS primarias contratadas por la EPS, a través de la ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud deben garantizar la tamización a toda la población entre 18 a 69 años, este tamizaje de riesgo cardiovascular debe estar compuesto por los siguientes 4 laboratorios clínicos:

- ✓ Glicemia basal
- ✓ Perfil lipídico
- ✓ Creatinina y
- ✓ Uroanálisis

La prehipertensión o presión normal-alta (TA 120-139/80-89 mmHg) no requiere iniciar terapia farmacológica. En personas con PAS

La confirmación del Diagnóstico de HTA debe hacerse cuando las cifras de tensión arterial son mayores a 150/95mm/Hg y se debe realizar identificación de lesión de órgano blanco (Retinopatía hipertensiva, Hipertrofia Ventricular Izquierda, Nefropatía Hipertensiva y Lesión Microvascular). En personas con cifras tensionales entre 135-150/85-95 se debe solicitar el MAPA (Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial) para confirmar el diagnóstico. Posteriormente el usuario debe ingresar al programa de manejo integral del paciente con HTA en donde se debe realizar todo el proceso de identificación del riesgo y estabilidad de la enfermedad mediante la implementación de intervenciones específicas que eviten complicaciones o eventos secundarios que mejoren la calidad de vida. Si por el contrario el paciente no cumple con los criterios de diagnóstico para hipertensión, es decir que se descarta ese diagnóstico, se debe garantizar educación sobre estilos y hábitos de vida saludable, promover el autocuidado e incentivar a continuar con las actividades propias del curso de vida al que pertenezca, garantizando las atenciones a través de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, en donde se continuará practicando el tamizaje de riesgo cardiovascular con la periodicidad establecida según los lineamientos de la resolución 3280 de 2018.

Una vez el paciente ingresa al programa de HTA en la IPS, la meta es controlarlo para que la cifra de

presión arterial se mantenga en 140/90 mmHg, y si existe la posibilidad de presentar algún evento cardiovascular en los próximos 10 años, la meta debe ser más exigente, es decir la cifra tensional debe ser de 130/90. A los usuarios se les debe realizar la estratificación del riesgo cardiovascular a través de la escala de Framingham y se debe proceder a definir el plan de manejo individualizado que requiera y la necesidad de instaurar manejo farmacológico: se debe iniciar el tratamiento con diuréticos tiazídicos si no hay contraindicaciones. Según GPC si la TAS > 160 o TAD > 100 se recomienda iniciar tratamiento de combinación de familias antihipertensivas. De igual manera se recomienda:

- ✓ Brindar educación en promoción de estilos de vida saludable
- ✓ Realizar prescripción de actividad física para reducir el riesgo cardiovascular y metabólico.
- ✓ Direccionar al Programa de cesación de consumo de tabaco y reducción del consumo de alcohol.
- ✓ Remitir a consulta y educación individual por nutrición y dietética.

Capresoca EPS debe garantizar la remisión a medicina especializada para valoración de órgano blanco; esto se realizará a través de:

- ✓ Valoración oftalmológica (daño microvascular retinopatía diabética o hipertensiva)
- ✓ Valoración de Medicina Interna (hipertrofia ventricular izquierda)
- ✓ valoración de Nefrología (lesión glomerular, nefropatía hipertensiva)

Si el paciente presenta difícil manejo, se debe remitir al prestador complementario y continuar con el programa de atención integral.

Si el paciente presenta alguna de las siguientes condiciones se recomienda:

- ✓ Para paciente con Hipertrofia ventricular izquierda (HVI) se debe garantizar manejo por especialista (Médico internista o Cardiólogo), tratamiento y seguimiento de la HTA e HVI; se debe reportar a la EAPB para la cuenta de Alto costo. Y la IPS primaria debe garantizar el seguimiento por el equipo interdisciplinario. (Médico general, Enfermera profesional, Odontología, Nutrición y medicina especializada).
- ✓ Si el paciente presenta Retinopatía Hipertensiva, se debe realizar valoración y manejo por parte del especialista (Oftalmólogo). Se debe continuar con el seguimiento integral.

- ✓ Si el paciente presenta enfermedad renal crónica se debe garantizar valoración por Nefrología, definir el ingreso al programa de Atención de Enfermedad Renal Crónica y debe reportarse a la EAPB para la Cuenta de Alto Costo; Si el paciente no presenta riesgo de Enfermedad Crónica Renal se debe garantizar la atención integral por el equipo interdisciplinario.
- ✓ En cuanto a la atención y seguimiento de pacientes de difícil control es decir con criterios clínicos para manejo permanente de prestador complementario se debe garantizar la atención integral a estos pacientes con criterios de permanencia de prestador complementario y se debe reportar a las EAPB para la Cuenta de Alto costo.
- ✓ Cuando el Individuo ingresa a un servicio de urgencia a causa de una emergencia o urgencia Hipertensiva se deben prestar los servicios que garanticen la atención integral y estabilización de la situación. Si el paciente no hacía parte de la cohorte de hipertensión arterial, se debe informar a la EPS y garantizar el ingreso al programa.

### Periodicidad en la Atención y Exámenes según el Estadío de la Hipertensión Arterial

- **Riesgo Bajo:**

PERIODICIDAD DE LA ATENCION					
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ESTADIO I, SIN FACTORES DE RIESGO, SIN LESIÓN DE ORGANO BLANCO Y SIN CONDICIONES CLINICAS ASOCIADAS.					
PROFESIONAL	FRECUENCIA DE LA ATENCIÓN	PROCEDIMIENTO/EXAMEN LAB.	INICIAL	SEMESTRAL	ANUAL
MÉDICO GENERAL	CADA 3 MESES	1. GLICEMIA BASAL	X		X
		2. PARCIAL DE ORINA	X		X
		PERFIL LIPIDICO (3. TRIGLICERIDOS, 4. COLESTEROL DE ALTA Y BAJA DENSIDAD Y 6. COLESTEROL TOTAL)	X	X	
		7. CREATININA	X	X	
		8. ELECTROCARDIOGRAMA	X	X	
ENFERMERIA	CADA 3 MESES	CICLOS EDUCATIVOS-EVS			
NUTRICIÓN	CADA 6 MESES	CONTROL DE PESO-IMC		X	
PSICOLOGIA	ANUAL	MODIFICACIÓN A EVS			X

- Riesgo Moderado:**

PERIODICIDAD DE LA ATENCIÓN					
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ESTADIO I CON ALGÚN FACTOR DE RIESGO, HTA ESTADIO II CON HASTA 2 FACTORES DE RIESGO Y SIN LESIÓN DE ÓRGANO BLANCO O CONDICIONES CLINICAS ASOCIADAS.					
PROFESIONAL	FRECUENCIA DE LA ATENCIÓN	PROCEDIMIENTO/EXAMEN LAB.	INICIAL	SEMESTRAL	ANUAL
MÉDICO GENERAL	CADA 3 MESES	1. GLICEMIA BASAL	X		X
		2. PARCIAL DE ORINA	X		X
		PERFIL LIPIDICO (3. TRIGLICERIDOS, 4. COLESTEROL DE ALTA Y BAJA DENSIDAD Y 6. COLESTEROL TOTAL)	X	X	
		7. CREATININA	X	X	
		8. ELECTROCARDIOGRAMA	X	X	
ENFERMERÍA	CADA 2 MESES	CICLOS EDUCATIVOS-EVS			
NUTRICIÓN	CADA 6 MESES	CONTROL DE PESO-IMC		X	
PSICOLOGIA	CADA 6 MESES	MODIFICACIÓN A EVS		X	
OFTALMOLOGÍA	ANUAL	X RIESGO DE RETINOPATÍA			X
MEDICINA INTERNA	CADA 6 MESES	AJUSTE FARMACOLOGICO Y RIESGO DE EVENTO CORONARIO		X	

- Riesgo Alto**

PERIODICIDAD DE LA ATENCIÓN					
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ESTADIO I O II CON 3 O MÁS FACTORES DE RIESGO, LESIÓN DE ORGANO BLANCO O DIABETES. PACIENTE CON ESTADIO 3 SIN FACTORES DE RIESGO NI CONDICIONES CLINICAS ASOCIADAS.					
PROFESIONAL	FRECUENCIA DE LA ATENCIÓN	PROCEDIMIENTO/EXAMEN LAB.	INICIAL	SEMESTRAL	ANUAL
MÉDICO GENERAL	CADA 2 MESES	1. GLICEMIA BASAL	X		X
		2. PARCIAL DE ORINA	X		X
		PERFIL LIPIDICO (3. TRIGLICERIDOS, 4. COLESTEROL DE ALTA Y BAJA DENSIDAD Y 6. COLESTEROL TOTAL)	X	X	

		7. CREATININA	X	X	
		8. ALBUMINURIA			X
		9. MICROALBUMINURIA			X
		10. PROTEINURIA EN 24H			X
		11. ELECTROCARDIOGRAMA		X	
		12. ECOCARDIOGRAMA	X	X	
ENFERMERÍA	CADA 3 MESES	CICLOS EDUCATIVOS-EVS		X	
NUTRICIÓN	CADA 6 MESES	CONTROL DE PESO-IMC		X	
PSICOLOGIA	CADA 6 MESES	MODIFICACIÓN A EVS		X	
OFTALMOLOGÍA	ANUAL	X RIESGO DE RETINOPATÍA			X
MEDICINA INTERNA	CADA 4 MESES	AJUSTE FARMACOLÓGICO Y RIESGO DE EVENTO CORONARIO			
NEFROLOGÍA	ANUAL	X RIESGO DE ERC			X
CARDIOLOGÍA	ANUAL	X RIESGO DE HVI			X

- Riesgo muy Alto**

PERIODICIDAD DE LA ATENCION					
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ESTADIO I O II O III CON ALGÚN FACTOR DE RIESGO, LESIÓN DE ORGANO BLANCO, DIABETES O CONDICIONES CLINICAS ASOCIADAS.					
PROFESIONAL	FRECUENCIA DE LA ATENCIÓN	PROCEDIMIENTO/EXAMEN LAB.	FRECUENCIA DE LOS LABORATORIOS		
			INICIAL	SEMESTRAL	ANUAL
MÉDICO GENERAL	CADA 2 MESES	1. GLICEMIA BASAL	X		X
		2. PARCIAL DE ORINA	X		X
		PERFIL LIPIDICO (3. TRIGLICERIDOS, 4. COLESTEROL DE ALTA Y BAJA DENSIDAD Y 6. COLESTEROL TOTAL)	X	X	
		7. CREATININA	X	X	
		8. ALBUMINURIA	X		X
		9. MICROALBUMINURIA	X		X

		10. PROTEINURIA EN 24H			X
		11. ELECTROCARDIOGRAMA		X	
		10. ECOCARDIOGRAMA	X	X	
ENFERMERÍA	CADA 3 MESES	CICLOS EDUCATIVOS-EVS		X	
NUTRICIÓN	CADA 4 MESES	CONTROL DE PESO-IMC			
PSICOLOGÍA	CADA 4 MESES	MODIFICACIÓN A EVS			
OFTALMOLOGÍA	CADA 6 MESES	X RIESGO DE RETINOPATÍA		X	
MEDICINA INTERNA	CADA 3 MESES	AJUSTE FARMACOLÓGICO Y RIESGO DE EVENTO CORONARIO			
NEFROLOGÍA	CADA 6 MESES	X RIESGO DE ERC		X	
CARDIOLOGÍA	ANUAL	X RIESGO DE HVI			X