

INSTRUCTIVO PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN SEGÚN RESOLUCIÓN 2463/2014
MEDICIÓN 30 DE JUNIO 2021
CAC-IEP2-I01

TABLA DE CONTROL

ELABORÓ	Coordinación de Gestión Auditoría
APROBÓ Y RECOMENDÓ	Comité Técnico
APROBÓ	Dirección ejecutiva

Versión No.	Fecha	Actualización
V1	14-04-2021	Emisión Inicial
V2	13-07-2021	Actualización



INSTRUCTIVO PARA FACILITAR EL REPORTE DE INFORMACIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA- HIPERTENSIÓN-DIABETES DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN LA RESOLUCIÓN 2463 DE 2014

Introducción.

El presente instructivo está diseñado para servir de guía para el reporte de la información requerida por la Resolución 2463 del 2014

Programa de atención renal

Tenga en cuenta que el programa de atención renal debe cumplir con los contenidos e intervenciones establecidos en los consensos publicados por la CAC – “Contenidos mínimos indispensables para la gestión del riesgo renal en un programa de atención a pacientes adultos con enfermedad renal crónica, sin terapia de reemplazo renal en Colombia. Definiciones técnicas basadas en evidencia”.

Tasa de filtración glomerular

Tenga en cuenta que en la tasa de filtración glomerular (Var35) debe reportar únicamente el dato obtenido con la fórmula de Cockcroft-Gault (en adultos) o Swartz (en menores de 18 años). Esta debe ser calculada teniendo en cuenta los datos reportados en la Var23 (peso) y Var27 (Creatinina). No deben haber transcurrido más de 6 meses entre el peso y la toma de la creatinina.

Terapia de reemplazo renal

La terapia de reemplazo renal (TRR) para la Cuenta de Alto Costo (CAC), abarca cuatro tipos de terapias: 1. hemodiálisis (HD variable 46), 2. diálisis peritoneal (DP variable 49), 3. trasplante renal (TR variable 64) y 4. tratamiento médico no dialítico (TMND variable 57). Se requiere que el paciente tenga por lo menos 90 días continuos en alguna de estas terapias y se encuentre recibiendo la terapia a la fecha de corte, para que sean objeto de reporte, con excepción de trasplante renal funcional el cual puede ser menor de 90 días, es decir (una vez el paciente sea trasplantado, puede ser reportado en la cohorte de TRR). El tiempo de diferentes TRR es acumulable, es decir, si el paciente estuvo 2 meses en diálisis peritoneal, y un mes antes de la fecha de corte paso a hemodiálisis, el paciente cumple con el criterio de los 90 días por lo tanto debe reportarse.

Tratamiento médico no dialítico (TMND)

Se requiere que los pacientes reportados en este tipo de TRR se encuentren en estadio 5, y que cumplan con los criterios mínimos en cuanto a atención, seguimiento y toma de laboratorios, de manera continua durante por lo menos 90 días.

Función renal residual

Debido a que la TFG no es la forma más apropiada para medir la función renal en los pacientes en diálisis, en la variable 35 relacionada con la TFG, se recolectará la información sobre el aclaramiento residual de urea (KrU) como medida de la Función Renal Residual (FRR) en los pacientes en diálisis. Para



validar la información del KrU reportado se utilizarán las siguientes fórmulas (en los soportes se deben encontrar documentados todos los paraclínicos necesarios para realizar el cálculo):

Para pacientes en hemodiálisis:

$$Kru = \frac{\text{Nitrógeno urinario (mg / dl)} * \text{Volumen urinario (ml)}}{[(BUN \text{ pre} + BUN \text{ post} / 2) (mg / dl) * \text{Tiempo interdialítico (minutos)}]}$$

*Se tiene conocimiento que el tiempo promedio interdialítico en los pacientes con hemodiálisis es de 44 horas y que depende de las condiciones del paciente, sin embargo, este debe ser reportado en minutos.

Para pacientes en diálisis Peritoneal

$$Kru = \frac{\text{Nitrógeno urinario (mg / dl)} * \text{Volumen urinario (ml)}}{BUN (mg / dl) * \text{Tiempo de recolección (minutos)}}$$

*Se tiene conocimiento que el tiempo promedio de recolección en los pacientes con diálisis peritoneal es de 24 horas y que depende de las condiciones del paciente, sin embargo, este debe ser reportado en minutos.

El volumen urinario debe encontrarse registrado en la historia clínica de los pacientes. La medición de la Función Renal Residual a través del KrU, debe realizarse como mínimo 1 vez en el período de reporte en pacientes antiguos (un año o más en la terapia), y en pacientes nuevos (menos de un año en la terapia), para la toma de decisiones relacionadas con la dosis de la diálisis (Kt/v single pool), la calidad de la misma, el control dialítico y otros aspectos importantes relacionados. La pérdida de KrU ha sido postulada como un contribuyente al aumento mortalidad observada en pacientes dializados.

Reporte de exámenes de laboratorio

Los resultados de laboratorio reportados deben ser registrados en las unidades de medida descritas en cada variable, para garantizar la comparabilidad, interpretación y análisis de la información clínica. En caso que los laboratorios convenidos reporten los resultados en unidades diferentes, deben convertirse los valores a las unidades equivalentes requeridas por la Cuenta de Alto Costo.

Consideraciones generales

Máximo hasta el 30 de agosto de 2021 debe radicarse en la Cuenta de Alto Costo la base de datos de Enfermedad Renal Crónica (ERC), Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus de la medición a corte de 30 de junio de 2021.

Los pacientes a reportar son los pacientes con Hipertensión arterial, Diabetes y ERC que ha tenido la EAPB/Ente territorial durante el período de 1 de julio de 2020 al 30 de junio de 2021, cada uno de ellos reportado con su respectiva novedad (variable 79 correctamente diligenciada), identificando si a la fecha de corte -30 de junio 2021 - se encontraban vivos, activos, fallecidos o desafiados.



La base de datos a reportar tiene 80 variables (119 campos) y corresponde al Anexo Técnico de la resolución 2463 de 2014. Al final de la estructura se incluyeron dos variables administrativas (variable 81 y variable 82) que facilitan el cruce de la información reportada con las bases de datos del Ministerio de Salud y Protección Social y la aplicación de las reglas de validación.

Cada registro o fila de la base de datos es un paciente, cada variable es una pregunta acerca del paciente. Todas las variables de ese paciente deben registrarse en esa misma fila, si tiene varias patologías o situaciones simultáneas, se marca con el valor permitido en la variable correspondiente. Recuerde que en los pacientes reportados en años anteriores que presentaron cambio en el tipo y/o número de identificación deben registrarse dos filas, una con el tipo y/o número de identificación anterior y la opción 10 en la variable 79, y la otra fila con el nuevo tipo o número de identificación y la novedad clínica correspondiente. El registro relacionado con opción 10 en la variable 79 será inactivado y el registro con el nuevo tipo y/o número de identificación queda activo y será susceptible de auditoría.

La base de datos debe venir en formato txt separado por tabulaciones, no debe faltar ningún campo de los definidos en el anexo técnico de la resolución 2463/2014 y ninguna variable debe venir vacía. De lo contrario, el aplicativo rechazará el cargue de la información.

Cada EAPB/Ente territorial es responsable de cargar su base de datos en la página web de la Cuenta de Alto Costo, por medio del aplicativo de cargue dispuesto para tal fin. El Ente territorial debe cargar toda la información solicitada en este instructivo para reportar la población pobre no asegurada. En caso de sólo prestar servicios no incluidos en el plan de beneficios a la población afiliada a cualquier régimen del SGSS en cualquiera de los dos modelos descritos en la Resolución 1479 de 2015, sólo debe registrar la información requerida en las variables: 1 a 16, 38-39, 64, 70.7 a 70.9, 75 a 79, 80.1, 81 y 82, de las prestaciones pagadas en el periodo de reporte. En las demás variables de la estructura, debe registrar el comodín respectivo.

El aplicativo estará abierto desde el 01 de julio de 2020 hasta el 30 de agosto de 2020, fecha después de la cual, no se podrá cargar la base de datos. El aplicativo se encuentra en la página Web CAC, y podrá acceder a él con la misma clave que la entidad utiliza para entrar al micrositio.

Abandono

Un paciente que abandonó la terapia es aquel que no recibió atenciones médicas relacionadas con el diagnóstico objeto de reporte HTA, DM y/o ERC durante el periodo (1 de julio de 2020 a 30 de junio de 2021) y que la entidad trató de contactar para su seguimiento. En estos pacientes se debe cargar la última historia clínica; la información a reportar debe diligenciarse con los comodines respectivos (de abandono) y en caso de que en alguna variable no exista comodín, se debe reportar el dato registrado en la última historia de atención relacionada con la enfermedad de reporte.

Aproximación de variables numéricas

Todas las variables numéricas, se deben reportar sin aproximaciones, con máximo dos decimales.



Reporte de paraclínicos:

- Todos los paraclínicos reportados deben contar con un soporte donde se evidencie la unidad de medida del mismo.
- Los paraclínicos reportados debe estar interpretados en la historia clínica del paciente.

A continuación, encontrará explicación para el reporte de las variables definidas en la resolución:

IDENTIFICACIÓN GENERAL DE EAPB/ENTE TERRITORIAL Y DEL USUARIO REPORTADO

1. Primer nombre del usuario: Escriba el primer nombre del usuario.

2. Segundo nombre del usuario:

Escriba el segundo nombre del usuario. En caso de un tercer nombre, escríbalo separado por un espacio. Registre "NONE", en mayúscula sostenida, cuando el usuario no tiene segundo nombre (NONE="Ningún Otro Nombre Escrito").

3. Primer apellido del usuario: Escriba el primer apellido del usuario.

4. Segundo apellido del usuario:

Escriba el segundo apellido del usuario. Registre "NOAP", en mayúscula sostenida, cuando el usuario no tiene segundo apellido (NOAP="Ningún Otro Apellido").

5. Tipo de Identificación del usuario:

RC = Registro Civil

TI = Tarjeta Identidad

CC = Cédula de Ciudadanía

CE = Cédula Extranjería

PA = Pasaporte

MS = Menor sin Identificación (solo para el Régimen Subsidiado)

AS = Adulto sin Identificación (solo para el Régimen Subsidiado)

CD = Carnet Diplomático

SC = Salvoconducto de permanencia

PE = Permiso especial

6. Número de Identificación del usuario:

Número de identificación del afiliado según el tipo de identificación. Para MS y AS registre el consecutivo interno del afiliado según lo dispuesto en la Resolución 4622/2016.



7. Fecha de nacimiento:

Fecha de nacimiento del usuario en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). La fecha de nacimiento no puede ser superior a la fecha de afiliación ni a la fecha de corte del reporte.

8. Sexo:

Registre

F = Femenino

M = Masculino

9. Régimen de afiliación AL SGSS:

C = Régimen Contributivo

S = Régimen Subsidiado

P = Regímenes de excepción

E = Régimen especial

N = No asegurado

10. Código de la EAPB/Ente territorial:

Registre el código de la EAPB/Ente territorial que reporta (los códigos autorizados están disponibles en los archivos operativos de la página Web CAC).

11. Código pertenencia étnica:

Registre el grupo étnico del usuario:

1 = Indígena

2 = ROM (gitano)

3 = Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia

4 = Palenquero de San Basilio

5 = Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente

6 = Ninguna de las anteriores

12. Grupo poblacional:

1 = Indigentes

2 = Población infantil a cargo del ICBF

3 = Madres comunitarias

4 = Artistas, autores, compositores

5 = Otro grupo poblacional

6 = Recién nacidos

8 = Desmovilizados

9 = Desplazados

10 = Población ROM

11 = Población raizal

12 = Población en centros psiquiátricos



- 13 = Migratorio
- 14 = Población en centros carcelarios
- 15 = Población rural no migratoria
- 16 = Afrocolombiano
- 31 = Adulto mayor
- 32 = Cabeza de familia
- 33 = Mujer embarazada
- 34 = Mujer lactante
- 35 = Trabajador urbano
- 36 = Trabajador rural
- 37 = Víctima de violencia armada
- 38 = Jóvenes vulnerables rurales
- 39 = Jóvenes vulnerables urbanos
- 50 = Discapacitado del sistema nervioso
- 51 = Discapacitado de los ojos
- 52 = Discapacitado de los oídos
- 53 = Discapacitado de los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)
- 54 = Discapacitado de la voz y el habla
- 55 = Discapacitado del sistema cardiorrespiratorio y las defensas
- 56 = Discapacitado de la digestión, el metabolismo, las hormonas
- 57 = Discapacitado del sistema genital y reproductivo
- 58 = Discapacitado del movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
- 59 = Discapacitado de la piel
- 60 = Discapacitado de otro tipo
- 61 = No definido
- 62 = Comunidad indígena
- 63 = Comunidad migrante de la República de Venezuela

13. Municipio de residencia:

Registre el Código del municipio en donde reside el afiliado según la división político administrativa DIVIPOLA – DANE. Este código debe ser reportado en 5 dígitos, donde los dos primeros dígitos corresponden al departamento donde se localiza el municipio. Verifique que el código del municipio que registre corresponda al de residencia del paciente no el de atención. (Los códigos DANE están disponibles en los archivos operativos de la página Web CAC).

14. Número telefónico del paciente (incluyendo a familiares y cuidadores):

Registre los teléfonos fijos y/o móviles completos para contactar al paciente y separe por espacio. Si no se tiene el número telefónico diligencie 0.

15. Fecha de afiliación a la EAPB/Ente territorial que reporta:

Fecha en la que el usuario se afilió a la EPS en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-).



La fecha de afiliación no puede ser inferior a la fecha de nacimiento y debe ser superior a 1995-01-01 (solo se exceptúa de este límite los afiliados a Fuerzas Militares o Policía). La fecha de afiliación debe ser anterior o igual a la fecha de corte para el reporte.

Si el paciente es reportado por un Ente territorial de salud la fecha que se debe diligenciar corresponde a la fecha en la que la entidad territorial identificó que se trata de una persona pobre no asegurada o la fecha en la cual se le prestó al paciente servicios no incluidos en el plan de beneficios.

INFORMACIÓN GENERAL RELACIONADA CON LAS VARIABLES CLÍNICAS Y PARACLÍNICAS DE LAS ENFERMEDADES PRECURSORAS

16. Código de la IPS donde se hace seguimiento al usuario:

Registre el código válido de habilitación de la IPS que hace el seguimiento del usuario a la fecha de corte.

- En los pacientes en diálisis se debe reportar la IPS que realiza la TRR
- En los pacientes con trasplante, TMND y aquellos con diagnóstico confirmado de HTA, DM o ERC se debe reportar la IPS que realiza el seguimiento.
- En pacientes con abandono o alta voluntaria, registre el código de la IPS donde se le hizo el último seguimiento al usuario
- En los Entes territoriales que prestaron servicios no incluidos en el plan de beneficios, registre el código de la IPS donde se generó la prescripción

17. Fecha de ingreso al programa de atención renal (nefroprotección, protección renal) dentro de la EAPB/Ente territorial que reporta

(Aplica para pacientes con HTA, DM y ERC sin TRR) Registre la fecha de ingreso al programa de atención renal en el que se encuentra el usuario a la fecha de corte, en el formato AAAA-MM-DD.

Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01.

Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. La fecha de ingreso al programa de nefroprotección no puede ser superior a la fecha de corte del reporte.

1800-01-01 = Cuando la persona no ha ingresado al programa de atención renal o paciente en abandono

1845-01-01 = No aplica, paciente en TRR

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

sí reporta una fecha válida, debe cargar el soporte del programa de nefroprotección de la entidad en el repositorio en la carpeta de soportes masivos (AF).

18. El usuario tiene diagnóstico confirmado de Hipertensión Arterial -HTA (incluye los códigos CIE10 I10-I159, I674, O10, O100-O109, P292): registre

1 = Si

2 = No



Para pacientes reportados por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios, registre la opción 2

19. Fecha de diagnóstico de la Hipertensión Arterial:

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). La fecha de diagnóstico de la Hipertensión Arterial no puede ser superior a la fecha de corte del reporte.

1800-01-01 = Desconocida

1845-01-01 = No aplica, paciente sin diagnóstico de HTA

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

19.1. Costo HTA durante el período de reporte:

Registre exclusivamente el costo de la HTA. Excluya otros costos que no están relacionados con la HTA.

98 = No aplica, paciente sin diagnóstico de HTA o paciente en abandono

Para pacientes reportados por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios, registre la opción 98

20. El usuario tiene diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus- DM (CIE-10 con códigos entre E10-E149; O240-O243; P702): registre

1 = Tipo 1

3 = Tipo 2

2 = No tiene DM

4= Otros (Posquirúrgica, postrasplante, secundaria a medicamentos, MODY)

Para pacientes reportados por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios, registre la opción 2

21. Fecha de diagnóstico de la Diabetes Mellitus:

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). La fecha de diagnóstico de la Diabetes Mellitus no puede ser superior a la fecha de corte del reporte

1800-01-01 = Desconocida

1845-01-01 = No aplica, paciente sin diagnóstico de DM

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios



21.1. Costo DM durante el período de reporte:

Registre exclusivamente el costo de la DM. Excluya otros costos que no están relacionados con la DM.

98= No aplica, paciente sin diagnóstico de DM o paciente en abandono

Para pacientes reportados por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios, registre la opción 98.

22. Etiología de la ERC:

4=Enfermedad poliquística renal

5=Otras

6=Desconocida o paciente en abandono (solo aplica para pacientes con ERC confirmada)

7=Diabetes.

8=Enfermedad vascular renal (incluye Nefroangioesclerosis por hipertensión arterial).

9=Sospecha de glomerulonefritis sin biopsia renal.

10=Glomeruloesclerosis focal y segmentaria.

11=Nefropatía membranosa

12=Nefropatía por IgA

13=Vasculitis

14=Lupus eritematoso sistémico.

15=Glomerulopatía familiar o genética (incluye Alport).

16=Otra glomerulonefritis.

17= Síndrome hemolítico urémico.

18=Nefropatía tóxica (incluye analgésicos).

19=Nefritis intersticial.

20=Paraproteinemia (incluye mieloma múltiple).

21=Nefropatía postparto.

22=Litiasis.

23= Displasia o hipoplasia renal congénita.

24= Pérdida de unidad renal por trauma o cirugía.

25= Carcinoma renal.

26=Nefropatía por reflujo vesicoureteral.

27=Obstrucción de cuello de la vejiga (Incluye HPB, cáncer de próstata, valvas, etc.),

28=Nefropatía obstructiva de causa diferente a 27 (incluye cáncer de cuello uterino, tumores retroperitoneales, etc.)

98 = No aplica, no tiene ERC

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

23. Peso (kg):

Registre el último peso obtenido dentro del periodo de reporte. Con máximo 2 decimales

555 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios.



Para los pacientes que en la variable 35 reportan TFG (Trasplante, TMND, HTA, DM y ERC sin TRR), el dato reportado debe ser con el que se calculó la TFG registrada por el médico tratante en la historia clínica o en su defecto, con el que se calculó la TFG cuando no se dispuso de este dato.

Recuerde que:

- En los pacientes en diálisis se debe registrar el último “peso seco” obtenido dentro del periodo de reporte.
- En los pacientes en abandono, se debe reportar el peso tomado en el último mes de seguimiento.

24. Talla (cm):

Registre el último valor absoluto obtenido dentro del periodo de reporte. Recuerde que en los pacientes en abandono se debe reportar la talla tomada en el último mes de seguimiento.

555 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios.

25. Tensión arterial sistólica (mm de Hg):

Registre el último valor reportado en la historia clínica dentro del periodo de reporte según los siguientes criterios:

999 = Si no tiene valor de TAS dentro del periodo de reporte

555 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

- En los pacientes con diagnóstico de HTA, DM y/o ERC sin TRR (Muestra) se debe reportar la TAS tomada en el último semestre, más cercana a la fecha de corte.
- En los pacientes con ERC estadio 5 o con TRR, se debe reportar la TAS tomada en la última atención médica del periodo de reporte.
- En los pacientes en diálisis se debe registrar el valor de **TAS pre diálisis** tomada en el último mes de reporte (junio)
- En los pacientes en abandono, alta voluntaria, fallecidos o desafiliados se debe reportar la TAS tomada en el último mes de seguimiento.

26. Tensión arterial diastólica (mm de Hg):

Registre el último valor reportado en la historia clínica dentro del periodo de reporte según los siguientes criterios:

999 = si no tiene valor de TAD dentro del periodo

555 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

- En los pacientes con diagnóstico de HTA, DM y/o ERC se debe reportar la TAD tomada en el último semestre, más cercana a la fecha de corte.



- En los pacientes con ERC estadio 5 o con TRR, se debe reportar la TAD tomada en la última atención médica del período de reporte.
- En los pacientes en diálisis se debe registrar el valor de **TAD pre diálisis** tomada en el último mes de reporte (junio)
- En los pacientes en abandono, alta voluntaria, fallecidos o desafiliados se debe reportar la TAD tomada en el último mes de seguimiento.

27. Creatinina en sangre (mg/dl):

Registre el valor de la última creatinina en sangre tomada dentro del periodo de reporte (1 de julio 2020 a 30 junio de 2021) con máximo 2 decimales sin aproximación.

El dato reportado debe ser con el que se calculó la TFG (V.35) registrada por el médico tratante en la historia clínica o en su defecto, con el que se calculó la TFG cuando no se dispuso de este dato.

98 = No aplica, paciente en diálisis

99 = No se realizó el laboratorio.

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Recuerde que:

- Para confirmar el diagnóstico de ERC, se debe soportar la realización del algoritmo diagnóstico del Anexo 1.
- En las personas con ERC confirmada (con soportes de estudio inicial para llegar al diagnóstico), la frecuencia de monitorización de la creatinina para el cálculo de TFGe debe realizarse de acuerdo con lo contemplado en la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Seguimiento de la ERC "1.2.1.1 frecuencia de evaluación de la enfermedad renal crónica".
- En pacientes sin ERC y pacientes con ERC estadios 1 y 2 debe registrarse el valor de la última creatinina en suero tomada dentro del periodo (1 de julio 2020 a 30 junio de 2021)
- En pacientes con ERC estadio 3 o 4 debe registrarse el valor de la última creatinina en suero tomada dentro del último semestre del periodo (enero a junio de 2021).
- En pacientes con ERC estadio 5 sin TRR debe registrarse el valor de la última creatinina en suero tomada dentro del último trimestre del periodo del reporte (abril a junio de 2021).
- En los pacientes en TMND, se debe monitorizar la creatinina, **con la misma periodicidad de seguimientos por nefrología y en ningún caso este lapso de tiempo puede ser superior a 3 meses.**
- En los pacientes en abandono, alta voluntaria, fallecidos o desafiliados se debe reportar la creatinina en sangre tomada en el último mes de seguimiento (antes de presentar la novedad).

27.1. Fecha de última creatinina:

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Debe estar dentro del periodo de reporte (1 de julio 2020 a 30 junio de 2021).

1845-01-01 = No aplica, paciente en diálisis

1800-01-01 = No se realizó el laboratorio



1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Recuerde que en los pacientes en abandono la fecha de realización de la última creatinina en suero debe ser inferior al 1 de julio de 2020.

28. Hemoglobina glicosilada (%):

En personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus registre el valor de la última Hemoglobina Glicosilada tomada, dentro del periodo de reporte (1 de julio 2020 a 30 junio de 2021) con máximo 2 decimales sin aproximación.

98 = No aplica, paciente sin diagnóstico de DM

99 = No se realizó el laboratorio

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Recuerde que, en los pacientes en abandono, alta voluntaria, fallecidos o desafiados se debe reportar la Hemoglobina glicosilada tomada en el último mes de seguimiento.

28.1. Fecha de última hemoglobina glicosilada:

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Debe estar dentro del último semestre más cercano a la fecha de corte (1 de enero 2021 a 30 junio de 2021).

1845-01-01= No aplica, paciente sin diagnóstico de DM

1800-01-01= No se realizó el laboratorio

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Recuerde que en los pacientes en abandono la fecha de realización de la última hemoglobina glicosilada debe ser inferior al 1 de julio de 2020.

29. Albuminuria (mg/24h):

Registre el valor de la última albuminuria en 24h tomada dentro del periodo de reporte (1 de julio 2020 a 30 junio de 2021) con máximo 2 decimales sin aproximación.

9888 = No aplica, paciente en TRR

9999 = No se realizó el laboratorio

5555 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

En los pacientes en abandono, alta voluntaria, fallecidos o desafiados se debe reportar albuminuria tomada en el último mes de seguimiento (antes de presentar la novedad).



29.1. Fecha de la última albuminuria:

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Debe estar dentro del periodo de reporte (1 de julio 2020 a 30 junio de 2021).

1845-01-01= No aplica, paciente en TRR

1800-01-01 = No se realizó el laboratorio

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Recuerde que en los pacientes en abandono la fecha de realización de la última albuminuria debe ser inferior al 1 de julio de 2020.

30. Relación Albuminuria/Creatinuria (mg/g):

Registre el valor del cociente de la última relación albuminuria/creatinuria realizada dentro del periodo de reporte (1 de julio 2020 a 30 junio de 2021) con máximo 2 decimales sin aproximación.

9888 = No aplica, paciente en TRR

9999 = No se realizó el laboratorio

5555 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios.

Recuerde que, en los pacientes en abandono, alta voluntaria, fallecidos o desafiliados se debe reportar la relación Albuminuria/Creatinuria tomada en el último mes de seguimiento (antes de presentar la novedad).

30.1. Fecha de la última Albuminuria/Creatinuria:

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Debe estar dentro del periodo de reporte (1 de julio 2020 a 30 junio de 2021).

1845-01-01 = No aplica, paciente en TRR

1800-01-01 = No se realizó el laboratorio

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Recuerde que en los pacientes en abandono la fecha de realización de la última relación Albuminuria/Creatinuria debe ser inferior al 1 de julio de 2020.

31. Colesterol total (mg/dl):

Registre el valor del último colesterol total tomado dentro del periodo de reporte (1 de julio 2020 a 30 junio de 2021) con máximo 2 decimales sin aproximación:



999 = No se realizó el laboratorio

5555 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Recuerde que, en los pacientes en abandono, alta voluntaria, fallecidos o desafiados se debe reportar el colesterol total tomado en el último mes de seguimiento.

31.1. Fecha del último colesterol total:

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Debe estar dentro del periodo de reporte (1 de julio 2020 a 30 junio de 2021).

1845-01-01= No se realizó el laboratorio

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Recuerde que en los pacientes en abandono la fecha de realización del último colesterol total debe ser inferior al 1 de julio de 2020.

32. Colesterol HDL (mg/dl):

Registre el valor del último colesterol HDL tomado dentro del periodo de reporte (1 de julio 2020 a 30 junio de 2021) con máximo 2 decimales sin aproximación.

999 = No se realizó el laboratorio

555 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Recuerde que, en los pacientes en abandono, alta voluntaria, fallecidos o desafiados se debe reportar el colesterol HDL tomado en el último mes de seguimiento.

32.1. Fecha del último colesterol HDL

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Debe estar dentro del periodo de reporte (1 de julio 2020 a 30 junio de 2021).

1845-01-01= No se realizó el laboratorio

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Recuerde que en los pacientes en abandono la fecha de realización del último colesterol HDL debe ser inferior al 1 de julio de 2020.



33. Colesterol LDL (mg/dl):

Registre el valor del último colesterol LDL tomado o registrado en la historia clínica, dentro del periodo de reporte (1 de julio 2020 a 30 junio de 2021) con máximo 2 decimales sin aproximación.

Si se realizó el cálculo por la fórmula de Friedewald-Medsol, deben soportarse los resultados de los valores de CT, C-HDL y Triglicéridos con los cuales se estimó).

999 = No se realizó el laboratorio

5555 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Recuerde que, en los pacientes en abandono, alta voluntaria, fallecidos o desafiados se debe reportar el colesterol LDL tomado en el último mes de seguimiento.

33.1. Fecha del último colesterol LDL:

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si solo conoce el año, reporte mes y día 01. Debe estar dentro del periodo de reporte (1 de julio 2020 a 30 junio de 2021).

1845-01-01= No se realizó el laboratorio.

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Recuerde que en los pacientes en abandono la fecha de realización del último colesterol LDL debe ser inferior al 1 de julio de 2020.

34. Parathormona PTH (pg/mL):

Registre el valor de la última PTH en personas con ERC en estadios 3 a 5, con máximo 2 decimales sin aproximación, teniendo en cuenta que:

- En ERC estadio 3 y 4 registre el último valor de PTH tomado dentro del periodo de reporte.
- En ERC estadio 5 (incluidos los pacientes en diálisis) registre el valor de PTH tomado dentro del último trimestre del periodo (abril a junio de 2021).
- En los pacientes en abandono, alta voluntaria, fallecidos o desafiados se debe reportar la parathormona tomada en el último mes de seguimiento

9988 = No aplica, paciente sin ERC o con ERC estadios 1 ó 2 (aplica para pacientes no estudiados o indeterminados).

9999 = No se realizó el laboratorio (en pacientes con ERC 3 a 5)

5555 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

34.1. Fecha de la última Parathormona PTH:

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Debe estar dentro del periodo de reporte (1 de julio 2020 a 30 junio de 2021).



1845-01-01 = No aplica, paciente sin ERC o con ERC estadios 1 ó 2 (aplica para pacientes no estudiados o indeterminados)

1800-01-01 = No se realizó el laboratorio

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Recuerde que en los pacientes en abandono la fecha de realización de la parathormona debe ser inferior al 1 de julio de 2020.

35. Tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) según Cockcroft-Gault (en adultos) o Swartz (en menores de 18 años) o FRR estimada mediante el cálculo del KrU, dentro del periodo de reporte (1 de julio 2020 a 30 junio de 2021):

- Se debe reportar la TFG registrada en la historia clínica por el médico tratante. Si no está registrada o la registrada fue calculada por una formula diferente a Cockcroft-Gault, debe calcularla y reportar el valor obtenido por **Cockcroft-Gault o Swartz únicamente**, soportando una adecuada gestión del riesgo acorde con el estadio calculado. En ambas situaciones en los soportes se deben encontrar documentados todos los paraclínicos necesarios para realizar el cálculo.
- Se debe reportar el valor obtenido por **Cockcroft-Gault sin ajuste**, con máximo 2 decimales sin aproximación.
- Dadas las limitaciones que tienen las fórmulas de estimación de la TFG en algunos casos específicos como: obesidad mórbida ($IMC \geq 40$), amputación de extremidades y desnutrición ($IMC < 18,5$); se recomienda la realización de Depuración de Creatinina en 24 horas para estas condiciones clínicas especiales. De igual forma en los pacientes en los cuales la TFGe es menor a 30 ml/min, se debe realizar la Depuración de creatinina en 24 horas para definir estadio y manejo. Si cuenta con el valor de la Depuración de creatinina regístrelo en lugar de calcular la TFG (debe estar documentado el laboratorio).
- Recuerde que el valor de la TFG está relacionado con el estadio de la ERC (variable 39).
- **Para pacientes en diálisis con diuresis igual o mayor a 250 ml en el periodo de recolección descrito en la historia clínica (por ejemplo: 24h para diálisis peritoneal o 44h para hemodiálisis), reporte la FRR registrada por el médico tratante.** En los soportes se deben encontrar documentados todos los paraclínicos necesarios para verificar el cálculo.
- El KRU que debe reportar es el último calculado en el periodo de reporte, para todos los pacientes en diálisis.

999 = Paciente sin creatinina vigente (según lo descrito en la variable 27) para el cálculo de la TFG o paciente en abandono. Si registra esta opción la variable 39 debe ser igual a 99.

También aplica para pacientes que durante auditoría no cuenten con peso durante el periodo o tengan un intervalo entre la creatinina y el peso mayor a 6 meses.

988 = Paciente en diálisis con diuresis en el periodo de recolección < 250 ml

Si el valor de diuresis más cercano a la fecha de corte es menor a 250ml, reporte esta opción, así al durante el resto del periodo el paciente haya tenido diuresis mayor y mediciones de KRU.



777 = Paciente en diálisis con diuresis en el periodo de recolección ≥ 250 ml, con datos incompletos para el cálculo del KRU. (Los pacientes en diálisis con imposibilidad para la medición de la diuresis, evidenciada en historia clínica deben reportar esta opción de respuesta).

5555 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

36. El usuario recibe Inhibidor de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA) a la fecha de corte:
Registre:

1 = Sí recibe

2 = No fue formulado dentro del plan terapéutico

3 = No recibe, aunque fue formulado dentro del plan terapéutico

98 = No aplica (pacientes con ERC sin HTA ni DM)

99 = paciente en abandono, alta voluntaria, fallecidos o desafiados

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

37. El usuario recibe Antagonista de los Receptores de Angiotensina II (ARA II) a la fecha de corte:
Registre

1 = Sí recibe

2 = No fue formulado dentro del plan terapéutico

3 = No recibe, aunque fue formulado dentro del plan terapéutico

98 = No aplica (pacientes con ERC sin HTA ni DM)

99 = paciente en abandono, alta voluntaria, fallecidos o desafiados

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

INFORMACIÓN RELACIONADA CON DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

38. El usuario tiene diagnóstico de ERC en cualquiera de sus estadios: Registre

0 = No presenta ERC

1 = Si presenta ERC

2 = Indeterminado

3 = Paciente no estudiado para ERC en el periodo de reporte

Recuerde que:

- En las Guías de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica del Ministerio de Salud y Protección Social publicada el 31 de octubre de 2016, se dan las



recomendaciones para la **detección temprana y diagnóstico** de esta condición. Es necesario que se documente el daño renal funcional o estructural persistente por 90 días o más, para establecer el diagnóstico de ERC.

- En la opción 2 se considera que un paciente es indeterminado cuando está siendo estudiado para ERC, pero no se han realizado todas las pruebas complementarias para confirmar o descartar el diagnóstico o no se han confirmado la cronicidad de la enfermedad (al menos 3 meses).
- En la opción 3 se considera que un paciente no se ha estudiado para ERC cuando no se realizó ninguna de las pruebas para el diagnóstico (ni creatinina, ni uroanálisis, ni relación albuminuria/creatinuria o albuminuria) durante el periodo de reporte.

39. Estadío de la ERC: Registre

1 = Paciente con TFGe igual o mayor a 90 ml/min y pruebas complementarias que soportan daño renal
2 = Paciente con TFGe entre 60 y menor de 90 ml/min y pruebas complementarias que soportan daño renal

3 = Paciente con TFGe entre 30 y menor de 60 ml/min

4 = Paciente con TFGe entre 15 y menor de 30 ml/min

5 = Paciente con TFGe menor de 15 ml/min o **paciente en diálisis**

98 = No aplica, no hay enfermedad renal crónica (Debe tener 0 en la variable 38)

99 = Desconocido (paciente indeterminado o no estudiado para ERC en el periodo de reporte, también aplica para pacientes con ERC confirmada sin seguimiento de TFGe de acuerdo a Guía de Práctica clínica).

Si esta variable tiene valores entre 1 y 5, la variable 38 debe ser igual a 1.

Todos los pacientes reportados en diálisis deben reportar la opción 5, así tengan una TFGe >15.

40. Fecha de diagnóstico de ERC estadio 5:

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día.

1800-01-01 = Desconocida

1845-01-01 = No aplica, el paciente nunca ha sido diagnosticado con ERC estadio 5

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Recuerde que:

- La fecha de diagnóstico de ERC estadio 5 sea menor o igual a la fecha de corte.
- Independientemente del estadio renal actual, se debe reportar la fecha en la cual se le diagnosticó al paciente ERC estadio 5.

41. La persona se encuentra en un programa de atención renal (reno protección, nefro protección, protección renal, pre diálisis) a la fecha de corte (Aplica para pacientes con HTA, DM y ERC sin TRR)



1 = Si

2 = No se encuentra en un programa de atención renal o paciente en abandono

98 = No aplica, paciente en TRR

99 = Sin dato en la historia clínica

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

42. TFG medida en la fecha en que el usuario inició la primera TRR:

Se debe reportar la TFG registrada en la historia clínica por el médico tratante, con máximo 2 decimales sin aproximación.

98 = No aplica, paciente sin inicio de TRR

99 = Sin dato, no se conoce porque el paciente inicio la TRR en una EPS diferente a la que reporta o por urgencia dialítica o paciente en abandono

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Tenga en cuenta que en esta variable se debe reportar el valor de la TFG medida que el paciente tenía al momento de iniciar por primera vez la TRR de forma crónica (TRR continua durante al menos 90 días).

Si el valor reportado es mayor a 15 ml/min, la pertinencia del inicio de la TRR debe estar justificado en la historia clínica.

43. Modo de Inicio de la primera Terapia de Reemplazo Renal: Registre

1 = Paciente que inició la TRR diálisis en hospitalización

2 = Paciente que inició la TRR diálisis ambulatoria

3 = Sin dato, el paciente inicio la TRR en otra EPS diferente a la que reporta

4 = Paciente que inició la TRR con trasplante renal o TMND

97 = No aplica, paciente que nunca ha recibido TRR

98 = No aplica, el usuario a la fecha de corte no recibe ninguna de las terapias de reemplazo renal.

99 = Paciente que inició la TRR en la EPS que reporta, pero no hay información en la historia clínica o paciente en abandono.

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

44. Fecha en que se inició la terapia de reemplazo renal que recibe el usuario en el momento de la fecha de corte:

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día.

1800-01-01 = Desconocida



1845-01-01 = No aplica, paciente sin TRR a la fecha de corte. También es válida para pacientes que han firmado alta voluntaria o paciente en abandono

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Recuerde que:

- En pacientes con trasplante funcional, la fecha de inicio corresponde a la fecha de realización del último trasplante. Todos los pacientes con trasplante funcional deben tener una fecha diferente a 1845-01-01 en esta variable, independientemente del estadio registrado en la variable 39.
- Se espera que todos los pacientes que tienen ERC estadio 5 estén en alguna TRR (HD, DP, trasplante o TMND), registre la fecha de inicio si a la fecha de corte tiene cualquiera de estas terapias.
- Las TRR son mutuamente excluyentes, elija sólo la terapia que mantiene con vida al paciente al momento de la medición independientemente de las terapias anteriores.
- Si tiene algún paciente con ERC estadio 5 que ha firmado alta voluntaria de la TRR, registre el comodín 1845-01-01 en esta variable y en la variable 79, registre la opción 5.
- Si tiene algún paciente con ERC estadio 5 en abandono de la TRR, registre el comodín 1845-01-01 en esta variable y en la variable 79, registre la opción 7.
- Si registra una fecha diferente a 1845-01-01 en esta variable, la variable 38 debe ser 1 y la variable 39 debe estar diligenciada con las opciones 1 a 5 si el trasplante es funcional, o con la opción 5 si está en TMND o diálisis.

45. Fecha de Ingreso a la Unidad Renal Actual que le presta al paciente el servicio de terapia dialítica al momento de la fecha de corte:

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día.

1800-01-01 = Desconocida

1845-01-01 = No aplica, el paciente no recibe terapia dialítica o paciente en abandono

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Verifique que si registra una fecha diferente a 1845-01-01 en esta variable, debe registrar en alguna de las variables 46 ó 49, opciones diferentes a 98).

46. Hemodiálisis (HD) a la fecha de corte:

1 = Paciente en hemodiálisis por fístula arteriovenosa

3 = Paciente en hemodiafiltración en línea de alto volumen o diálisis expandida.

4 = Pacientes en hemodiálisis por catéter tunelizado

5 = Paciente en hemodiálisis por catéter transitorio

6 = Pacientes en hemodiálisis por injerto.

98 = No aplica, el paciente no recibe hemodiálisis a la fecha de corte o paciente en abandono



55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Tenga en cuenta que para considerar que el paciente está en hemodiálisis se debe soportar la administración continua de TRR durante 90 días o más previos al corte.

47. Dosis de diálisis Kt/V single pool (volumen de fluido filtrado de urea sobre el volumen de agua en el cuerpo del usuario):

Registre el resultado del último Kt/V realizado en el último trimestre del periodo de reporte, con máximo 2 decimales sin aproximación.

98 = No aplica, el paciente no está en hemodiálisis o paciente en abandono

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios.

En los pacientes en alta voluntaria, fallecidos o desafiliados se debe reportar el resultado del **promedio** de las tres últimas mediciones mensuales de Kt/V realizadas antes de presentar la novedad.

48. Costo total de la hemodiálisis (HD) durante el período de reporte:

Registre exclusivamente el costo de la hemodiálisis. Excluya otros costos que no están relacionados con esta terapia.

98= No aplica, el paciente no ha recibido hemodiálisis durante el periodo de reporte o paciente en abandono.

Para pacientes reportados por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios, registre la opción 98

49. Diálisis peritoneal (DP) a la fecha de corte:

1 = Paciente en diálisis peritoneal manual

2 = Paciente en diálisis peritoneal automatizada

98 = No aplica, el paciente no está en diálisis peritoneal o paciente en abandono

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Tenga en cuenta que para considerar que el paciente está en diálisis peritoneal se debe soportar la administración continua de TRR durante 90 días o más previos al corte.

50. Dosis de diálisis (Kt/V) KTV/dpd de máximo seis meses de antigüedad contados a partir de la fecha de corte:

Registre la última dosis de diálisis consignada en la historia clínica, con máximo 2 decimales sin aproximación. El valor debe ser tomado en los últimos 6 meses del periodo de corte (enero a junio de 2021).

En los pacientes en alta voluntaria, fallecidos o desafiliados se debe reportar el valor del último Ktv registrado en la historia clínica, antes de presentar la novedad.



98 = No aplica, usuario no está en diálisis peritoneal o paciente en abandono

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

51. Número de horas de hemodiálisis:

Registre el promedio de horas/sesión de las hemodiálisis realizadas al paciente en los últimos 3 meses del periodo de reporte (abril a junio de 2021), con máximo 2 decimales sin aproximación.

98 = No aplica, el paciente no está en hemodiálisis o paciente en abandono

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios.

52. Peritonitis infecciosa:

Registre el número de episodios de peritonitis infecciosa relacionada con la diálisis peritoneal que sufrió el paciente durante el periodo de reporte:

98 = No aplica, el paciente no ha recibido diálisis peritoneal durante el periodo de reporte o paciente en abandono

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

53. Costo total de la DP durante el período de reporte:

Registre exclusivamente el costo de la diálisis peritoneal. Excluya otros costos que no están relacionados con esta terapia.

98= No aplica, el paciente no ha recibido diálisis peritoneal durante el periodo de reporte o paciente en abandono

Para pacientes reportados por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios, registre la opción 98.

54. Vacuna Hepatitis B:

1 = Tiene esquema completo sin títulos

2 = Tiene esquema incompleto sin títulos

3 = No ha recibido vacunación para hepatitis B

4 = Títulos >10

5 = Títulos <10

6 = Sin respuesta a la vacunación (dos esquemas completos de vacunación y títulos <10)

7 = Infección por VHB

98 = No aplica, el paciente no recibe HD, DP ni ha sido trasplantado

99 = Sin dato en la historia clínica o paciente en abandono



55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

55. Si el usuario ha presentado infección por Hepatitis B, registre la fecha de diagnóstico:

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día.

1800-01-01= Sin dato en la historia clínica o paciente en abandono

1811-01-01 = No aplica, el paciente no ha presentado infección por Hepatitis B o el paciente no recibe HD, DP ni ha sido trasplantado

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

56. Si el usuario ha presentado infección por Hepatitis C, registre la fecha de diagnóstico:

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día.

1800-01-01 = Sin dato en la historia clínica o paciente en abandono

1811-01-01 = No aplica, el paciente no ha presentado infección por Hepatitis C o el paciente no recibe HD, DP ni ha sido trasplantado

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

57. Tratamiento médico no dialítico para ERC estadio 5, a la fecha de corte:

1 = Si, paciente que recibe solamente tratamiento médico especial y multidisciplinario sin diálisis

2 = No recibe esta terapia o paciente en abandono

Para pacientes reportados por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios, registre la opción 2.

- Para considerar que el paciente está en TMND se debe soportar la continuidad de esta terapia y la ERC estadio 5 durante 90 días o más previos al corte.
- Tenga en cuenta que el programa de atención renal debe cumplir con los contenidos e intervenciones establecidos en los consensos publicados por la CAC – “Contenidos mínimos indispensables para la gestión del riesgo renal en un programa de atención a pacientes adultos con enfermedad renal crónica, sin terapia de reemplazo renal en Colombia. Definiciones técnicas basadas en evidencia”.

58. Costo total del TMND durante el período de reporte:

Registre exclusivamente el costo del tratamiento médico no dialítico. Excluya otros costos que no están relacionados con esta terapia.



98= No aplica, el paciente no ha recibido TMND durante el periodo de reporte o paciente en abandono

Para pacientes reportados por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios, registre la opción 98.

59. Hemoglobina (g/dl):

Registre el valor de la última hemoglobina tomada durante el periodo de reporte en personas con ERC en estadios 3 a 5, con máximo 2 decimales sin aproximación, teniendo en cuenta que:

- En **estadio 3 y 4** registre el último valor de hemoglobina tomada dentro del **período de reporte**.
- En **pacientes en ERC 5 o TMND** registre el valor de la última hemoglobina tomada dentro del **último semestre del periodo**.
- En **pacientes en diálisis**, registre el valor de la última hemoglobina tomada **pre diálisis, dentro del último trimestre del período**. En los pacientes en diálisis con novedad de alta voluntaria, fallecidos o desafiados se debe reportar el resultado de la última medición realizadas antes de presentar la novedad.
- En los pacientes con ERC 3, 4 y TMND con novedad de abandono, alta voluntaria, fallecidos o desafiados se debe reportar la hemoglobina tomada en el último mes de seguimiento

98 = No aplica (pacientes sin ERC o ERC estadios 1 y 2. También aplica para pacientes indeterminados o no estudiados para ERC).

99= No se realizó el laboratorio dentro del periodo establecido para los pacientes con ERC 3 a 5 (también aplica para diálisis).

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

60. Albúmina sérica (g/dl):

Registre el valor de la albumina sérica tomado durante el periodo de reporte en personas con ERC en estadios 3 a 5, con máximo 2 decimales sin aproximación teniendo en cuenta que:

- En **estadios 3 a 5** registre el valor de la última albumina sérica tomada dentro del período de reporte
- En **pacientes en diálisis** debe registrarse el valor de la albumina sérica tomada pre diálisis en el último trimestre dentro del periodo de corte.
- En los pacientes en abandono, alta voluntaria, fallecidos o desafiados se debe reportar la albúmina sérica tomada en el último mes de seguimiento.

98 = No aplica (pacientes sin ERC o ERC estadios 1 y 2. También aplica para pacientes indeterminados o no estudiados para ERC).

99= No se realizó el laboratorio dentro del periodo establecido para los pacientes con ERC 3 a 5 (también aplica para diálisis).

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios



61. Fósforo sérico(P) mg/dl:

Registre el valor del fósforo sérico tomado durante el periodo de reporte en personas con ERC en estadios 3 a 5, teniendo en cuenta que:

- En ERC **estadio 3 o 4** registre el valor del último fósforo sérico tomado dentro del período de reporte.
- En **TMND** registre el valor de fósforo sérico tomado dentro del semestre del periodo, más cercano a la fecha de corte.
- En pacientes **en diálisis, registre el valor del último fósforo sérico tomada pre diálisis, dentro del último trimestre del período**. En los pacientes en diálisis con novedad de alta voluntaria, fallecidos o desafiados se debe reportar el resultado de la última medición realizadas antes de presentar la novedad.
- En los pacientes con ERC 3, 4 y TMND con novedad de abandono, alta voluntaria, fallecidos o desafiados se debe reportar el último fósforo tomado en el último mes de seguimiento.

98 = No aplica (pacientes sin ERC o ERC estadios 1 y 2. También aplica para pacientes indeterminados o no estudiados para ERC).

99= No se realizó el laboratorio dentro del periodo establecido para los pacientes con ERC 3 a 5 (también aplica para diálisis).

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

62. Última valoración clínica por nefrología dentro del periodo de reporte de pacientes con ERC estadio 5 en diálisis o con TMND, en relación con la posibilidad de trasplante renal:

Registre el concepto de la valoración clínica realizada por el nefrólogo:

1 = Indicado

2 = Contraindicado

97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 (tiene ERC estadio 1 a 4) o ya tiene trasplante funcional

98 = No aplica, el paciente no tiene ERC o paciente en abandono

99 = No ha sido valorado por nefrólogo para la posibilidad de trasplante

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Si marca la opción 2 "Contraindicado", debe marcar la opción 1 "Si" en alguna de las opciones descritas en las variables 62.1 a 62.11, y en las demás debe marcar la opción 2 "No". Si el trasplante está indicado "opción 1", marque la opción "No" en las variables de 62.1 a 62.11.

Las contraindicaciones para trasplante renal deben ser descritas claramente en la historia clínica.



62.1. ¿Se reportó cáncer activo en los últimos 12 meses como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología?:

1 = Si

2 = No

97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 55 (tiene ERC estadio 1 a 4) o ya tiene trasplante funcional

98 = No aplica, el paciente no tiene ERC o paciente en abandono

99 = No ha sido valorado por nefrólogo para la posibilidad de trasplante

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

62.2. ¿Se reportó infección crónica o activa no tratada o no controlada hasta en los últimos tres meses antes de la fecha de corte, como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología?:

1 = Si

2 = No

97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 (tiene ERC estadio 1 a 4) o ya tiene trasplante funcional

98 = No aplica, el paciente no tiene ERC o paciente en abandono

99 = No ha sido valorado por nefrólogo para la posibilidad de trasplante

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

62.3. ¿Se reportó que el paciente ha manifestado su deseo de NO trasplantarse, como contraindicación para el trasplante, en la valoración por nefrología?:

1 = Si

2 = No

97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 (tiene ERC estadio 1 a 4) o ya tiene trasplante funcional

98 = No aplica, el paciente no tiene ERC o paciente en abandono

99 = No ha sido valorado por nefrólogo para la posibilidad de trasplante

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

62.4. ¿Se reportó que el paciente tiene una esperanza de vida menor o igual a 6 meses, como contraindicación para el trasplante, en la valoración por nefrología?:

1 = Si

2 = No

97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 (tiene ERC estadio 1 a 4) o ya tiene trasplante funcional



98 = No aplica, el paciente no tiene ERC o paciente en abandono
99 = No ha sido valorado por nefrólogo para la posibilidad de trasplante
55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

62.5. ¿Se reportó que el paciente presenta limitaciones potenciales para el autocuidado y adherencia al tratamiento post trasplante, como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración por nefrología?:

1 = Si
2 = No
97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 (tiene ERC estadio 1 a 4) o ya tiene trasplante funcional
98 = No aplica, el paciente no tiene ERC o paciente en abandono
99 = No ha sido valorado por nefrólogo para la posibilidad de trasplante
55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

62.6. ¿Se reportó enfermedad cardíaca, cerebrovascular o vascular periférica, como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología?:

1 = Si
2 = No
97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 (tiene ERC estadio 1 a 4) o ya tiene trasplante funcional
98 = No aplica, el paciente no tiene ERC o paciente en abandono
99 = No ha sido valorado por nefrólogo para la posibilidad de trasplante
55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

62.7. ¿Se reportó infección por el VIH, como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología?:

1 = Si
2 = No
97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 (tiene ERC estadio 1 a 4) o ya tiene trasplante funcional
98 = No aplica, el paciente no tiene ERC o paciente en abandono
99 = No ha sido valorado por nefrólogo para la posibilidad de trasplante
55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios



62.8. ¿Se reportó infección por el VHC, como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología?:

1 = Si

2 = No

97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 (tiene ERC estadio 1 a 4) o ya tiene trasplante funcional

98 = No aplica, el paciente no tiene ERC o paciente en abandono

99 = No ha sido valorado por nefrólogo para la posibilidad de trasplante

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

62.9. ¿Se reportó que el paciente presenta enfermedad inmunológica activa los últimos tres meses antes de la fecha de corte, como contraindicación para el trasplante, en la valoración por nefrología?:

1 = Si

2 = No

97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 (tiene ERC estadio 1 a 4) o ya tiene trasplante funcional

98 = No aplica, el paciente no tiene ERC o paciente en abandono

99 = No ha sido valorado por nefrólogo para la posibilidad de trasplante

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

62.10. ¿Se reportó que el paciente presenta enfermedad pulmonar crónica, como contraindicación para el trasplante, en la valoración por nefrología?:

1 = Si

2 = No

97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 (tiene ERC estadio 1 a 4) o ya tiene trasplante funcional

98 = No aplica, el paciente no tiene ERC o paciente en abandono

99 = No ha sido valorado por nefrólogo para la posibilidad de trasplante

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

62.11. ¿Se reportó que el paciente presenta otras enfermedades crónicas, como contraindicación para el trasplante, en la valoración por nefrología?:

1 = Si

2 = No

97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 (tiene ERC estadio 1 a 4) o ya tiene trasplante funcional



98 = No aplica, el paciente no tiene ERC o paciente en abandono
99 = No ha sido valorado por nefrólogo para la posibilidad de trasplante
55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

63. Fecha de ingreso a lista de espera para la realización del trasplante renal: Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día.

1800-01-01 = Está indicado el trasplante, pero a la fecha de corte no ha ingresado a la lista de espera
1845-01-01 = No Aplica, el trasplante está contraindicado o paciente en abandono o paciente con trasplante funcional o el paciente no ha sido valorado por nefrólogo en relación a la posibilidad de trasplante.
1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

63.1. Registre el código de la IPS donde está en lista de espera: Registre el código válido de habilitación (códigos de habilitación disponibles en la página Web de la CAC – IPS trasplantadoras)

98= No Aplica, el trasplante está contraindicado o paciente en abandono o paciente con trasplante funcional o el paciente no ha sido valorado por nefrólogo en relación a la posibilidad de trasplante.
99 = Está indicado el trasplante, pero a la fecha de corte no ha ingresado a la lista de espera
55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

64. ¿El usuario ha recibido trasplante renal?:

1 = SI, el paciente recibió trasplante renal en la EAPB/Ente territorial que reporta (y está funcional)
2 = SI, el paciente recibió trasplante renal, en otra EAPB/Ente territorial diferente a la que reporta (y está funcional)
3 = SI, el paciente recibió trasplante renal en la EAPB/Ente territorial que reporta (y no está funcional)
4 = SI, el paciente recibió trasplante renal, en otra EAPB/Ente territorial diferente a la que reporta (y no está funcional)
5 = NO, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono

65. Código de la EPS que realizó el último trasplante renal:

Registre el código de la EAPB/Ente territorial en la que el paciente recibió el último trasplante renal (sea este funcional o no, al momento del corte). Recuerde que el paciente puede haber recibido uno o más trasplantes renales

98 = No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal



99 = Sin dato (solamente cuando el trasplante renal no haya sido realizado por la EAPB/Ente territorial que reporta el usuario y no se dispone de esta información -indicada por el usuario-)

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

66. Código de la IPS o Grupo de trasplante, que realizó el último trasplante renal:

Registre el código de habilitación de la IPS que realizó el último trasplante (grupo de trasplante). Recuerde que el paciente puede haber recibido uno o más trasplantes renales

98 = No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal

99 = Sin dato, (solamente cuando el trasplante renal no haya sido realizado por la EAPB/Ente territorial que reporta el usuario y no se dispone de esta información)

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

67. Tipo de donante del último trasplante renal:

Recuerde que el paciente puede haber recibido uno o más trasplantes renales

1 = Fallecido

2 = Vivo

98 = No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal

99 = Sin dato en la historia clínica

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

68. Costo del último trasplante realizado en el periodo de reporte:

Registre el costo total del trasplante incluyendo todos los gastos por servicios POS asociados al procedimiento de trasplante que fueron cubiertos por la EPS/EOC, tales como la obtención o rescate del componente anatómico, su preservación y almacenamiento, así como el transporte tanto del órgano como del usuario.

97 = No aplica, el paciente recibió trasplante renal en la EAPB/Ente territorial que reporta, pero el procedimiento no se realizó durante el período de reporte.

98 = No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono

99 = Sin dato, cuando el paciente recibió trasplante renal, pero en una EAPB/Ente territorial diferente a la EAPB/Ente territorial que reporta el usuario

Para pacientes reportados por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios, registre la opción 99



69. ¿El paciente con trasplante renal ha presentado alguna complicación (¿de las mencionadas en las variables 69.1 a 69.7) relacionada con el último trasplante renal?:

1 = Si

2 = No

98 = No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Si marca la opción 1 "Si". Debe colocar una fecha válida en alguna de las variables de 69.1 a 69.7. Y en las demás variables marcar 1800-01-01. Si marca la opción 2 "No", en las demás variables marque 1800-01-01. Si el paciente no ha sido trasplantado marque 98 "No aplica", y en las demás variables 1845-01-01.

69.1. Si el paciente con trasplante renal ha presentado infección por Citomegalovirus (CMV), registre la fecha de diagnóstico:

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre e incluya 01 como mes y 01 como día. Tener en cuenta que los pacientes con trasplante renal pueden recibir tratamiento antiviral para CMV como profilaxis, sin tener infección.

1800-01-01 = No ha tenido esta complicación

1845-01-01 = No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

69.2. Si el paciente con trasplante renal ha presentado infección por hongos registre la fecha de diagnóstico:

1800-01-01 = No ha tenido esta complicación

1845-01-01 = No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

69.3. Si el paciente con trasplante renal ha presentado infección activa por tuberculosis, registre la fecha de diagnóstico:

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día. Tener en cuenta que incluye la infección activa por tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. No incluye la tuberculosis latente.

1800-01-01 = No ha tenido esta complicación

1845-01-01 = No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono



1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

69.4. Si el paciente con trasplante renal ha presentado alguna complicación vascular, registre la fecha de diagnóstico:

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día. Tener en cuenta que las complicaciones vasculares incluyen:

- Trombosis, pseudoaneurisma o estenosis de la arterial renal, de la arteria iliaca o del injerto.
- Estenosis de la arteria renal.
- Trombosis de la vena renal o de la vena iliaca.

No se deben registrar en esta variable:

- Trombosis de la fístula
- Trombosis venosa profunda de miembros inferiores

1800-01-01 = No ha tenido esta complicación

1845-01-01 = No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

69.5. Si el paciente con trasplante renal ha presentado alguna complicación urológica, registre la fecha de diagnóstico:

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día.

Tener en cuenta que las complicaciones urológicas incluyen: uropatía obstructiva, urinoma y fístula del uréter. No se debe registrar en esta variable las infecciones urinarias.

1800-01-01 = No ha tenido esta complicación

1845-01-01 = No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

69.6. Si el paciente con trasplante renal ha presentado alguna complicación de la herida quirúrgica, registre la fecha de diagnóstico:

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día.

Tener en cuenta que las complicaciones de la herida quirúrgica, incluyen: dehiscencia cutánea, colección subcutánea, sobreinfección de la herida quirúrgica, infecciones superficiales, celulitis, infección supra o infra aponeurótica, hernia incisional, infección del sitio operatorio y seroma.



1800-01-01 = No ha tenido esta complicación

1845-01-01 = No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

69.7. Si al paciente con trasplante renal se le diagnóstica cualquier tipo de cáncer posterior al trasplante, registre la fecha del primer diagnóstico de cáncer:

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día.

1800-01-01= No ha tenido esta complicación

1845-01-01=No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

70. ¿Cuántos medicamentos inmunosupresores se formularon para el manejo del trasplante renal en el periodo de reporte (1 de julio de 2020 a 30 de junio de 2021):

¿Escriba el número de medicamentos inmunosupresores formulados en el periodo de reporte actual?

98= No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono

Si el paciente no ha sido trasplantado marque 98 "No aplica" en las variables 70.1 a 70.9. Recuerde que los medicamentos a reportar en estas variables son sólo aquellos formulados para el paciente que ha sido trasplantado renal.

70.1. En el periodo de reporte (1 de julio de 2020 a 30 de junio de 2021) el paciente ha recibido Metilprednisolona para el manejo del trasplante renal:

1 = Si

2 = No

98 = No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

70.2. En el periodo de reporte (1 de julio de 2020 a 30 de junio de 2021) el paciente ha recibido Azatioprina para el manejo del trasplante renal:

1 = Si

2 = No

98 = No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios



70.3. En el periodo de reporte (1 de julio de 2020 a 30 de junio de 2021) el paciente ha recibido Ciclosporina para el manejo del trasplante renal:

1 = Si

2 = No

98 = No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

70.4. En el periodo de reporte (1 de julio de 2020 a 30 de junio de 2021) el paciente ha recibido Micofenolato para el manejo del trasplante renal:

1 = Si

2 = No

98 = No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

70.5. En el periodo de reporte (1 de julio de 2020 a 30 de junio de 2021) el paciente ha recibido Tacrolimus para el manejo del trasplante renal:

1= Si

2=No

98=No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

70.6. En el periodo de reporte (1 de julio de 2020 a 30 de junio de 2021) el paciente ha recibido Prednisona para el manejo del trasplante renal:

En caso de que el paciente haya recibido manejo para trasplante renal con prednisolona debe reportarse en esta variable.

1 = Si

2 = No

98 = No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Los pacientes del régimen subsidiado reportados por el ente territorial deben reportar códigos CUMS de inmunosupresores para manejo de trasplante renal no incluidos en el plan de beneficios en salud en las variables 70.7 a la 70.9.



70.7. En el periodo de reporte (1 de julio de 2020 a 30 de junio de 2021) el paciente ha recibido para el manejo del trasplante renal medicamentos inmunosupresores no incluidos en las variables 70.1 a 70.6 o no incluidos en el plan de beneficios (medicamento 1):

Registre el código CUM del medicamento usado en este caso (códigos CUM disponibles en la página Web de la CAC).

97 = No aplica, paciente con trasplante renal que no recibió medicamento inmunosupresor no POS

98 = No Aplica el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono

70.8. En el periodo de reporte (1 de julio de 2020 a 30 de junio de 2021) el paciente ha recibido para el manejo del trasplante renal medicamentos inmunosupresores no incluidos en las variables 70.1 a 70.6 o no incluidos en el plan de beneficios (medicamento 2):

Registre el código CUM del medicamento usado en este caso (códigos CUM disponibles en la página Web de la CAC).

97 = No aplica, paciente con trasplante renal que no recibió medicamento inmunosupresor no POS

98 = No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono

70.9. En el periodo de reporte (1 de julio de 2020 a 30 de junio de 2021) el paciente ha recibido para el manejo del trasplante renal medicamentos inmunosupresores no incluidos en las variables 70.1 a 70.6 o no incluidos en el plan de beneficios (medicamento 3):

Registre el código CUM del medicamento usado en este caso (códigos CUM disponibles en la página Web de la CAC).

97 = No aplica, paciente con trasplante renal que no recibió medicamento inmunosupresor no POS

98 = No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono

71. ¿Cuántos episodios de rechazo agudo confirmados por biopsia en los primeros 12 meses posteriores al trasplante, ha presentado el paciente con trasplante renal?:

98 = No aplica, el paciente nunca ha recibido trasplante renal o el paciente no ha presentado episodios de rechazo agudo o paciente en abandono

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

72. Fecha del primer rechazo agudo del injerto (confirmado por biopsia en los primeros 12 meses posteriores al trasplante):

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día.

1800-01-01 = Desconocida



1845-01-01 = No aplica, el paciente nunca ha recibido trasplante renal o el paciente no ha presentado episodios de rechazo agudo o paciente en abandono

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

73. Fecha de retorno a diálisis por pérdida definitiva del trasplante renal:

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día. Registre:

1800-01-01= desconocida.

1845-01-01=No aplica, el paciente nunca ha recibido trasplante renal o el paciente con trasplante funcional o paciente en abandono

1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios.

74. Número de trasplantes renales que ha recibido el paciente:

Registre el número de trasplantes recibidos.

98= No aplica, el paciente nunca ha recibido trasplante renal o paciente en abandono

55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

75. Costo de la terapia postrasplante renal:

Registre costo total de la terapia postrasplante del usuario durante el período de reporte (1 de julio de 2020 a 30 de junio de 2021). **Esta variable aplica para los pacientes trasplantados que tengan funcional el trasplante (V64= 1 o 2).** En este costo se deben incluir solamente los costos de los medicamentos incluidos en el plan de beneficios para el tratamiento de inmunosupresión.

98= No aplica, el paciente nunca ha recibido trasplante renal o trasplante renal no funcional o paciente en abandono.

En pacientes reportados por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios debe reportar en esta variable los costos de los medicamentos no incluidos en el plan de beneficios.

76. Tiempo de prestación de servicios:

Número de meses en los que el usuario efectivamente recibió servicios relacionadas con HTA, DM o ERC a cargo de la EPS que reporta (del periodo comprendido entre 1 de julio del 2020 a 30 de junio de 2021).

Esta información será validada con los soportes de las consultas que apliquen y las fórmulas, cargados en el repositorio.



77. Costo Total:

Costo total acumulado de la atención del usuario a la fecha de reporte (1 de julio de 2020 a 30 de junio de 2021). En este campo se deben agregar todos los costos en el usuario, relacionados con los diagnósticos registrados, incluyendo, entre otros, los costos de citas de control, medicamentos, costos de diálisis, trasplante y atención de complicaciones.

98= Paciente en abandono

En pacientes reportados por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios debe reportar en esta variable los costos de todas las prestaciones no incluidas en el plan de beneficios suministradas para el manejo o seguimiento del paciente.

78. Código de la EPS de origen:

Registre el código de la EAPB/Ente territorial donde estaba afiliado el usuario antes de trasladarse a la EAPB/Ente territorial que reporta.

98 = No aplica

99 = Sin dato

Recuerde que:

- Esta variable puede estar relacionada con la variable 79 opción 2
- Si la entidad que reporta es un Ente territorial por la prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios, registre el nombre de la entidad del régimen del SGSS en la cual está afiliado el paciente.
- Si la entidad que reporta es una medicina prepagada, registre el nombre de la entidad del régimen contributivo del SGSS en la cual está afiliado el paciente.

79. Novedad con respecto al reporte anterior:

Las novedades administrativas a reportar en este campo corresponderán a eventos ocurridos respecto al reporte anterior.

1 = Persona que falleció (esta novedad también aplica a los casos de personas que iniciaron TRR crónica dentro del periodo de reporte pero que a la fecha de corte están fallecidas)

2 = Persona que ingresó a la EPS y traía el diagnóstico de ERC o HTA o DM

3 = Persona antigua en la EPS y se le realizó nuevo diagnóstico de ERC o HTA o DM.

4 = Persona antigua en la EPS con diagnóstico antiguo de ERC o HTA o DM que ingresa a la BD para reporte de la CAC

5 = Persona que firmó alta voluntaria del tratamiento prescrito

6 = Persona que se desafilió (esta novedad también aplica a los casos de personas que iniciaron TRR crónica dentro del periodo de reporte pero que a la fecha de corte están desafiliadas)

7 = Persona que abandona la terapia y no es posible de ubicar



- 8 = Persona que se elimina de la BD por corrección de la EPS (auditoría interna o auditoría de la CAC porque el caso reportado no tiene diagnóstico de ERC, HTA ni DM)
- 9 = Persona que regresa a terapia
- 10 = El usuario que cambio de tipo y/o número de identificación respecto al reporte anterior
- 11 = Persona con aseguramiento que recibió servicios no incluidos en el plan de beneficios por parte de ente territorial
- 12 = Población migrante de la república de Venezuela
- 13 = Usuario identificado por fuentes externas con diagnóstico (ERC-HTA-DM) descartado por la entidad
- 14 = Usuario identificado por fuentes externas con diagnóstico ERC o HTA o DM, no gestionado por la entidad
- 15 = Paciente trasladado de EAPB, que fue glosado en periodo anterior y no fue gestionado por la entidad (receptora) en el periodo.
- 98 = No hay novedad respecto al reporte anterior

Recuerde que:

- Un paciente que firmó alta voluntaria es aquel que recibió atenciones médicas durante el periodo, pero deja constancia en la historia clínica que decide NO continuar el tratamiento prescrito, se debe soportar con el disenso de la terapia firmada por el paciente.
- Un paciente que abandonó la terapia es aquel que no recibió atenciones médicas relacionadas con el diagnóstico objeto de reporte HTA, DM y/o ERC durante el periodo (1 de julio de 2020 a 30 de junio de 2021) y que la entidad trato de contactar para su seguimiento.
- Un paciente que fue trasladado de EAPB y no fue glosado en el periodo anterior, pero no fue gestionado por la EAPB receptora debe ser reportado en abandono.

Debe priorizar la novedad del usuario de acuerdo al anexo .2.

80. Causa de Muerte:

- 1 = Enfermedad renal crónica
- 2 = Enfermedad cardiovascular
- 3 = Cáncer
- 4 = Infección
- 5 = Por causa diferente a las descritas en 1, 2, 3 y 4
- 6 = Causa Externa
- 98 = No aplica, el usuario no ha fallecido
- 99 = Paciente que fallece, pero no hay información sobre la causa de muerte en la historia clínica
- 55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

80.1. Fecha de muerte:

Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día.



1845-01-01=No aplica, el usuario no ha fallecido

81. Código único de identificación (BDUA, BDEX, PVS):

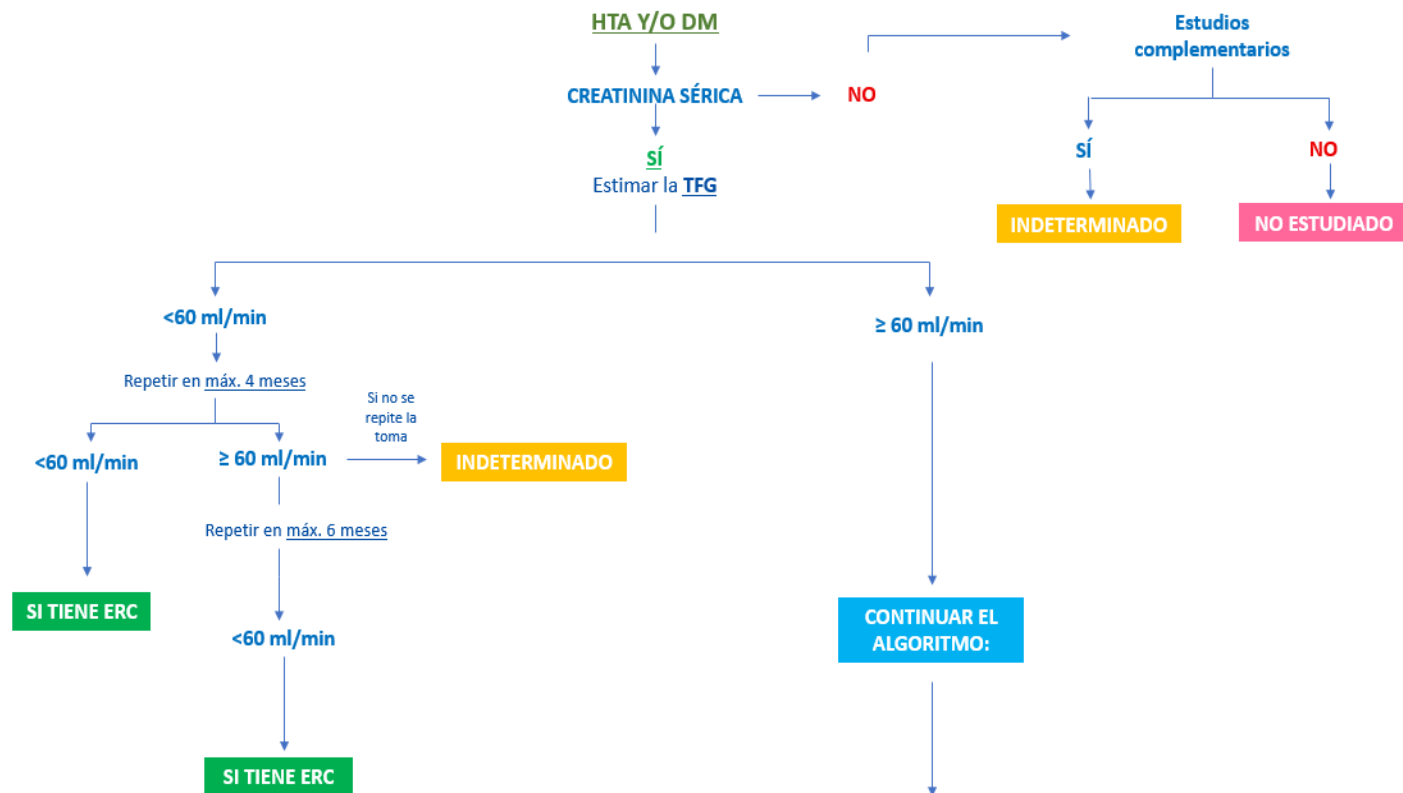
Registre el código único serial de identificación (BDUA, BDEX, PVS asignado al paciente por el Ministerio de Salud y Protección social. Los Entes Territoriales deben registrar 0 en esta variable.

82. Fecha de corte del reporte:

Registre esta variable con la fecha 2021-06-30



Anexo 1. Algoritmo para el diagnóstico de ERC.



TFG \geq 60 ml/min

Relación Albuminuria/Creatinuria
o Albuminuria 24h

$\geq 30\text{mg/gr}$

Cuando la RAC o albuminuria 24h es >300
el seguimiento se puede realizar con
Proteinuria/creatinuria o Proteinuria 24h

Repetir en máx. 4 meses

Sí es $\geq 30\text{mg/gr}$

SÍ TIENE ERC

Sí es $<30\text{mg/gr}$

Repetir en máx. 6 meses

Sí es $\geq 30\text{mg/gr}$

SÍ TIENE ERC

Alteración
presente por más
de 3 meses

Sí es $<30\text{mg/gr}$

NO TIENE ERC

TFG \geq 60 ml/min

Relación Albuminuria/Creatinuria
o Albuminuria 24h

Uroanálisis, citoquímico o
parcial de orina

$<30\text{mg/gr}$
 $<3\text{mg/mmol}$



Normal

Anormal

- Hematíes
- Cilindros
- Proteínas

Tomar otros estudios para
identificar la causa de la
alteración

NO TIENE ERC



Consideraciones sobre el algoritmo:

- Para el cálculo de la TFG, no deben haber transcurrido más 6 meses entre el peso y la creatinina.
- El periodo de tiempo entre la 1° y 2° toma del laboratorio clínico alterado para el estudio de la ERC, no debe superar los 4 meses.
- El periodo de tiempo entre la 2° y 3° toma del laboratorio clínico alterado para el estudio de la ERC, no debe superar los 6 meses.

Estudio y seguimiento de la enfermedad renal

1. Soportes de diagnóstico

- En los pacientes con ERC no conocida previamente (nuevos):
Para confirmar el diagnóstico de ERC, se debe soportar en las historias clínicas del período la realización del algoritmo diagnóstico del **Anexo 1**.
- En los pacientes con ERC conocida previamente (anteriores):
Se deben cargar los soportes con los que se realizó el estudio de ERC (es decir, cuando se confirmó el diagnóstico de ERC) según el algoritmo diagnóstico del Anexo 1, como es anterior, estos soportes pueden corresponder a periodos previos (es decir, fuera del período de reporte). Estos soportes, se deben marcar de la siguiente manera: **Algoritmo_diagnostico_ERC_Año**. Si el soporte no se encuentra en el repositorio o no se puede identificar de esta manera, el caso se auditará como nuevo en ERC y se validará el algoritmo diagnóstico con los soportes del período actual.

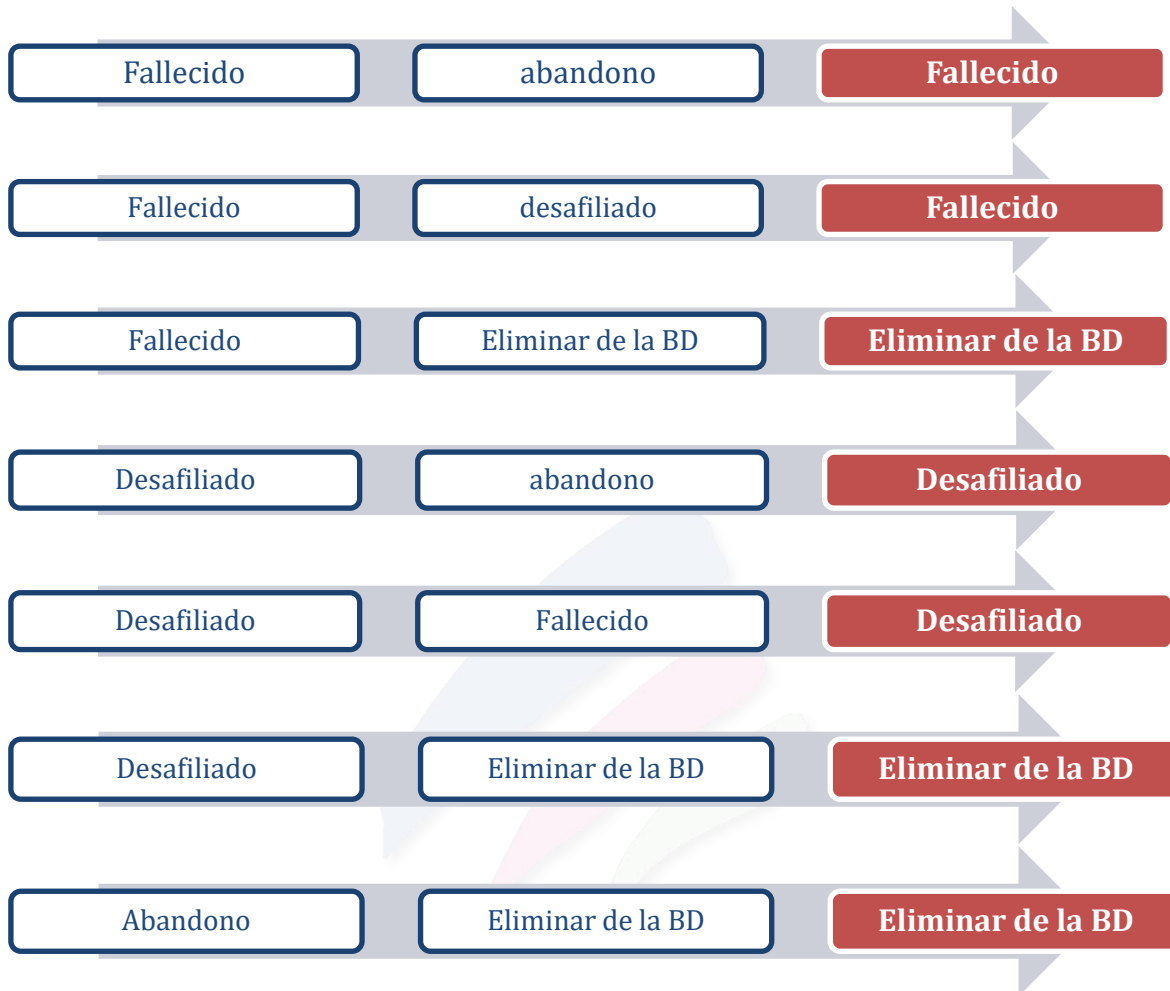
2. Seguimiento de los pacientes con ERC

Una vez confirmado el diagnóstico, la frecuencia de monitorización de la creatinina para el cálculo de TFG debe realizarse de acuerdo a lo contemplado en la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Seguimiento de la ERC "1.2.1.1 frecuencia de evaluación de la enfermedad renal crónica".

- En pacientes **sin ERC** y pacientes con **ERC estadios 1 y 2** debe registrarse el valor de la última creatinina en suero tomada dentro del periodo (1 de julio 2020 a 30 junio de 2021)
- En pacientes con **ERC estadio 3 o 4** debe registrarse el valor de la última creatinina en suero tomada dentro del último semestre del periodo (enero a junio de 2021).
- En pacientes con **ERC estadio 5** debe registrarse el valor de la última creatinina en suero tomada dentro del último trimestre del periodo del reporte (abril a junio de 2021).



Anexo 2. Priorización de novedades



Versión	Fecha	Observaciones
V1	06-04-2021	<ul style="list-style-type: none"> -Se actualizaron las fechas relacionadas con el periodo de reporte (01 de julio de 2020 a 30 de junio de 2021). - Se incluye aclaración sobre reporte e interpretación de paraclínicos. -En la variable 79 novedad: se agregan las opciones de respuesta 15=Paciente trasladado de EAPB, que fue glosado en periodo anterior y no fue gestionado por la entidad (receptora) en el periodo y se hace aclaración sobre el reporte de casos trasladados no glosados en el periodo anterior. -En la variable 27 se incluye aclaración sobre la frecuencia de creatinina en los pacientes en TMND.
V2	13-07-2021	<ul style="list-style-type: none"> Se unifica el tiempo máximo entre el peso y la toma de creatinina para el cálculo de la TFG Se aclara el reporte de decimales en el peso Se aclara uso de comodín 999 en la Var35 TFGe Se incluye el anexo de priorización de novedades Se hacen aclaraciones sobre el reporte de KRU

