



INSTRUCTIVO PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN SEGÚN RESOLUCIÓN 1393/2015
MEDICION 30 DE JUNIO 2021
CAC-IEP1-I01

TABLA DE CONTROL

	Nombre
ELABORÓ	Coordinación de Gestión de Auditoría Coordinación de Tecnología
REVISÓ	Comité Técnico
APROBÓ	Dirección CAC - Junta Directiva CAC

Versión No.	Fecha	Actualización
01	20-05-2021	Emisión Inicial
02	23-07-2021	Actualización





Instructivo para facilitar el reporte de información de Artritis Reumatoide Resolución 1393 de 2015

El presente instructivo está diseñado para servir de guía para el reporte de la información requerida por la Resolución 1393 del 2015.

Máximo el 30 de septiembre de 2021 debe presentarse a la Cuenta de Alto Costo (CAC), la base de datos de Artritis Reumatoide de la medición a corte de 30 de junio de 2021.

Las personas a reportar son adultos con diagnóstico confirmado de Artritis Reumatoide, que se encontraban vivos, activos, fallecidos o desafiados a la EAPB (incluidas las de régimen de excepción, especial, Planes Voluntarios de Salud y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud) al 30 de junio de 2021.

Los CIE 10 que puede utilizar para realizar la búsqueda de los pacientes son los siguientes:

- J990 Enfermedad Pulmonar Reumatoide
- M051 Enfermedad Reumatoide del Pulmón
- M052 Vasculitis Reumatoide
- M053 Artritis Reumatoide con compromiso de otros órganos o sistemas
- M058 Otras Artritis Reumatoideas seropositivas
- M059 Artritis Reumatoide seropositiva, sin otra especificación
- M060 Artritis Reumatoide seronegativa
- M062 Bursitis Reumatoide
- M063 Nódulo Reumatoide
- M068 Otras Artritis Reumatoideas especificadas
- M069 Artritis Reumatoide, no especificada

NOTA: Recuerde algunos pacientes con CIE10 - M139 (Artritis no especificada) pueden estar mal codificados y sí tener diagnóstico de Artritis Reumatoide. Dentro de su búsqueda activa identifique estos posibles casos de Artritis Reumatoide y repórtelos al confirmar el diagnóstico. No incluya personas con Artritis Idiopática Juvenil (M080) ni pacientes con enfermedad de Still (M061).

La base de datos a reportar tiene 91 variables (154 campos) y corresponden a las definidas en el Anexo Técnico de la Resolución 1393/2015. Cada registro o fila de la base de datos es una persona. Cada variable es una pregunta acerca de la persona. Todas las variables de esa persona deben registrarse en esa misma fila.

Toda la información reportada en la base de datos debe ser grabada como texto en archivos planos de formato ANSI, con extensión.txt y los separadores de las variables deben ser tabulaciones.



No debe faltar ningún campo de los definidos en la tabla del anexo técnico de la resolución 1393/2015 ni en los definidos en el presente instructivo y ninguna variable debe venir vacía, de lo contrario, el aplicativo rechaza el cargue de la información.

No se debe usar ningún carácter especial en ninguno de los campos (&, ñ, ú –tildes-, ü –diéresis-, # -numero-, ° -grado-, ´-apostrofe-, entre otros) ni se les debe completar con espacios.

El formato del nombre del archivo es AAAAMMDD_CODEAPB_ARTRITIS.txt, donde AAAAMMDD corresponde a la fecha de reporte definida en el artículo 2 de la Resolución y CODEAPB al código de seis caracteres o el código del departamento o distrito según DIVIPOLA en caso de las entidades departamentales y distritales de salud, es decir, 20210630_CODEAPB_ARTRITIS.txt

Las EAPB y Direcciones Departamentales y Distritales de Salud son responsables de cargar su base de datos en la página web de la CAC, por medio del validador dispuesto para tal fin. El aplicativo estará abierto desde el 01 de julio de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021, fecha después de la cual, no se podrá cargar la base de datos. El aplicativo se encuentra en la página web de la CAC.

A las entidades que informen no tener casos de personas diagnosticadas, deberán informarlo a través de certificado en donde se exprese que la información de no casos es VERAZ, este documento debe ser firmado por el representante legal de la entidad o por el secretario departamental o distrital de salud y se debe disponer el documento en formato PDF a través del aplicativo dispuesto por la Cuenta de Alto Costo en www.cuentadealtocosto.org/ Reporte de certificado de veracidad.

Las entidades que tienen casos, se deben reportar por el aplicativo dispuesto por la CAC. Deben certificar que, la información que reportan es VERAZ mediante comunicado firmado por representante legal de la entidad o por el secretario departamental o distrital de salud y se debe disponer el documento en formato PDF a través del aplicativo dispuesto por la cuenta de alto costo en www.cuentadealtocosto.org/ Reporte de certificado de veracidad.

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, cuando reporte la población pobre no asegurada. En caso de tener casos en los que, sólo prestó servicios no incluidos en el plan de beneficios a la población afiliada a cualquier régimen del SGSS, sólo debe registrar la información requerida en las variables: 1 a 16, 71.1 a 71.4, 73.1 a 74.14,



77, 78, 81, 84, 87, 88, 90 y 91, de las prestaciones pagadas en el periodo de reporte. En las demás variables de la estructura, debe registrar el comodín respectivo.

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

IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA EAPB Y DEL USUARIO REPORTADO

Todas las variables numéricas, se deben reportar sin aproximaciones, con el número de decimales que indique cada variable.

1. Código de la EAPB o de la entidad territorial: Cuando el usuario tenga EAPB escriba el código de la empresa que registra al usuario. Cuando el usuario sea notificado por entidad territorial escriba el código de departamento y municipio según DANE (disponible en página web CAC).

2. Régimen: Indica el tipo de régimen al que está afiliado el usuario y corresponde a:

C: Contributivo

S: Subsidiado

P: Excepción

E: Especial

N: No asegurado

V: Planes voluntarios en salud

3. Grupo Poblacional:

1: Indigente

2: Población Infantil a cargo del ICBF

3: Madres comunitarias

4: Artistas, autores, compositores

5: Otro grupo poblacional

6: Recién Nacidos

7: Discapacitados

8: Desmovilizados

9: Desplazados

10: Población ROM

11: Población raizal

12: Población en centros psiquiátricos

13: Migratoria

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 - el 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

4. Primer nombre: Escriba el primer nombre del usuario

5. Segundo nombre: Corresponde al segundo nombre del usuario. En caso de un tercer nombre, escríbalo separado por un espacio. Registre NONE; en mayúscula sostenida cuándo el usuario no tiene segundo nombre (NONE: "Ningún otro nombre escrito")

6. Primer apellido: Escriba el primer apellido del usuario

7. Segundo apellido: Corresponde al segundo apellido del usuario. Registre NOAP; en mayúscula sostenida cuándo el usuario no tiene segundo apellido (NOAP: "Ningún otro apellido")

8. Tipo de identificación del paciente:

- RC: Registro Civil
- TI: Tarjeta de Identidad
- CC: Cedula de Ciudadanía
- CE: Cedula de Extranjería
- PA: Pasaporte



MS: Menor sin identificación (aplica para régimen subsidiado o personas extranjeras indocumentadas)

AS: Adulto sin identificación (aplica para régimen subsidiado o personas extranjeras indocumentadas)

CD: Carnet Diplomático

SC: Salvo conducto

PE: Permiso especial

9. Número de identificación del paciente: Escriba el número de identificación del usuario. Para personas extranjeras indocumentados utilizar lo definido en el numeral 3.3 “determinación del número de identificación” de la circular 0029 del 16 de agosto de 2017.

10. Fecha de nacimiento: Formato AAAA-MM-DD

11. Sexo:

F: Femenino

M: Masculino

12. Pertenencia Étnica: Registre el grupo étnico del usuario:

1: Indígena

2: ROM (Gitano)

3: Raizal del archipiélago de san Andrés y providencia

4: Palanquero de San Basilio

5: Negro (a), mulato (a), afrocolombiano o afro descendiente

6: Ninguna de las anteriores

13. Dirección de residencia: Escriba la dirección de residencia actual del usuario

14. Teléfono de contacto: Escriba el número de teléfono de contacto del usuario.

15. Código de municipio de residencia: Registre el Código DANE

16. Fecha de afiliación a la EAPB o entidad territorial: 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 al Régimen de excepción). 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.

INFORMACION RELACIONADA AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INICIAL

La información del momento del diagnóstico y del tratamiento inicial corresponde a las variables 17 a la variable 47.14, excepto la variable 45.7. Esta información solamente se registra para los pacientes nuevos (reportados por primera vez a la CAC). En los pacientes anteriores se debe reportar la misma información de la base de datos posterior a auditoría.

17. Fecha inicio síntomas de AR: Formato AAAA-MM-DD. Registre la fecha completa cuando el paciente inicio los síntomas de AR. En caso de solo tener el año registre como mes 01 y como día 01, si no tiene el día registre como día 01. Cuando se tienen varias fechas de inicio de síntomas, porque cada médico reporta una fecha diferente, se prioriza la fecha que sea más anterior.

Registre 1799-01-01: sin dato en historia clínica.

Registre 1800-01-01: sin dato por diagnóstico previo al 2014 en la misma entidad que reporta.

Registre 1811-01-01: dato no disponible por diagnóstico en otra EAPB/ET.

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

18. Fecha de la primera consulta por especialista en relación a la impresión diagnóstica: Formato AAAA-MM-DD. Registre la fecha completa de la primera valoración del paciente por el médico especialista (médico familiar, internista, reumatólogo). En caso de solo tener el año registre como mes 01 y como día 01, si no tiene el día registre como día 01.

Registre 1799-01-01: sin dato en historia clínica.

Registre 1800-01-01: sin dato por diagnóstico previo al 2014 en la misma entidad que reporta.

Registre 1811-01-01: dato no disponible por diagnóstico en otra EAPB/ET.

Registre 1822-01-01: no ha sido valorado por especialista (reumatólogo, médico internista o médico familiar).

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

NOTA: En los pacientes con diagnóstico antiguo en los que no se cuente con el soporte de todas las atenciones desde el momento del diagnóstico, se debe reportar en comodín. Cuando se cuente con todas las atenciones médicas por AR recibidas por el paciente, se reporta la fecha de la primera atención por especialista.

19. Fecha de diagnóstico de AR: Formato AAAA-MM-DD. Registre la fecha completa de confirmación de AR (consulta en la que se confirmó el diagnóstico). En caso de solo tener



el año registre como mes 01 y como día 01, si no tiene el día registre como día 01. En todos los pacientes nuevos, se debe capturar la fecha de diagnóstico del paciente, sea la referida en la consulta o la fecha de la atención donde se pueda corroborar el diagnóstico. En pacientes nuevos no se permitirán comodines para esta variable.

Registre 1799-01-01: sin dato en historia clínica.

Registre 1800-01-01: sin dato por diagnóstico previo al 2014 en la misma entidad que reporta.

Registre 1811-01-01: dato no disponible por diagnóstico en otra EAPB/ET.

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

NOTA: En los pacientes con diagnóstico antiguo en los que no se describa la fecha de diagnóstico en la historia clínica, se debe reportar el comodín correspondiente. Todos los casos incidentes (diagnosticados en el período) deben tener una fecha válida de diagnóstico.

20. Talla: Registre el valor absoluto en centímetros reportado en la historia clínica (sin decimales). Registre un valor entre 100 a 210 cm.

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 se debe reportar la talla tomada en el último mes de seguimiento.

21. Peso inicial: Registre el valor absoluto reportado en kilogramos en la historia clínica (con máximo un decimal) en el momento en que fue diagnosticado. Registre un valor entre 15 y 300 kg.

300: Sin dato (por diagnóstico previo al 2014 en la misma entidad que reporta o por dato no disponible por diagnóstico en otra EAPB/ET)

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 se debe reportar el peso inicial tomado en el último mes de seguimiento.

22. Radiografía de manos al diagnóstico: Registre el resultado de la radiografía de manos realizada al menos 3 meses antes o 3 meses después del diagnóstico de AR de conformidad con las siguientes opciones:

0: Sin erosiones.

1: Con erosiones.

300: Sin dato

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



23. Radiografía de pies al diagnóstico: Registre el resultado de la radiografía de pies realizada al menos 3 meses antes o 3 meses después del diagnóstico de AR de conformidad con las siguientes opciones:

0: Sin erosiones.

1: Con erosiones.

300: Sin dato

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

24. VSG (Velocidad de sedimentación globular) Inicial: Registre el resultado en milímetros / hora, entre 0 y 150 realizada al menos 3 meses antes o 3 meses después del diagnóstico de AR. Registre máximo un decimal.

300: Sin dato

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

25. PCR (Proteína C Reactiva) Inicial: Registre el resultado de la PCR realizada al menos 3 meses antes o 3 meses después del diagnóstico de AR, de conformidad con las siguientes opciones.

0: No reactiva.

1: Reactiva.

300: Sin dato

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

26. Factor reumatoideo inicial: Registre el resultado del factor reumatoideo realizado al menos 3 meses antes o 3 meses después del diagnóstico de AR, de conformidad con las siguientes opciones:

0: Negativo.

1: Positivo.

300: Sin dato

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

27. Hemoglobina inicial: Registre el resultado de la hemoglobina realizada al menos 3 meses antes o 3 meses después del diagnóstico de AR, este dato puede ser un valor entre 3 y 30. Registre máximo un decimal.

300: Sin dato

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



28. Leucocitos inicial: Registre el resultado de los leucocitos realizado al menos 3 meses antes o 3 meses después del diagnóstico de AR, este dato puede ser un valor entre 0 y 20000.

22222: Sin dato

55555: No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios.

29. Creatinina Inicial: Registre el resultado de la creatinina realizada al menos 3 meses antes o 3 meses después del diagnóstico de AR, este dato puede ser un valor entre 0 y 20. Registre máximo dos decimales.

300: Sin dato

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

30. TFG Inicial: Registre el valor de la Tasa de Filtración Glomerular realizada al menos 3 meses antes o 3 meses después del diagnóstico de AR, puede ser un valor entre 0 y 250. El valor debe estar registrado por el médico en la historia clínica. Registre máximo un decimal.

300: Sin dato

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

31. Parcial de Orina inicial: Registre el resultado del parcial de orina realizado al menos 3 meses antes o 3 meses después del diagnóstico de AR, de acuerdo con las siguientes opciones de respuesta:

0: Sin proteinuria.

1: Con proteinuria.

300: Sin dato

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

32. ALT Inicial: Registre el resultado del ALT (Alanina Aminotransferasa) realizada al menos 3 meses antes o 3 meses después del diagnóstico de AR, de acuerdo con las siguientes opciones de respuesta:

0: Normal.

1: Anormal.

300: Sin dato

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





33. Anti-CCP al diagnóstico: Registre el resultado del Anti-CCP (Anticuerpos Antipéptido Citrulinado Cíclico) realizado al menos 3 meses antes o 3 meses después del diagnóstico de AR, de acuerdo con las siguientes opciones de respuesta

0: Negativo.

1: Positivo

300: Sin dato

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

34. HTA al diagnóstico: Registre si el paciente tenía HTA (Hipertensión arterial) al menos 3 meses antes o 3 meses después del diagnóstico de AR de acuerdo con las siguientes opciones de respuesta

0: No.

1: Si.

300: Sin dato

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

35. DM al diagnóstico: Registre si el paciente tenía DM (Diabetes Mellitus) al menos 3 meses antes o 3 meses después del diagnóstico de AR de acuerdo con las siguientes opciones de respuesta.

0: No

1: Si.

300: Sin dato

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

36. ECV (Enfermedad Cardiovascular) al diagnóstico: Registre si el paciente tenía ECV al menos 3 meses antes o 3 meses después del diagnóstico de AR de acuerdo con las siguientes opciones de respuesta

0: No

1: Si.

300: Sin dato

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

37. ERC al diagnóstico: Registre si el paciente tenía ERC (Enfermedad Renal Crónica) al menos 3 meses antes o 3 meses después del diagnóstico de AR de acuerdo con las siguientes opciones de respuesta

0: No

1: Si.



300: Sin dato

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

38. Osteoporosis al diagnóstico: Registre si el paciente tenía Osteoporosis al menos 3 meses antes o 3 meses después del diagnóstico de AR de acuerdo con las siguientes opciones de respuesta

0: No

1: Si.

300: Sin dato

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

39. Síndrome de Sjögren al diagnóstico: Registre si el paciente tenía Síndrome de Sjögren al menos 3 meses antes o 3 meses después del diagnóstico de AR de acuerdo con las siguientes opciones de respuesta

0: No

1: Si.

300: Sin dato

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

40. Fecha del primer DAS 28 realizado: Formato AAAA-MM-DD. Registre la fecha completa. En caso de solo tener el año registre como mes 01 y como día 01, si no tiene el día registre como día 01. Corresponde a primer DAS realizado en toda la vida. Debe ser posterior a la fecha de diagnóstico del paciente.

Registre 1799-01-01: Sin dato en historia clínica.

Registre 1800-01-01: Sin dato por diagnóstico previo al 2014 en la misma entidad que reporta, o paciente en abandono.

Registre 1811-01-01: Dato no disponible por diagnóstico en otra EAPB/ET

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

41. Profesional que realizó el primer DAS 28: Registre

1: Médico general.

2: Médico familiar.

3: Internista.

4: Fisiatra.

5: Ortopedista.

6: Reumatólogo.

7: Enfermero.





9: Sin Dato.

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

42. Resultado del primer DAS 28: Reporte el resultado del primer DAS 28 que puede ser un valor entre 0 y 10. Reporte el dato con una cifra decimal.

300: Sin dato

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

43. Fecha del primer HAQ (Health Assessment Questionnaire) realizado: Formato AAAA-MM-DD. Corresponde a primer HAQ realizado en toda la vida. Debe ser posterior a la fecha de diagnóstico. En caso de solo tener el año registre como mes 01 y como día 01, si no tiene el día registre como día 01.

Registre 1799-01-01: Sin dato en historia clínica.

Registre 1800-01-01: Sin dato por diagnóstico previo al 2014 en la misma entidad que reporta.

Registre 1811-01-01: Dato no disponible por diagnostico en otra EAPB/ET

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

44. Resultado de HAQ (Health Assessment Questionnaire) inicial: Reporte el resultado del HAQ inicial que puede ser un valor entre 0 y 3. Reporte el dato con una cifra decimal.

300: Sin dato

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

NOTA VARIABLES 40 A 44:

- Para los pacientes con diagnóstico antiguo reportados por primera vez a la CAC, donde se cuente con historia clínica de todas las atenciones desde el momento del diagnóstico, se debe reportar el primer DAS y HAQ que identifique en los soportes clínicos. Si en estos soportes de períodos previos no hay registro de clinimetría y solo se tiene el dato tomado durante el período actual, se va a reportar esta clinimetría como la primera realizada.

- Para los pacientes con diagnóstico antiguo reportados por primera vez a la CAC, donde no se cuente con historia clínica todas las atenciones desde el momento del diagnóstico se debe reportar el comodín según aplique.

45.1. Fecha de inicio del tratamiento inicial SIN DMARD (Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad), hace referencia al tratamiento con analgésicos, AINES y/o glucocorticoides relacionados en la Var 45.2 a la 45.5: Formato AAAA-MM-DD. Registre la fecha completa de inicio del primer tratamiento sin DMARD posterior al



diagnóstico de AR. En caso de solo tener el año registre como mes 01 y como día 01, si no tiene el día registre como día 01.

Registre 1799-01-01: sin dato en historia clínica.

Registre 1800-01-01: sin dato por diagnóstico previo al 2014 en la misma entidad que reporta.

Registre 1811-01-01: dato no disponible por diagnóstico en otra EAPB/ET

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

45.2. Analgésicos No Opioides (Acetaminofén - Dipirona) al inicio: Registre si el paciente inicio tratamiento con analgésicos No Opioides en los primeros 3 meses después del diagnóstico de AR:

0: No.

1: Si.

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

45.3. Analgésicos Opioides (Codeína - Tramadol) al inicio: Registre si el paciente inicio tratamiento con analgésicos Opioides en los primeros 3 meses después del diagnóstico de AR:

0: No.

1: Si.

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

45.4. AINES al inicio: Registre si el paciente inicio tratamiento con AINES en los primeros 3 meses después del diagnóstico de AR:

0: No.

1: Si.

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

45.5. Corticoides al inicio: Registre si el paciente inicio tratamiento con Corticoides en los primeros 3 meses después del diagnóstico de AR:

0: No.

1: Si.

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

45.6. Fecha inicio tratamiento con DMARD (Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad sintéticos y biológicos): Formato AAAA-MM-DD. Registre la fecha



completa. En caso de solo tener el año registre como mes 01 y como día 01, si no tiene el día registre como día 01.

Registre 1799-01-01: Sin dato en historia clínica.

Registre 1800-01-01: Sin dato por diagnóstico previo al 2014 en la misma entidad que reporta.

Registre 1811-01-01: Dato no disponible por diagnostico en otra EAPB/ET.

Registre 1845-01-01: No aplica porque no recibe DMARD.

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

45.8. Antecedente de linfoma antes del inicio de DMARD (Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad sintéticos y biológicos): Registre

0: No.

1: Si.

300: Desconocido. (para casos con antecedente positivo de linfoma **en el que se desconozca si el linfoma se diagnosticó antes del inicio del DMARD**)

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

Medicamentos al momento del diagnóstico

Desde la variable 46.1 hasta la variable 47.14 debe reportar los medicamentos que el paciente inició al momento del diagnóstico (hasta tres meses posterior a la fecha del diagnóstico).

46.1. Azatioprina: Registre si el paciente inicio tratamiento con Azatioprina después del diagnóstico de AR:

0: No.

1: Si.

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

46.2. Ciclosporina: Registre si el paciente inicio tratamiento con Ciclosporina después del diagnóstico de AR:

0: No.

1: Si.

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

46.3 Ciclofosfamida: Registre si el paciente inicio tratamiento con Ciclofosfamida después del diagnóstico de AR:

0: No.





1: Si.

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

46.4. Cloroquina: Registre si el paciente inicio tratamiento con Cloroquina después del diagnóstico de AR:

0: No.

1: Si.

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

46.5. D-penicilamina: Registre si el paciente inicio tratamiento con D-penicilamina después del diagnóstico de AR:

0: No.

1: Si.

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

46.6. Etanercept: Registre si el paciente inicio tratamiento con Etanercept después del diagnóstico de AR:

0: No.

1: Si.

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

46.7. Leflunomida: Registre si el paciente inicio tratamiento con Leflunomida después del diagnóstico de AR:

0: No.

1: Si.

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

46.8. Metotrexate: Registre si el paciente inicio tratamiento con tratamiento con Metotrexate después del diagnóstico de AR:

0: No.

1: Si.

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

46.9. Rituximab: Registre si el paciente inicio tratamiento con Rituximab después del diagnóstico de AR:





0: No.

1: Si.

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

46.10. Sulfasalazina: Registre si el paciente inicio tratamiento con Sulfasalazina después del diagnóstico de AR:

0: No.

1: Si.

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

47.1. Abatacept: Registre si el paciente inicio tratamiento con Abatacept después del diagnóstico de AR:

0: No.

1: Si.

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

47.2. Adalimumab: Registre si el paciente inicio tratamiento con Adalimumab después del diagnóstico de AR:

0: No.

1: Si.

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

47.3. Certolizumab: Registre si el paciente inicio tratamiento con Certolizumab después del diagnóstico de AR:

0: No.

1: Si.

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

47.4. Golimumab: Registre si el paciente inicio tratamiento con Golimumab después del diagnóstico de AR:

0: No.

1: Si.

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



47.5. Hidroxicloroquina: Registre si el paciente inicio tratamiento con Hidroxicloroquina después del diagnóstico de AR:

0: No.

1: Si.

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

47.6. Infliximab: Registre si el paciente inicio tratamiento con Infliximab después del diagnóstico de AR:

0: No.

1: Si.

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

47.7. Sales de oro: Registre si el paciente inicio tratamiento con Sales de Oro después del diagnóstico de AR:

0: No.

1: Si.

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

47.8. Tocilizumab: Registre si el paciente inicio tratamiento con Tocilizumab después del diagnóstico de AR:

0: No.

1: Si.

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

47.9. Tofacitinib: Registre si el paciente inicio tratamiento con Tofacitinib después del diagnóstico de AR:

0: No.

1: Si.

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

47.10. Anakinra: Registre si el paciente inicio tratamiento con Anakinra después del diagnóstico de AR:

0: No.

1: Si.

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



47.11. Otro medicamento DMARD No enunciado en variables 46.1 a 47.10 (medicamento1): Registre el código CUM del medicamento usado en este caso (listado disponible en página web CAC) o

0: No recibe otro medicamento.

55555: No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios.

47.12. Otro medicamento DMARD No enunciado en variables 46.1 a 47.10 (medicamento2) Registre el código CUM del medicamento usado en este caso (listado disponible en página web CAC) o 0: No recibe otro medicamento.

55555: No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios.

47.13. Otro medicamento DMARD No enunciado en variables 46.1a 47.10 (medicamento3) Registre el código CUM del medicamento usado en este caso (listado disponible en página web CAC) o 0: No recibe otro medicamento.

55555: No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios.

47.14. Otro medicamento DMARD No enunciado en variables 46.1 a 47.10 (medicamento4) Registre el código CUM del medicamento usado en este caso (listado disponible en página web CAC) o 0: No recibe otro medicamento.

55555: No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios.

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL TRATAMIENTO EN CORTE ACTUAL

45.7. Tamizaje para TB realizado dentro del período antes de inicio o cambio de DMARD BIOLÓGICOS (Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad como: Abatacept, Adalimumab, Anakinra, Certolizumab, Etanercept, Golimumab, Infliximab, Rituximab, Tocilizumab) o DMARD de compuestos químicos sintéticos específicos (Tofacitinib). Reporte si al paciente se le realizó tamizaje para TB dentro del período. La prueba de tamizaje es válida si tiene 3 meses máximo de realización previo al inicio o cambio de DMARD biológicos o sintéticos con objetivo terapéutico. Registre:

0: No.

1: Si.

2: No aplica (porque el paciente no inició DMARD en el período ni cambio DMARD en el período) incluir abandono



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

Nota: Cuando el paciente cambia o inicia tratamiento con DMARD biológico o sintético específico y NO se realiza el tamizaje, se marca 0 (no). En los pacientes que no toman estos medicamentos se marca 2 (no aplica).

48. Peso último semestre: Registre el valor absoluto en kilogramos reportado en la historia clínica (con máximo un decimal). Registre un valor entre 15 y 300 kg.

300: paciente en abandono

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

49. Radiografía de manos (últimas realizadas, diferente a la del diagnóstico): Registre el último resultado tomado dentro del periodo de corte, de la radiografía de manos.

0: Sin erosiones.

1: Con erosiones.

300: sin dato o paciente en abandono

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

50. Radiografía de pies (últimas realizadas, diferente a la del diagnóstico): Registre el último resultado tomado dentro del periodo de corte de la radiografía de pies.

0: Sin erosiones.

1: Con erosiones.

300: sin dato o paciente en abandono

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

51. (Proteína C Reactiva) de seguimiento: Registre el último resultado tomado dentro del periodo de corte de la PCR de seguimiento, de conformidad con las siguientes opciones.

0: No reactiva.

1: Reactiva.

300: Sin dato o paciente en abandono

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

52. VSG (Velocidad de Sedimentación globular) de seguimiento: Registre el último resultado tomado dentro del periodo de corte en milímetros / hora, de seguimiento, este dato puede ser un valor entre 0 y 150. Registre máximo un decimal.

300: Sin dato o paciente en abandono



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

53. Hemoglobina de seguimiento: Registre el último resultado tomado dentro del periodo de corte de la hemoglobina de seguimiento, este dato puede ser un valor entre 3 y 30. Registre máximo un decimal.

300: Sin dato o paciente en abandono

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

54. Leucocitos de seguimiento: Registre el último resultado tomado dentro del periodo de corte de los leucocitos de seguimiento, este dato puede ser un valor entre 0 y 20000

22222: Sin dato o paciente en abandono

55555: No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios.

55. Creatinina de seguimiento: Registre el último resultado tomado dentro del periodo de corte de la creatinina de seguimiento, este dato puede ser un valor entre 0 y 20. Registre máximo un decimal.

300: Sin dato o paciente en abandono

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

56. TFG de seguimiento: Registre el último resultado tomado dentro del periodo de corte de la Tasa de Filtración Glomerular de seguimiento, este dato puede ser un valor entre 0 y 250. El valor debe estar registrado en la historia clínica por el médico tratante. Registre máximo con un decimal, sin aproximaciones.

300: Sin dato o paciente en abandono

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

57. Parcial de Orina de seguimiento: Registre el último resultado tomado dentro del periodo de corte del parcial de orina de seguimiento, de acuerdo con las siguientes opciones de respuesta

0: Sin proteinuria.

1: Con proteinuria.

300: Sin dato o paciente en abandono

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



58. ALT de seguimiento: Registre el último resultado tomado dentro del periodo de corte del ALT (Alanina Aminotransferasa) de seguimiento, de acuerdo con las siguientes opciones de respuesta:

0: Normal.

1: Anormal.

300: Sin dato o paciente en abandono

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

NOTA VARIABLES 49 A 58:

- En las variables 49 a 58 se deben reportar los laboratorios realizados durante el periodo de reporte. Si no se realizaron paraclínicos en el periodo se reporta la opción 300.

- En pacientes con diagnóstico incidente (posterior al 30 de junio de 2020) en los que solamente se realicen paraclínicos al momento del diagnóstico (3 meses antes o 3 meses después de la fecha de diagnóstico), se debe reportar en las variables 49 a 58 el comodín 300 de no realizado, dado que solamente se realizaron paraclínicos iniciales.

59. HTA actual: Registre si el paciente tiene Hipertensión Arterial actualmente, de acuerdo con las siguientes opciones de respuesta:

0: No.

1: Si.

300: Sin dato o paciente en abandono.

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

60. DM actual: Registre si el paciente tiene Diabetes Mellitus actualmente, de acuerdo con las siguientes opciones de respuesta:

0: No.

1: Si.

300: Sin dato o paciente en abandono.

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

61. ECV (Enfermedad cardiovascular) actual: Registre si el paciente tiene ECV actualmente, de acuerdo con las siguientes opciones de respuesta:

0: No.

1: Si.

300: Sin dato o paciente en abandono.

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



62. ERC actual: Registre si el paciente tiene Enfermedad Renal Crónica actualmente, de acuerdo con las siguientes opciones de respuesta:

0: No.

1: Si.

300: Sin dato o paciente en abandono.

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

63. Osteoporosis actual: Registre si el paciente tiene Osteoporosis actualmente, de acuerdo con las siguientes opciones de respuesta:

0: No.

1: Si.

300: Sin dato o paciente en abandono.

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

64. Síndrome de Sjögren actual: Registre si el paciente tiene Síndrome de Sjögren actualmente, de acuerdo con las siguientes opciones de respuesta:

0: No.

1: Si.

300: Sin dato o paciente en abandono.

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

65. Fecha del último DAS 28 realizado: Registre en formato AAAA-MM-DD. Registre la fecha completa entre el 1 de julio de 2020 y el 30 de junio de 2021. En caso de solo tener el año registre como mes 01 y como día 01, si no tiene el día registre como día 01.

Registre 1799-01-01 sin dato en historia clínica porque no se lo realizaron, o paciente en abandono.

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

66. Profesional que realizó el último DAS 28: Registre

1: Medico general.

2: Medico familiar.

3: Internista.

4: Fisiatra.

5: Ortopedista.

6: Reumatólogo.

7: Enfermera

9: Sin dato o paciente en abandono.





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

67. Resultado del último DAS 28: Registre un valor entre 0 y 10. Reporte el dato con una cifra decimal, sin aproximaciones.

300: Sin dato o paciente en abandono

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

68. Estado de actividad actual de la AR según DAS 28: Registre

0: Remisión (≥ 0 y < 2.6)

1: Baja actividad (≥ 2.6 y ≤ 3.2)

2: Activa (> 3.2 y ≤ 10)

300: Sin dato o paciente en abandono

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

69. Fecha del último HAQ (Health Assessment Questionnaire) realizado: Registre la fecha completa entre el 1 de julio de 2020 y el 30 de junio de 2021 con formato AAAA-MM-DD en el que se realizó el último HAQ. Registre la fecha completa. En caso de solo tener el año registre como mes 01 y como día 01, si no tiene el día registre como día 01.

Registre 1799-01-01 sin dato en historia clínica (porque no lo realizo dentro del periodo), o paciente en abandono.

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

70. Resultado del último HAQ (Health Assessment Questionnaire) realizado: Registre el resultado del último HAQ más próximo a la fecha de corte (30 de junio de 2021). Puede ser un valor entre 0 y 3. Reporte el dato con una cifra decimal.

300: sin dato o paciente en abandono

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

NOTA VARIABLES 65 A 70:

- En pacientes incidentes (diagnosticados posterior al 30 de junio de 2020) en los que solamente se haya realizado una medición de DAS28 o de HAQ en el período, se puede reportar el mismo resultado que el registrado en las variables 40 a 44.

71.1. Analgésicos No Opioides (Acetaminofén - Dipirona): Registre si el paciente recibe Analgésicos No Opioides a la fecha de corte.

0: No.



1: Si.

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

71.2. Analgésicos Opioides (Codeína - Tramadol): Registre si el paciente recibe Analgésicos Opioides a la fecha de corte.

0: No.

1: Si.

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

71.3. AINES: Registre si el paciente recibe AINES a la fecha de corte.

0: No.

1: Si.

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

71.4. Corticoides: Registre si el paciente recibe corticoides a la fecha de corte.

0: No.

1: Si.

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

71.5. Meses de uso de Glucocorticoides a dosis de 10 mg/día o mayores durante los 12 meses previos a la fecha de reporte: Registre la cantidad de meses que el paciente recibió glucocorticoides con una dosis igual o mayor a 10 mg/día en el período. Registre un valor entre 0 y 12. Si recibió dosis de Glucocorticoides a dosis menores a 10 mg/día, registre 0.

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

71.6. Calcio: Registre si el paciente recibe calcio a la fecha de corte.

0: No.

1: Si.

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

71.7. Vitamina D: Registre si el paciente recibe vitamina D a la fecha de corte.

0: No.

1: Si.

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



72. Fecha inicio tratamiento actual con DMARD (Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad sintéticos y biológicos): Registre la fecha que inicio el medicamento DMARD que actualmente toma el paciente, en formato AAAA-MM-DD. Registre la fecha completa. En caso de solo tener el año registre como mes 01 y como día 01, si no tiene el día registre como día 01.

Registre 1799-01-01 sin dato en historia clínica, o paciente en abandono.

Registre 1845-01-01: no aplica porque no recibe DMARD.

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

NOTA: Se reporta la fecha de inicio del esquema actual del paciente así se encuentre por fuera del período de reporte. En los casos donde no se especifique la fecha de la primera formulación del esquema actual, se debe reportar la fecha más anterior disponible en los soportes donde se pueda confirmar el inicio del esquema.

Medicamentos al corte actual

Desde la variable 73.1 hasta la variable 74.14 debe reportar los medicamentos que el paciente recibe al momento del corte (en los pacientes en abandono se reporta 0: no recibe). (En los pacientes fallecidos o desafiados se reportan los medicamentos que el paciente toma al momento de la novedad).

73.1. Azatioprina: Si el paciente recibe este medicamento a la fecha de corte, registre

0: No recibe.

1: Si recibe.

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

73.2. Ciclosporina: Si el paciente recibe este medicamento a la fecha de corte, registre:

0: No recibe.

1: Si recibe.

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

73.3. Ciclofosfamida: Si el paciente recibe este medicamento a la fecha de corte, registre:

0: No recibe.

1: Si recibe.

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

73.4. Cloroquina: Si el paciente recibe este medicamento a la fecha de corte, registre:

0: No recibe.



1: Si recibe.

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

73.5. D-penicilaimina: Si el paciente recibe este medicamento a la fecha de corte, registre:

0: No recibe.

1: Si recibe.

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

73.6. Etanercept: Si el paciente recibe este medicamento a la fecha de corte, registre:

0: No recibe.

1: Si recibe.

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

73.7. Leflunomida: Si el paciente recibe este medicamento a la fecha de corte, registre:

0: No recibe.

1: Si recibe.

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

73.8. Metotrexate: Si el paciente recibe este medicamento a la fecha de corte, registre:

0: No recibe.

1: Si recibe.

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

73.9. Rituximab: Si el paciente recibe este medicamento a la fecha de corte, registre:

0: No recibe.

1: Si recibe.

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

73.10. Sulfasalazina: Si el paciente recibe este medicamento a la fecha de corte, registre:

0: No recibe.

1: Si recibe.

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

74.1. Abatacept: Si el paciente recibe este medicamento a la fecha de corte, registre:





0: No recibe.

1: Si recibe.

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

74.2. Adalimumab: Si el paciente recibe este medicamento a la fecha de corte, registre:

0: No recibe.

1: Si recibe.

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

74.3. Certolizumab: Si el paciente recibe este medicamento a la fecha de corte, registre:

0: No recibe.

1: Si recibe.

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

74.4. Golimumab: Si el paciente recibe este medicamento a la fecha de corte, registre:

0: No recibe.

1: Si recibe.

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

74.5. Hidroxicloroquina: Si el paciente recibe este medicamento a la fecha de corte, registre:

0: No recibe.

1: Si recibe.

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

74.6. Infliximab: Si el paciente recibe este medicamento a la fecha de corte, registre:

0: No recibe.

1: Si recibe.

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

74.7. Sales de oro: Si el paciente recibe este medicamento a la fecha de corte, registre:

0: No recibe.

1: Si recibe.

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





74.8. Tocilizumab: Si el paciente recibe este medicamento a la fecha de corte, registre:

0: No recibe.

1: Si recibe.

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

74.9. Tofacitinib: Si el paciente recibe este medicamento a la fecha de corte, registre:

0: No recibe.

1: Si recibe.

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

74.10. Anakinra: Si el paciente recibe este medicamento a la fecha de corte, registre:

0: No recibe.

1: Si recibe.

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

74.11. Otro medicamento DMARD No enunciado en variables 73.1 a 74.10 (medicamento1): Registre el código CUM del medicamento usado en este caso (disponible en página web CAC) o 0: No recibe otro medicamento.

74.12. Otro medicamento DMARD No enunciado en variables 73.1 a 74.10 (medicamento2): Registre el código CUM del medicamento usado en este caso (disponible en página web CAC) o 0: No recibe otro medicamento.

74.13. Otro medicamento DMARD No enunciado en variables 73.1 a 74.10 (medicamento3): Registre el código CUM del medicamento usado en este caso (disponible en página web CAC) o 0: No recibe otro medicamento.

74.14 Otro medicamento DMARD No enunciado en variables 73.1 a 74.10 (medicamento4): Registre el código CUM del medicamento usado en este caso (disponible en página web CAC) o 0: No recibe otro medicamento.

75.1. Número de consultas con reumatólogo en el último año (1 de julio de 2020 a 30 de junio 2021): registre un valor entre 0 y 12

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



75.2. Número de consultas con el internista por AR en el último año (1 de julio de 2020 a 30 de junio 2021): Registre un valor entre 0 y 12

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

75.3. Número de consultas con el médico familiar por AR en el último año (1 de julio de 2020 a 30 de junio 2021): Registre un valor entre 0 y 12

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

75.4. Reemplazo articular 1 por AR: Registre si el paciente tuvo un reemplazo articular después del diagnóstico de AR, de acuerdo con las siguientes opciones:

0: No.

1: Cadera.

2: Rodilla.

3: Tobillo.

4: Hombro.

5: Codo.

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

75.5. Reemplazo articular 2 por AR: Registre si el paciente tuvo segundo reemplazo articular después del diagnóstico de AR, de acuerdo con las siguientes opciones:

0: No.

1: Cadera.

2: Rodilla.

3: Tobillo.

4: Hombro.

5: Codo.

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

75.6. Reemplazo articular 3 por AR: Registre si el paciente tuvo un tercer reemplazo articular después del diagnóstico de AR, de acuerdo con las siguientes opciones:

0: No.

1: Cadera.

2: Rodilla.

3: Tobillo.

4: Hombro.

5: Codo.



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

75.7. Reemplazo articular 4 por AR: Registre si el paciente tuvo un cuarto reemplazo articular después del diagnóstico de AR, de acuerdo con las siguientes opciones:

0: No.

1: Cadera.

2: Rodilla.

3: Tobillo.

4: Hombro.

5: Codo.

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

76. Número de hospitalizaciones por AR o eventos cardiovasculares relacionados con AR en el último año (1 de julio de 2020 a 30 de junio de 2021): Registre si el paciente fue hospitalizado por complicaciones de la AR (incluidas intervenciones quirúrgicas por AR) o eventos cardiovasculares como hipertensión arterial, cardiopatía coronaria (infarto de miocardio), enfermedad cerebrovascular (apoplejía), enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía reumática, miocardiopatías. En todos los casos la hospitalización debe ser relacionada a la AR. Registre un valor entre 0 y 12.

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

77. Código de habilitación de la sede de la IPS donde se hace el seguimiento y atención de la AR al paciente actualmente: Registre el código de habilitación de la IPS que se encuentra en el listado publicado en la página WEB de la CAC.

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.

NOTA: Si la última atención se realizó en modalidad telemedicina, debe registrar el código de la IPS que realizó esta atención.

78. Código del municipio de la IPS: Registre el Código DANE del municipio donde se encuentra ubicada la sede de la IPS.

79. Fecha de ingreso a la IPS actual donde se hace el seguimiento y atención de la AR al paciente: Registre la fecha en el Formato AAAA-MM-DD. Registre la fecha completa. En caso de solo tener el año registre como mes 01 y como día 01, si no tiene el día registre como día 01.



Registre 1799-01-01: Sin dato en historia clínica, o paciente en abandono.

Registre 1800-01-01: Sin dato por diagnóstico previo al 2014 en la misma entidad que reporta.

Registre 1811-01-01: Dato no disponible por diagnóstico en otra EAPB/ET

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

80. Quien hace la atención clínica para AR al paciente actualmente:

1: Medico general.

2: Medico familiar.

3: Internista.

4: Fisiatra.

5: Ortopedista.

6: Reumatólogo.

9: No aplica, paciente en abandono

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

NOTA: Se reporta el médico que realiza la última atención del paciente durante el período.

81. Novedad del paciente respecto al reporte anterior: las novedades en este campo corresponderán a eventos ocurridos respecto al reporte anterior. Recuerde que debe priorizar la novedad del usuario de la siguiente manera:

- Si el paciente falleció repórtelo como 9 o 12, independientemente de cualquier otra novedad que le aplique.

- Si el paciente se desafilió, pero está vivo, repórtelo como 8 o 11, independientemente de cualquier otra novedad que le aplique.

- Si es un paciente vivo y activo de la comunidad migrante de la República de Venezuela y se encuentra en abandono, marque la novedad de abandono (6).

0: No presenta ninguna novedad

1: Ingreso a EAPB con diagnóstico de AR

2: Usuario antiguo en EAPB a quien se le realizó nuevo diagnóstico de AR

3: Usuario antiguo en EAPB y antiguo diagnóstico de AR que no había sido incluido en reporte

4: Suspensión del tratamiento por orden médica

5: Persona que firmó alta voluntaria del tratamiento

6: Usuario abandonó el tratamiento.

7: Usuario con cambio de tipo o número de identificación

8: Usuario con diagnóstico confirmado de AR no incluido en reporte anterior y que está desafiliado en el momento del reporte actual

9: Usuario con diagnóstico confirmado de AR no incluido en reporte anterior y que está fallecido en el momento del reporte actual



- 10: Usuario para eliminar de la base por corrección luego de auditoría interna o de la CAC
- 11: Usuario que se desafilió
- 12: Usuario que falleció
- 13: Persona con aseguramiento que recibió servicios no incluidos en el plan de beneficios por parte del ente territorial.
- 14: Comunidad migrante de la República de Venezuela
17. Paciente trasladado que fue glosado en periodo anterior que no fue gestionado por la entidad en el periodo.

NOTA: Recuerde que:

- Para entes territoriales, en caso de tener pacientes requeridos sin atenciones en el periodo debe reportarlos con la novedad 11 (desafiliado).
- 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.
- Un paciente con abandono es aquel que no recibió atenciones médicas (general o especialista) relacionadas con la AR durante el periodo (01 de julio 2020 a 30 de junio 2021) en el ámbito ambulatorio.
- Los usuarios cuyo diagnóstico fue confirmado en periodos anteriores solo se pueden marcar para eliminar (novedad 10) de la base de datos hasta que el especialista tratante descarte la enfermedad objeto de reporte.
- Un paciente que fue trasladado de EAPB con diagnóstico confirmado en el periodo anterior, pero no fue gestionado por la EAPB receptora debe ser reportado en abandono.

82. Fecha de desafiliación de la EAPB: verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA, y el separador entre estos sea “-”(guion).

Registrar 1799-01-01: no aplica porque la persona no se desafilió.

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

83. EAPB o Ente territorial al cual se trasladó el paciente desafiliado: código de la empresa aseguradora a la cual se pasó la persona después de desafiliarse de la EPS que reporta o código DANE del municipio a cargo si se convirtió en vinculado en una entidad territorial.

Registrar 0: si se fue para el extranjero.

Registrar 8: si está en proceso de traslado.

Reporte 999999: No aplica

Si la entidad que reporta es un Ente territorial por la prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios, registre el código de la entidad del régimen del SGSSS en la cual está afiliado el paciente.



84. Fecha de muerte: verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA, y el separador entre estos sea “-” (guion). Si solo conoce el año y el mes, registre el día 01. Registrar 1799-01-01: no aplica porque la persona no ha fallecido.

85. Causa de muerte: Reporte 0: No ha fallecido, registre.

1: Muerte por artritis reumatoide.

2: Muerte por otra patología.

3: Muerte por causa externa.

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

86. Costo anual de DMARD incluido en el plan de beneficios (PBS): Registre el valor anual del tratamiento DMARD PBS, reporte en número arábigo sin decimales, ni puntos de mil; en valor individual por cada usuario. Si el paciente recibe medicamento PBS, debe reportar el costo del medicamento.

Registre 0: si el paciente no recibió tratamiento con DMARD incluido en el plan de beneficios (PBS) durante el periodo.

Reporte 1000: si la entidad no asume el costo de estos medicamentos.

Reporte 1001: si el paciente recibe DMARD incluido en el PBS, pero el paciente asume la compra del medicamento DMARD incluido en el PBS.

Reporte: 555555. No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios.

87. Costo anual de DMARD no incluido en el plan de beneficios (NO PBS): Registre el valor anual del tratamiento DMARD NO PBS, reporte en número arábigo sin decimales, ni puntos de mil; en valor individual por cada usuario.

Registre 0: si el paciente no recibió tratamiento con DMARD no incluido en el plan de beneficios (PBS) durante el periodo.

Reporte 1000: si la entidad no asume el costo de los medicamentos DMARD incluidos en el PB.

88. Costo total anual del manejo de la AR: Registre el valor anual del manejo de la AR, reporte en número arábigo sin decimales, ni puntos de mil; en valor individual por cada usuario. Recuerde que estos costos incluyen los costos de DMARD PBS y no PBS. Si el paciente presentó atenciones en el periodo DEBE generar un costo. El costo total anual del manejo de AR NO incluye el costo de incapacidades laborales relacionadas con AR.

89. Costo anual de incapacidades laborales relacionadas con la AR (Solo para personas que se encuentran afiliadas y son cotizantes) Registre el valor anual de incapacidades relacionadas con AR, reporte en número arábigo sin decimales, ni puntos de mil.



Para entidades que no asuman este valor, registrar 1000 (régimen subsidiado, planes voluntarios de salud, regímenes de excepción).

Reporte: 555555. No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios.

90. Código único serial: Registre el código único de identificación serial (BDUA-BDEX-PVS) asignado al paciente por el Ministerio de Salud y Protección Social. Los Entes Territoriales deben registrar 0 en esta variable.

91. Fecha de corte: Registre la fecha de corte de la medición en formato AAAA-MM-DD (recuerde la fecha de corte es 2021-06-30)



Versión No.	Fecha	Observaciones
01	21-05-2021	<p>Ajustes 2020 - 2021</p> <ul style="list-style-type: none">- Se ajustan todas las fechas del instructivo según período de reporte.- Var. 2. Se incluye opción para PVS.- Var. 18. Se incluye aclaración para reporte de pacientes con diagnóstico antiguo.- Var. 19. Se incluye aclaración para reporte de pacientes con diagnóstico antiguo.- Var. 40 a 44. Se incluye nota sobre reporte de pacientes con diagnóstico antiguo.- Var. 45.8. Se incluye aclaración para pacientes con antecedente de linfoma.- Var. 49 a 58. Se incluye nota sobre pacientes sin laboratorios en el periodo y sobre reporte de laboratorios en incidentes.- Var. 65 a 70. Se incluye nota sobre reporte de DAS28 y HAQ en pacientes incidentes.- Var. 72. Se incluye aclaración sobre reporte de fecha de inicio de tratamiento actual con DMARD.- Var. 77. Se incluye aclaración sobre IPS de telemedicina.- Var. 80. Se incluye aclaración sobre médico a reportar.- Var. 81. Se incluye novedad 17 para paciente trasladado glosado del periodo anterior que no fue gestionado por la entidad. Se incluyen aclaraciones sobre novedades.- Var. 86. Se incluye comodín 1001 para casos donde el paciente asume el costo del medicamento. Y se incluye aclaración de reporte en 0.- Var. 87. Se incluye aclaración sobre el reporte 0.
02	23-07-2021	<ul style="list-style-type: none">-Se actualiza fecha de 2019 a 2020-Var. 45.8 Se amplía aclaración en caso de desconocimiento de linfoma antes de inicio DMARD- Var. 81. Se aclara novedad 6 también aplica para comunidad migrante de la Republica de Venezuela