EsSalud

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N.º 026-GCPS-ESSALUD-2023

Lima, 28 JUN. 2023

VISTOS:

La Nota N.º 393-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2023 y el Informe N.° 78-SGNAPS-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2023, de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud de la Gerencia Central de Prestaciones, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante el artículo I del Título Preliminar de la Ley N.° 26842, Ley General de Salud, se establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;

Que, de conformidad con lo establecido en el Numeral 1.2 del artículo 1º de la Ley N.º 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, en el literal e) del artículo 2° de la Ley N.º 27056 se establece como una de las funciones de ESSALUD, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, mediante Resolución Ministerial N.° 719-2015/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención", el cual tiene por objetivo establecer los criterios técnicos para el diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus tipo 2(DM-2) en el primer nivel de atención;

Que, mediante la Resolución de Gerencia General N.° 1553-GG-ESSALUD-2020, se aprueba la Directiva de Gerencia General N.° 21-GCPP-ESSALUD-2020, "Normas para la formulación, evaluación, aprobación, y actualización de documentos normativos y documentos técnicos orientadores en ESSALUD", con la finalidad de ordenar la formulación y actualización de documentos normativos y técnicos-orientadores al interior de la institución, que son necesarias para el ejercicio de las funciones de las unidades de organización que conforman el Seguro Social de Salud - ESSALUD;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N.° 767-PE-ESSALUD-2015, se aprueba el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD, el mismo que establece en el artículo 158° que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud es el órgano de línea encargado de elaborar, proponer, monitorear y evaluar el cumplimiento de las políticas, normas y estrategias relacionadas con la atención integral de salud que se brindan a los usuarios a través de las IPRESS propias, de terceros y otras modalidades, así como en Salud Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo y Medicina Complementaria, en el marco de las normas sectoriales;

Que, el literal a) del mismo artículo establece que, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud tiene por función formular, proponer, aprobar cuando corresponda al ámbito de su competencia y evaluar las políticas, normas, modelos, prioridades sanitarias y estrategias para la atención de salud de los

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N.º 026-GCPS-ESSALUD-2023

asegurados a través de la oferta fija y flexible y otras modalidades, así como los criterios de evaluación de resultados e impacto de las intervenciones sanitarias;

Que, de acuerdo a los documentos vistos, resulta necesario aprobar el proyecto de Documento Técnico Orientador "Manual para el Cuidado Integral del Paciente con Diabetes Mellitus en el Seguro Social de Salud – EsSalud", que tiene como objeto establecer los criterios técnicos del cuidado integral del paciente con Diabetes Mellitus, así como, garantizar la calidad y la oportunidad de las prestaciones en los servicios de salud del Seguro Social de Salud-EsSalud;

Estando a lo expuesto y en uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR**, el Documento Técnico Orientador: "Manual para el Cuidado Integral del Paciente con Diabetes Mellitus en el Seguro Social de Salud – EsSalud", que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

2. **DEJAR,** sin efecto la Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N.° 48-GCPS-ESSALUD-2016 que aprueba el "Cuidado Integral del asegurado con Diabetes Mellitus en el Seguro Social de Salud - EsSalud".

3. **DISPONER**, que la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud, a través de la Sub Gerencia de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias, se encargue de la difusión y asistencia técnica del Documento Técnico Orientador "Manual para el Cuidado Integral del Paciente con Diabetes Mellitus en el Seguro Social de Salud - EsSalud, aprobado por la presente Resolución.

4. **NOTIFICAR**, a la Gerencia Central de Operaciones, a efectos que, en el ámbito de su competencia, contribuya al cumplimiento de la implementación del Documento Técnico Orientador aprobado por al presente Resolución.

5. **ENCARGAR**, a la Oficina de Apoyo y Seguimiento de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud la remisión a la Secretaría General de la presente Resolución, para su publicación en el Compendio Normativo Institucional, en la intranet y en la página Web institucional del Seguro Social de Salud -EsSalud.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE,

M.C. CECILIA M. BEDOYA VELASCO
Gerente Central de Prestaciones de Salud
ESSALUD

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N.° 026-GCPS-ESSALUD-2023

DOCUMENTO TÉCNICO ORIENTADOR:

"MANUAL PARA EL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD- ESSALUD"

	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA Y V°B°
Elaborado por	Marco Antonio Mascaró Collantes	Sub Gerente de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias	28 JUN. 2023	
Revisado por	Aldo Emerson Balbín Sotomayor	Gerente de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud	28 JUN. 2023	
Aprobado por	Cecilia María Bedoya Velasco	Gerente Central de Prestaciones de Salud	28 JUN. 2023	

ÍNDICE

Pág.

CAPÍTULO I: DISPOSICIONES INICIALES 3

CAPÍTULO II: ÓRGANOS RESPONSABLES 6

CAPÍTULO III: DISPOSICIONES DEL CUIDADO INTEGRAL DE PACIENTE CON DIABETES MELLITUS 7

ANEXOS

Anexo N.° 01: HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

Anexo N.°02: PROTOCOLO PARA LA VALORACIÓN INICIAL Y SEGUIMIENTO DE LA PERSONAS CON DIABETES MELLITUS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Anexo N.°03: CÓDIGOS CIE 10 RELACIONADOS AL DIAGNÓSTICO O SOSPECHA DE DIABETES MELLITUS

Anexo N.°04: CODIFICACIÓN CPMS PARA EL REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS

Anexo N.°05: CRITERIOS DE REFERENCIA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

Anexo N.°06: EVALUACIÓN DEL RIESGO PARA PIE DIABÉTICO

Anexo N.°07: CÓDIGOS PARA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

Anexo N.°08: FRECUENCIA DE EVALUACIÓN DE LA PERSONA CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Anexo N.°09: INDICADORES DE PROCESO Y RESULTADO

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES INICIALES

ARTÍCULO 1. OBJETO

Establecer los criterios técnicos para el cuidado integral del paciente con diabetes mellitus en EsSalud.

ARTÍCULO 2. FINALIDAD

Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad del paciente con diabetes mellitus en EsSalud.

ARTÍCULO 3. MARCO NORMATIVO

3.1. Ley N.° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N.° 009-97-SA y sus modificatorias.
3.2. Ley N.° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
3.3. Ley N.° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N.° 002-99-TR; y sus modificatorias.
3.4. Ley N.° 28553, Ley General de Protección a las Personas con Diabetes.
3.5. Ley N.° 30421, Ley Marco de Telesalud y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N.° 003-2019-SA.
3.6. Ley N.° 30867, Ley que incorpora el Capítulo V a la Ley N.° 28553, Ley General de Protección a las Personas con Diabetes.
3.7. Decreto Supremo N.° 008-2023-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 28553, Ley general de protección a las personas con diabetes, modificada por la Ley N° 30867.
3.8. Resolución Ministerial N.° 719-2015/MINSA, que aprueba la "Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes tipo 2 en el Primer Nivel de Atención".
3.9. Resolución Ministerial N.° 226-2016/MINSA, que aprueba la "Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control del pie diabético".
3.10. Resolución Ministerial N.° 039-2017/MINSA, que aprueba la "Guía de práctica clínica para el diagnóstico, manejo y control de dislipidemia, complicaciones renales y oculares en personas con diabetes tipo 2".
3.11. Resolución de Presidencia Ejecutiva N.° 656-PE-ESSALUD-2014, que aprueba la Nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD y modificatorias, cuyo Texto Actualizado y Concordado fue aprobado con la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015, y modificatorias.
3.12. Resolución de Gerencia General N.° 1185-GG-ESSALUD-2020, que aprueba la Directiva de Gerencia General N.° 18-GCPS-ESSALUD-2020 "Prevención y manejo integral de pacientes con enfermedad renal crónica estadios 1 al 5 sin diálisis en IPRESS de ESSALUD".
3.13. Resolución de Gerencia General N.° 1553-GG-ESSALUD-2020, que aprueba la Directiva de Gerencia General N.° 21-GCPP-ESSALUD-2020 V.01 "Norma para la formulación, evaluación, aprobación y actualización de documentos normativos y documentos técnico-orientadores en ESSALUD".
3.14. Resolución de Gerencia General N.° 632-GG-EsSalud-2020, que aprueba la Directiva de Gerencia General N.° 12-GCPS-ESSALUD-2020 "Telemedicina en pacientes con enfermedad crónica o continuador en ESSALUD".
3.15. Resolución de Gerencia General N.° 300-GG-ESSALUD-2021, que aprueba la Directiva de Gerencia General N.° 5-CENATE-ESSSALUD-2021, "Normas Generales de Telesalud en el Seguro Social de Salud - EsSalud" y "Procedimiento para el acceso a la Teleconsulta y Teleapoyo al Diagnóstico por Imágenes".

3.16. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N.° 053-GCPS-ESSALUD-2012, que aprueba la Directiva de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N.°03 que norma el Subsistema de Vigilancia de Salud Renal (VISARE)-ESSALUD".

3.17. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N.° 28-GCPS-ESSALUD-2016, que aprueba el "Manual de procedimientos del equipo multidisciplinario para la atención integral del paciente con enfermedad renal crónica según estadios".

3.18. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N.° 86-GCPS-ESSALUD-2017, Directiva "Atención integral de la salud materna en las etapas preconcepcional, embarazo, parto y puerperio"

3.19. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N.° 34-GCPS-ESSALUD-2019, que aprueba la "Guía de Atención Nutricional en pacientes con diabetes mellitus - ESSALUD".

3.20. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N.° 08-GCPS-ESSALUD-2022, que aprueba el Documento Técnico "Guía de visita domiciliaria con enfoque del cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad en ESSALUD".

ARTÍCULO 4. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente norma es de aplicación en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) propias, de terceros o bajo la modalidad de Asociación Público Privada (APP) según los términos y condiciones establecidas en los contratos.

ARTICULO 5. DEFINICIONES

5.1 **Acantosis Nigricans:** Dermatosis que se caracteriza por hiperqueratosis, papilomatosis e hiperpigmentación simétrica en pliegues; puede ser una alteración aislada, acompañar a otras enfermedades, o ser una manifestación de estas últimas, en especial del síndrome metabólico. Hay formas clínicas benignas y una maligna. Se considera un marcador de resistencia a la insulina, hiperinsulinismo, obesidad y menos frecuente de trastornos genéticos o enfermedad maligna.[1]

5.2 **Acrocordones:** Pólipos fibroepiteliales, papilomas cutáneos o fibromas blandos, benignos, asociado con la intolerancia a la glucosa y la diabetes.[2]

5.3 **Adherencia al tratamiento:** Según la Organización Mundial de la Salud, la adherencia al tratamiento es la medida en la que el paciente está dispuesto a tomar un medicamento o realizar cambios en el estilo de vida según las recomendaciones que le provee el profesional de salud.

5.4 **Autocuidado:** Es la capacidad de las personas, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica[3].

5.5 **Automonitoreo de glucosa:** Es la medición de la glucosa, realizada por el propio paciente o familiar, en muestra capilar con un glucómetro.[4]

5.6 **Diabetes mellitus (DM)**: Trastorno metabólico que tiene causas diversas y que se caracteriza por hiperglicemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del defecto de la insulina.[4]

---

[1] Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento,6e.2015

[2]El Safoury OS, Ibrahim M. A clinical evaluation of skin tags in relation to obesity, type2 diabetes mellitus, age, and sex. Indian J Dermatol. 2011 jul-ago 56(4): 393-397

[3] Organización Mundial de la Salud (OMS)

[4]Standards of Medical Care in Diabetes—2022 Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1): S17–S38https://doi.org/10.2337/dc22- S002

5.7 **Diabetes mellitus tipo 1 (DM1):** Se presenta por la destrucción de las células beta del páncreas, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. Se incluye en este grupo a la diabetes autoinmune latente del adulto. 4

5.8 **Diabetes mellitus tipo 2 (DM2):** Se presenta debido a la pérdida progresiva de la secreción adecuada de insulina por parte de la célula beta; lo cual, frecuentemente, lleva a resistencia a insulina. Es el tipo más frecuente y supone alrededor de 90%-95% de los diabéticos.[4]

5.9 **Diabetes mellitus gestacional**: Diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo y que claramente no se manifestó antes de la gestación.[4]

5.10 **Diabetes secundaria a causas específicas:** Diabetes monogénica (por ejemplo, Diabetes del Joven Iniciada en el Adulto-MODY), enfermedades del páncreas exocrino (pancreatitis, fibrosis quística, entre otros) o inducida por drogas (como el uso de corticoides, tratamiento para el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida-VIH o para el trasplante de órganos).[4]

5.11 **Enfermedad arterial periférica:** Enfermedad obstructiva vascular aterosclerótica con síntomas clínicos, signos o anormalidades en el examen vascular no-invasivo. Esto da como resultado la alteración o impedimento del aporte vascular en una o más extremidades incrementando el riesgo de ulceración.[5]

5.12 **Familiar de primer grado:** Un pariente de primer grado es un miembro de la familia que comparte aproximadamente la mitad de su información genética con otras personas específicas de su familia. Los parientes de primer grado incluyen a los padres, hermanos e hijos de una persona.[6]

5.13 **Familiar de segundo grado:** Los parientes de segundo grado incluyen a los tíos, abuelos, nietos, sobrinos, o medio hermanos de una persona.[7]

5.14 **Hipoglicemia:** Concentración de glucosa menor de 70 mg/dl. Clasificación:

a) Nivel 1: Glucosa menor de 70 mg/dl y mayor o igual a 54 mg/dl.
b) Nivel 2: Glucosa menor de 54 mg/dl.
c) Nivel 3: Evento severo caracterizado por alteración del estado neurológico y/o estado físico que requiere asistencia para tratar la Hipoglicemia.[7]

5.15 **Neuropatía Diabética:** Presencia de signos y síntomas de afectación nerviosa en una persona con diabetes mellitus, después de excluir otras posibles causas.6 La neuropatía en personas con DM-2 se manifiesta en el componente motor, autonómico y sensitivo del sistema nervioso. El daño en los nervios de los músculos del pie produce un desbalance entre la flexión y extensión del pie afectado, generando anormalidades anatómicas en el pie tales como prominencias óseas y puntos de presión anormales que gradualmente pueden causar ulceración. Una de las consecuencias de la neuropatía autonómica es que disminuye la humedad de la piel y la función de las glándulas sudoríparas, produciendo sequedad de la piel, incrementando la susceptibilidad a lesiones llevando a la subsecuente infección e incrementando el riesgo de ulceración.5

5.16 **Pie diabético**: Infección, ulceración o destrucción de los tejidos del pie asociados a neuropatía y/o a enfermedad arterial periférica de la extremidad inferior en una persona con diabetes mellitus.[5]

---

5 Guía del IWGDF para la prevención y el manejo de la enfermedad del pie diabético

6 Instituto Nacional de Salud (INS) https://www.genome.gov/genetics-glossary/First-Degree-Relative.

7 Standards of Medical Care in Diabetes—2022 Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1): S1–S2 |) https://doi.org/10.2337/dc22-SINT

5.17 **Prediabetes:** Término utilizado para pacientes cuyos niveles de glucosa no cumplen los criterios para diabetes, pero si para el metabolismo anormal de los carbohidratos (glucosa alterada en ayunas y tolerancia alterada a la sobrecarga oral de glucosa).[4]

5.18 **Prevención primaria en diabetes:** Son acciones que se toman antes que se presenten las manifestaciones clínicas. Tiene por objeto evitar el inicio de la diabetes mellitus.[8]

5.19 **Prevención secundaria en diabetes**: Está dirigida a los portadores de intolerancia a la glucosa y a los pacientes diabéticos ya diagnosticados. Tiene como objetivo procurar el buen control de la enfermedad, retardar su progresión y prevenir las complicaciones agudas y crónicas. Se debe incidir en la modificación del estilo de vida, el control metabólico óptimo, la detección y el tratamiento precoz de las complicaciones.[9]

5.20 **Riesgo de enfermedad cardiovascular ateroesclerótica**: Estima el riesgo de un primer evento de enfermedad cardiovascular ateroesclerótica, generalmente a los diez años. Se considera enfermedad cardiovascular ateroesclerótica a la presencia de enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica, presumiblemente de origen ateroesclerótica.**¡Error! Marcador no definido.**

5.21 **Síndrome metabólico:** Se define como el conjunto de factores de riesgo cardiovascular constituido por la presencia de tres o más de los siguientes factores: circunferencia de cintura incrementado (>102 cm en el hombre, 88 cm en la mujer), triglicéridos ≥150 mg/dl, HDL disminuido (<40 mg/dl en el hombre, <50 mg/dl en la mujer), PA ≥130/85 mmHg, glucosa en ayunas 100-125 mg/dl.[11]

5.22 **Test de tolerancia a la glucosa:** Es una prueba de laboratorio cuyo objetivo es diagnosticar o excluir la diabetes mellitus y cuadros metabólicos relacionados. Esta prueba verifica la forma como el cuerpo descompone (metaboliza) el azúcar. La prueba consiste en la toma inicial de 75 gramos de glucosa anhidra y se aguarda en reposo dos horas, momento en que se realiza una nueva extracción de sangre.[9]

ARTÍCULO 6. ACRÓNIMOS

CENATE:	Centro Nacional de Telemedicina
CPMS:	Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios
DM:	Diabetes mellitus
DM1:	Diabetes mellitus Tipo 1
DM2:	Diabetes mellitus Tipo 2
ECV:	Enfermedad Cerebro Vascular
ERC:	Enfermedad Renal Crónica
HbA1c:	Hemoglobina Glicosilada
HTA:	Hipertensión arterial
HDL:	Colesterol de Lipoproteínas de alta Densidad
IECA:	Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina
LDL:	Colesterol de Lipoproteínas de baja Densidad
IMC:	Índice de Masa Corporal
IPRESS:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
ITG:	Intolerancia a la Glucosa
TFGe:	Tasa de Filtración Glomerular Estimada
RCV:	Riesgo Cardiovascular

[8] Consenso para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus y la intolerancia a la glucosa. Acta Médica Peruana - Vol. XVII Nº 1. Julio - Setiembre 1999

[9] Adaptado de Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención, aprobado con RM N.° 719-2015/MINSA.

CAPÍTULO II

ÓRGANOS RESPONSABLES

ARTÍCULO 7. GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD (GCPS)

Es responsable de difundir, implantar, brindar asistencia técnica a las Redes Prestacionales/Asistenciales, Gerencia de Oferta Flexible y CENATE para la aplicación de la normativa; así como, monitorear su cumplimiento para el cuidado integral del paciente con diabetes mellitus.

ARTÍCULO 8. GERENCIA CENTRAL DE OPERACIONES (GCOP)

Es responsable, a través de la Gerencia de Operaciones Territoriales, de monitorear, supervisar y evaluar la implementación del presente Manual.

ARTÍCULO 9. GERENCIA/DIRECCIÓN DE RED PRESTACIONAL/ASISTENCIAL Y ORGANOS PRESTADORES NACIONALES (OPN)

Son responsables de gestionar y planificar los recursos, equipos e insumos necesarios de acuerdo a las normas vigentes; así como, organizar la mejora continua de los procesos de atención para la implementación de la presente normativa, considerando la optimización de recursos, la capacidad resolutiva y la Oferta Flexible; e identificar las necesidades de capacitación para incorporarlas en su plan local actividades anuales de fortalecimiento de competencias para el personal de salud que interviene en el cuidado integral del paciente con diabetes mellitus.

ARTÍCULO 10. GERENCIA/DIRECCIÓN DE IPRESS

10.1 Organizar, monitorear y documentar los procesos del cuidado integral del paciente con diabetes mellitus; supervisar al equipo multidisciplinario que brinda la prestación, estableciendo acciones y estrategias para mejorar la calidad de atención; así mismo, gestionar la vigilancia del seguimiento de casos de pacientes con diabetes mellitus.

10.2 Designar mediante resolución la conformación del equipo multidisciplinario responsables de la atención a pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular (diabetes mellitus e hipertensión arterial) y brindar facilidades para el cumplimiento de la presente norma.

10.3 Gestionar la oferta de servicios necesarios para atender con oportunidad la demanda de atención del cuidado integral del paciente con diabetes mellitus considerando el potencial humano debidamente capacitado, recursos materiales (equipamiento, tecnológico, de infraestructura, elementos de protección personal, etc.), abastecimiento de medicamentos, insumos, plan de mantenimiento de equipos y material comunicacional, entre otros; para dar sostenibilidad a la atención del paciente con diabetes mellitus.

CAPÍTULO III

DISPOSICIONES DEL CUIDADO INTEGRAL DE PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

ARTÍCULO 11. DE LA CAPTACIÓN DE PERSONAS CON PRE DIABETES Y DIABETES MELLITUS

11.1 El equipo multidisciplinario existente, es responsable de la captación de asegurados con factores de riesgo para diabetes mellitus a nivel intra y extramural, a través de actividades individuales o colectivas; los asegurados identificados serán derivados a las IPRESS de adscripción para una atención oportuna.

11.2 A nivel intramural, la captación se realiza en cualquier momento de interacción del asegurado con la IPRESS (consulta externa, atenciones ambulatorias, hospitalización y desarrollo de actividades grupales por el equipo multidisciplinario).

11.3 El tamizaje de diabetes mellitus se realiza mediante el dosaje de glicemia en ayunas cada tres años para asegurados asintomáticos y de forma anual si existen factores de riesgo o cuando los resultados no son normales, independiente de la edad.

11.4 Debiera considerarse el tamizaje en adultos con sobrepeso u obesidad quienes tengan al menos uno de los siguientes factores de riesgo:

- Inactividad física
- Raza/origen étnico de alto riesgo (por ej. afroamericano, latino, nativo americano, asiático americano, isleño del pacifico)
- Familiares de primer grado con diabetes mellitus (padres, hermanos, hijos) *
- Hipertensión arterial (presión arterial > 140/90 mmHg o en tratamiento para hipertensión arterial)
- Nivel de colesterol HDL < 35 mg/dl y/o nivel de triglicéridos > 250 mg/dl, o en tratamiento
- Mujeres con síndrome de ovario poliquístico
- Historia de enfermedad cardiovascular
- Otras condiciones clínicas asociadas con resistencia a la insulina: obesidad severa, acantosis nigricans, acrocordones.

11.5 Se debe considerar la detección en jóvenes que tienen sobrepeso (≥ percentil 85) u obesidad (≥ percentil 95) y que tienen uno o más factores de riesgo adicionales:

- Antecedentes maternos de diabetes o diabetes mellitus gestacional durante la gestación del niño
- Antecedentes familiares de diabetes tipo 2 en familiar de primer o segundo grado.
- Raza/ origen étnico (nativo americano, afroamericano, latino, asiático americano, isleño del Pacífico).
- Signos de resistencia a la insulina o afecciones asociadas con la resistencia a la insulina (acantosis nigricans, hipertensión arterial, dislipidemia, síndrome de ovario poliquístico o peso al nacer pequeño para la edad gestacional).

11.6 El profesional médico de las diferentes áreas del establecimiento es responsable de la atención de los pacientes con diabetes mellitus de acuerdo a los criterios diagnósticos. El médico general capacitado, médico de familia, médico internista, endocrinólogo, médico geriatra es responsable del diagnóstico definitivo y la clasificación del tipo de diabetes mellitus del paciente de acuerdo a los estándares establecidos en las Guías de Práctica Clínica vigentes.

11.7 A nivel extramural, la captación se realiza de acuerdo a los escenarios de intervención: actividad sanitaria masiva (presencial y/o virtual), visitas a entidades empleadoras, instituciones educativas, municipios, Centros del Adulto Mayor, unidades operativas de prestaciones sociales, programa preventivo-promocional o de la Gerencia de Oferta Flexible u otras estrategias; los asegurados identificados serán derivados a la IPRESS de adscripción.

ARTÍCULO 12. DEL DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE

12.1 Los asegurados de acuerdo a los valores de glicemia encontrados se clasifican en paciente con glicemia normal, prediabetes y diagnóstico de diabetes mellitus según los siguientes criterios:

a) Glicemia en ayunas mayor o igual de 126 (ayunas por lo menos 8 horas).

b) Glicemia mayor o igual a 200 mg/dl a las 2 horas posterior de la carga de glucosa anhidra (realizado de acuerdo a las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud-OMS con 75 g de glucosa anhidra disuelta en 300 ml o 10 onzas de agua)

c) HbA1c mayor o igual a 6.5%, realizado en un laboratorio que use un método certificado por la NGSP (Programa Nacional de estandarización de glicohemoglobina EEUU) y estandarizado de acuerdo al ensayo del DCCT.

d) Paciente con síntomas de hiperglicemia o crisis hiperglucémica con glucosa plasmática al azar mayor o igual a 200 mg/dl.

12.2 En el caso de los tres primeros criterios, se requiere dos exámenes anormales con la misma muestra de sangre o muestras diferentes[10].

12.3 No se utiliza la glucemia en sangre capilar para el diagnóstico de diabetes mellitus.

12.4 Se recomienda que los glucómetros utilizados para la medición de la glucosa capilar, cumplan con los parámetros y especificaciones establecidas por el IETSI, los cuales deben ser calibrados periódicamente según las recomendaciones técnicas de los mismos, así como recibir mantenimiento preventivo y correctivo de corresponder, para su uso en la atención.

ARTÍCULO 13. DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE

13.1 En el paciente con prediabetes, el equipo multidisciplinario inicia una intervención mediante un programa estructurado de cambios de estilos de vida (Anexo N.° 01) en forma inmediata y persistente, basada en la obtención de metas específicas, que incluya la pérdida moderada de peso mínima de 7% y 150 minutos de actividad física regular por semana, con no más de 2 días consecutivos sin actividad. La meta diaria mínima debe ser de 30 minutos con sesiones de por lo menos de 10 minutos.

13.2 El tratamiento de la diabetes mellitus y sus complicaciones se realiza de acuerdo a las guías de práctica clínica institucional vigente (IETSI), pudiendo ser prescrito por teleconsulta, teleinterconsulta o de manera presencial, en cada IPRESS.

13.3 El profesional de salud tiene en cuenta los siguientes objetivos[11] de tratamiento para el paciente con diabetes mellitus de manejo ambulatorio.

Hemoglobina glicosilada	:	Menor o igual a 6.5 - 8%
Glucosa capilar en ayunas	:	80 a 130 mg/dl
Glucosa capilar postprandial	:	Menor de 180 mg/dl

13.4 En la persona con riesgo a presentar diabetes mellitus el objetivo es prevenir o retrasar la aparición de ésta, mientras que en la persona con diagnóstico de diabetes mellitus el objetivo es mantener un óptimo control glucémico, así como el buen control de las comorbilidades, además de prevenir las complicaciones agudas y crónicas.

13.5 El profesional médico registra en el ESSI el plan de trabajo (Anexo N.°02), contemplando el diagnóstico definitivo o presuntivo, la solicitud de exámenes de laboratorio, imágenes, procedimientos, tratamiento, interconsultas, actividades educativas, monitoreo continuo de

10 Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2022 Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1): S17–S38 https://doi.org/10.2337/dc22-S002

11 Fuente: Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1): S17–S38 | https://doi.org/10.2337/dc22-S002

glucosa, entre otras atenciones que requiera el asegurado según Guías de Práctica Clínica vigentes.

13.6 El médico responsable de la atención del paciente con diabetes mellitus estratifica el riesgo cardiovascular y de acuerdo a ello se realiza las interconsultas correspondientes. Se recomienda el uso del aplicativo para pacientes con diabetes[12].

13.7 El profesional de enfermería realiza el control y seguimiento al paciente con diabetes mellitus a través del control presencial o via telesalud, efectúa la valoración integral: somatometría, medición de la presión arterial y glucosa capilar; apertura y registra en la tarjeta de control del paciente los datos de filiación, enfermedades que padece, identifica factores de riesgos a complicaciones, el cumplimiento del calendario de vacunación según edad, resultados del tamizaje de salud renal, tratamiento farmacológico actualizado, otras evaluaciones (pie diabético), asistencia a actividades educativas; así mismo, lo registra en el sistema ESSI de acuerdo a los códigos CIE-10 (Anexo N.°03) y códigos CPMS (Anexo N.°04), correspondientes a las actividades realizadas.

13.8 El profesional nutricionista realiza la atención nutricional y seguimiento al paciente con diabetes mellitus de forma presencial o por medio de la atención remota, aborda las necesidades nutricionales individuales en función de las preferencias personales y culturales, el acceso a alimentos saludables, la voluntad y la capacidad de realizar cambios de comportamiento y las barreras existentes para el cambio, registra en el sistema ESSI.

13.9 El profesional de psicología realiza el tamizaje para distrés emocional, depresión, ansiedad, desordenes de alimentación y capacidad cognitiva, en la visita inicial, anualmente o cuando exista una variación en la enfermedad, tratamiento o circunstancia de vida, esto incluye a cuidadores y familiares.

13.10 La consulta odontoestomatológica integral del asegurado con diabetes mellitus, se realiza al menos dos veces al año y/o según la necesidad, la cual se registrará en el sistema informático (ESSI).

13.11 El trabajador/asistente social realiza la evaluación correspondiente de las situaciones sociales, la estructura y funcionabilidad familiar del asegurado con diabetes mellitus identificado con alto riesgo social y registra en el sistema informático ESSI.

13.12 El trabajador/asistente social elabora el plan de seguimiento según diagnóstico social; así mismo, realiza las coordinaciones multidisciplinarias, visitas domiciliarias, sesiones socio grupales y alianzas estratégicas.

13.13 El profesional químico farmacéutico participa en la dispensación de medicamentos, seguimiento farmacoterapéutico y otras responsabilidades establecidas normativamente para el cuidado integral del paciente con diabetes mellitus.13

13.14 La consulta por cardiología y oftalmología del asegurado con diabetes mellitus se realiza al menos una vez al año y se registra en la historia clínica.

[12] https://tools.acc.org/ASCVD-Risk-Estimator-Plus/#!/calculate/estimate/

[13] Directiva del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N.° 002-IETSI-ESSALUD-2019 V.01. Directiva que regula el Sistema de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia de EsSalud. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/farmacoytecno/RS_002-IETSI-2019.pdf

ARTÍCULO 14. DE LA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

14.1 Durante el control de la gestación, el profesional de salud responsable de la atención realiza la medida de la glicemia capilar según recomendaciones y metodología estandarizada y registra los valores de glucosa hallados en la historia clínica, tarjeta de control del asegurado(a) y en el carnet de control prenatal.

14.2 En la consulta médica de gineco-obstetricia se solicita el examen de glicemia en ayunas a toda asegurada gestante, durante el primer trimestre de gestación y en metabolismo anormal a la glucosa, se realiza el test de tolerancia a la glucosa entre las 24 y 28 semanas de gestación.[12]

14.3 Solicitar el test de tolerancia a la glucosa entre las 4 y 12 semanas post parto a toda puérpera diagnosticada con diabetes gestacional, y utilizar los criterios diagnósticos apropiados de diabetes mellitus no gestacional.

14.4 El fomento de la lactancia materna, las medidas para el retorno al peso previo al embarazo en el periodo posnatal, y la educación sobre el riesgo y estilo de vida saludable son acciones que reducen la incidencia de diabetes mellitus.[11]

14.5 El profesional médico considera los valores de glicemia establecido por guía de práctica clínica vigente para el diagnóstico de diabetes gestacional a través del test de tolerancia oral[14]:

Glucosa basal	:	≥ 92 mg/dl
Glucosa a la hora	:	≥ 180mg/dl
Glucosa a las 2 horas	:	≥153 mg/dl

14.6 La asegurada con diagnóstico de diabetes mellitus gestacional es de alto riesgo obstétrico y es referida al hospital de mayor nivel de complejidad, al servicio de endocrinología, debiendo ser atendida, además, por el equipo multidisciplinario.

ARTÍCULO 15. DE LA REFERENCIA

15.1 El médico tratante de un asegurado con diabetes mellitus 2 que requiera terapia farmacológica de segunda línea solicita teleinterconsulta con el segundo o tercer nivel de atención / CENATE para la atención correspondiente y autorización por especialista de la farmacoterapia adecuada.

15.2 El médico tratante de un asegurado con diabetes mellitus 2 que presente las complicaciones descritas en los criterios de referencia (Anexo N.° 05) realiza la referencia para atención presencial al nivel correspondiente.

15.3 El asegurado con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1, es referido al médico endocrinólogo de la IPRESS de mayor nivel de complejidad en la Red para recibir atenciones de un equipo multidisciplinario (médico, enfermera, nutricionista, psicólogo, trabajador/asistente social, odontólogo, oftalmólogo, nefrólogo, cardiólogo, endocrinólogo, gineco-obstetra).

15.4 El asegurado con diabetes mellitus y con estadio de enfermedad renal crónica 1, 2 y 3a, es atendido en el primer nivel de atención y aquellos con estadio 3b, 4 y 5, son referidos a especialidad de nefrología, según normatividad vigente.

---

[14] American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes. Sec. 2. In Standards of Medical Care in Diabetes-2016. Diabetes Care 2016;39(Suppl. 1): S13-S22 Con 75 g de glucosa anhidra, en la semana de gestación 24 a 28.

ARTÍCULO 16. DE LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES POR DIABETES MELLITUS

16.1 Se debe alcanzar una meta entre 130 mmHg y 140 mmHg para la presión arterial sistólica (PAS), y menor o igual a 80 mmHg para la presión arterial diastólica (PAD). En mayores de 65 años, la meta para la sistólica es 130-139. En pacientes con DM e HTA con enfermedad arterial aterosclerótica establecida o riesgo a 10 años ≥ 15% puede ser apropiado una PA meta <130/80 mmHg.[21]

16.2 En pacientes con DM e HTA con riesgo de enfermedad arterial aterosclerótica establecida a 10 años en <15%, puede ser apropiado una PA meta <140/90 mmHg. En pacientes gestantes con DM e HTA se sugiere una PA meta 110-135/85 mmHg.

16.3 El nivel de colesterol de LDL (cLDL) recomendado para las personas con diabetes mellitus sin enfermedad cardiovascular (ECV) es <100 mg/d. El nivel correspondiente para los casos en prevención secundaria es <70 mg/dl. Valores aún menores (<55mg/dl) aplican para casos con muy alto riesgo o con complicaciones crónicas.

16.4 Se debe iniciar un tratamiento con estatina en todo paciente con diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular (ECV) previa, y en pacientes sin evidencia de ECV pero que tengan un nivel de colesterol LDL mayor al que le corresponde por su riesgo cardiovascular.[15]

16.5 En pacientes en prevención primaria, la dosis de inicio con estatina debe ser aquella que permita alcanzar una reducción del 30% y que mantenga la concentración de colesterol LDL <100 mg/dl durante el tratamiento.[16]

16.6 En pacientes en prevención secundaria, la dosis de inicio de estatina debe ser aquella que permita alcanzar una reducción del 50% y que mantenga la concentración de colesterol LDL <70 mg/dl durante el tratamiento.[16]

a) El tratamiento con estatinas debe continuarse indefinidamente una vez instaurado.
b) La no adherencia al tratamiento aumenta la morbimortalidad cardiovascular.

16.7 El diagnóstico de retinopatía diabética es clínico, mediante el examen de fondo de ojo por el médico oftalmólogo, sea en lámpara de hendidura con lupa 78D, 90D o por oftalmoscopia indirecta.16

16.8 A toda persona adulta con diabetes mellitus tipo 2 se evalúa la función renal anualmente, desde el momento del diagnóstico, mediante la medición de la creatinina sérica y el cálculo de la tasa de filtración glomerular. En adultos, sugerimos utilizar la ecuación CKD-EPI para el cálculo de la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe). Esto es independiente de la presencia o no de microalbuminuria.17

16.9 Además de calcular la tasa de filtración glomerular, se mide anualmente la albuminuria, para fines de identificación y clasificación de la nefropatía diabética. La detección de la albuminuria puede hacerse estimando la relación albuminuria/creatininuria en una muestra al azar.[18]

16.10 En adultos con ERC en estadio 1 al 3 con diabetes mellitus que cursen con albuminuria, se recomienda brindar IECA o ARA- II para evitar progresión de la enfermedad renal crónica.[18]

---

[15] Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, manejo y control de dislipidemia, complicaciones renales y oculares en personas con diabetes mellitus tipo2, aprobado con RM N.° 039-2017/MINSA.

[16] Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la retinopatía diabética y el edema macular diabético. 2019 - IETSI.

[17] Guía de Práctica Clínica para el tamizaje, diagnóstico y manejo de la enfermedad renal crónica en los estadios 1 al 3", aprobada con Resolución N.° 58-IETSI-ESSALUD-2020.

16.11 El médico tratante es responsable de realizar y registrar el examen clínico de los pies en la primera visita y anualmente, de encontrar factores de riesgo y/o criterios diagnósticos de pie diabético seguir el manejo de acuerdo a la guía de práctica clínica de pie diabético institucional o sectorial vigente. (Anexo N.°06)

ARTÍCULO 17. DEL SEGUIMIENTO Y AUTOMONITOREO

17.1 El profesional médico y de enfermería realizan la evaluación de la adherencia al tratamiento del paciente con diabetes mellitus (Anexo N.° 07), lo registra en el ESSI y en la tarjeta de control del paciente con Diabetes mellitus, así mismo, implementan estrategias para aquellos que no cumplen con el tratamiento prescrito.

17.2 El seguimiento de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus es realizado, en forma presencial o virtual, por el profesional de salud médico, enfermera y nutricionista.

17.3 En pacientes con diabetes mellitus con medición de glucosa capilar fuera de rango recomendado, recibe consejería de enfermería sobre el automonitoreo domiciliario y/o monitoreo a realizarse en la IPRESS.[18]

17.4 El automonitoreo domiciliario se considera las tomas de glucosa capilar realizadas en el domicilio o en centros fuera del establecimiento de salud por familiar y/o personal capacitado.[20]

ARTÍCULO 18. DEL CONTROL

18.1 Se recomienda que el paciente con diabetes mellitus reciba un mínimo de 4 consultas por año a más en medicina según criterio de control, 8 atenciones por año a más en enfermería según criterio de control, 4 atenciones por año a más en nutrición según criterio de control, 1 control por año de psicología y 1 control por servicio social, según necesidad, 1 control anual por odontología, según necesidad. (Anexo N.°08)

18.2 El paciente con diabetes mellitus que se encuentra controlado, se recomienda tener al menos dos controles de HbA1c por año y al no controlado, un control cada 3 meses, según criterio médico.

18.3 Al paciente con diabetes mellitus no controlado, se recomienda realizar controles de glucosa capilar después de una semana de inicio de tratamiento, luego individualizar sus controles hasta alcanzar la meta de control.

18.4 El paciente con diabetes mellitus recibe atención de electrocardiograma con informe, examen de fondo de ojo, evaluación de pie y evaluación del estadiaje renal, por lo menos una vez al año o a criterio médico.

18.5 El paciente con diabetes mellitus, recibe atención para tamizaje de enfermedad renal crónica; así mismo, se registra en el sistema de vigilancia de salud renal (VISARE), según normatividad vigente.

ARTÍCULO 19. DE LOS INDICADORES

La Dirección de la IPRESS evalúa el comportamiento de los indicadores del presente documento y la Gerencia Central de Operaciones evalúa el desempeño de las IPRESS de acuerdo al resultado de los indicadores. (Anexo N.° 09).

[18]Manual de Automonitoreo Glucémico: Documento de posición de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD). Rev. ALAD 2019. Volumen 9(Supl.1)103

ANEXO N.°01
HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

Hábitos y estilos de vida	Recomendación	Nivel de evidencia
Reducción de peso	Alcanzar y mantener al menos una reducción del 7% del peso corporal inicial. Lograr y mantener un peso corporal normal IMC 18,5 - 24,9 y una circunferencia abdominal menor de 102 cm en varones y 88 cm en la mujer.	B
Dieta	Enfatizar consumo de frutas, vegetales frescos con alto nivel de fibra, minimizar los azúcares agregados y alimentos refinados, mejorar el consumo de alimentos integrales bajos en grasas totales y saturadas, y alimentos de bajo índice glicémico. Evitar el consumo de alimentos procesados y ultra procesados que presenten el octógono de advertencia nutricional "Alto en azúcar", "Alto en grasas saturadas" y evitar el octógono de "Contiene grasa trans".	A
Reducción del consumo de sal	Reducir la ingesta de sal en la dieta a no más de 5 gr al día o menos de 2300 mg de sodio, lo que equivale a 1 cucharadita de sal de mesa. Evitar el consumo de alimentos procesados que presenten el octógono de advertencia nutricional "Alto en sodio".	A
Actividad física	En el caso de adultos, se recomienda 150 minutos o más de actividad moderada o vigorosa, tal como caminar, trotar, montar bicicleta, nadar; al menos 30 min al día o 150 minutos semanales, al menos 3 días a la semana, con no más de 2 días consecutivos sin actividad; y en personas adultas mayores se recomienda el entrenamiento de la flexibilidad, fuerza y equilibrio 2 o 3 veces por semana; pudiendo incluirse el yoga y el taichi según preferencias individuales.[19]	A
Evitar o limitar el consumo de alcohol	Evitar el consumo de alcohol, no excediendo 20-30 gr /día de etanol en los varones y 10-20 gr/día en las mujeres. El consumo semanal de alcohol no debe exceder los 140 g en los varones y 80 g en las mujeres. Puede hacerlo con moderación, no más de una bebida por día para mujeres adultas y no más de dos bebidas por día para el caso de los varones adultos; considerar que una bebida equivale a 12 onzas de cerveza (360 ml) o 5 onzas (150 ml) de vino o 1,5 onzas (45 ml) de un licor destilado (pisco, ron, whisky, caña)[20]	A
No al tabaco	Abandono total del hábito de fumar. No exposición al humo de tabaco.	A
Salud Mental	Mantener una salud mental positiva.	A
Adherencia Tratamiento	Cumplir con el tratamiento indicado por su médico tratante.	A

Fuente: Adaptado de Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención aprobado con RM N.°719-2015/MINSA

[19]ADA. Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standard of Medical Care in Diabetes – 2022. Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1): S60–S82. DOI: 10.2337/dc22-S005.
[20]https://diabetesjournals.org/care/article/45/Supplement_1/S60/138923/5-Facilitating-Behavior-Change-and-Well-being-to

ANEXO N.°02
PROTOCOLO PARA LA VALORACIÓN INICIAL Y SEGUIMIENTO DE LA PERSONAS CON DIABETES MELLITUS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Procedimientos	Inicial	C/mes C/3meses [21]	Anual
Historia clínica completa ▪ Síntomas: hiperglucemia, hipoglucemia, parestesias, claudicación, etc. ▪ Signos: Acantosis nigricans, acrocordones, úlceras en miembro inferior. ▪ Factores de riesgo cardiovascular: tabaco, hipertensión arterial, etc. ▪ Angina, Insuficiencia Cardiaca, enfermedad coronaria, Accidente Cerebro Vascular. ▪ Amputaciones.	x		
Evolución de problemas activos y nuevos eventos		x	x
Resultados de exámenes previos	x	x	
Talla	x		
Peso e índice de masa corporal	x	x	
Perímetro abdominal	x	x	
Presión arterial posición sentada	x	x	
Presión arterial acostado y luego sentado con los pies colgando	x		x
Examen cardiovascular: Corazón Carótidas Pulsos periféricos femoral, poplíteo, tibial posterior y pedio en ambas extremidades inferiores.	x	x	
Inspección de extremidades inferiores	x	x	
Examen neurológico de las extremidades inferiores Reflejos osteotendinosos aquiliano y patelar Sensibilidad superficial con monofilamento 10 g Sensibilidad vibratoria con diapasón de 12 HZ	x		x[22]
Fondo de ojo	x		x[23]
Glucemia	x	x	
Glucemia por tira reactiva, en consultorio	x	x[24]	
HbA1c	x	x[25]	
Perfil Lipídico	x		x[26]
Examen de orina	x		x[27]
Microalbuminuria cuantitativa en orina Índice de albumina/creatinina	x		x
Creatinina y cálculo de la tasa de filtrado glomerular	x		x[28]
TGO	x		x[29]
TGP	x		x[30]

[21]Toda persona con diabetes debe ser controlada cada tres meses, pero puede ser mensual o más frecuente si el caso lo requiere; por ejemplo, cuando se está haciendo ajuste de la dosis en los medicamentos.
[22]Persona sin antecedente de neuropatía
[23]Persona sin antecedente de retinopatía diabética
[24]De no contar con glucosa por tira reactiva (glucosa capilar), deberá realizarse glucosa en sangre venosa para cada consulta
[25]Si se encuentra disponible cada 3 meses hasta lograr HbA1c meta, luego podrá realizarse cada 6 meses
[26]En personas sin antecedente de dislipidemia.
[27]En el examen bioquímico, Si es negativa, medir microalbuminuria. Si es positiva, cuantificar proteinuria en orina de 24 horas.
[28]Persona sin enfermedad renal crónica.
[29]Persona sin dislipidemia o sospecha de enfermedad hepática grasa no alcohólica.

Procedimientos	Inicial	C/mes C/3meses [21]	Anual
Hemograma	x		x
Consulta nutricional*	x		x
Consejería de enfermería	x	x	
Educación en autocontrol en el control de enfermería	x		x
Reforzamiento de conocimientos y actitudes	x		x
Examen odontológico*	x		x
Evaluación psicológica*	x		x
Entrevista trabajadora/asistente social*			x

Fuente: Adaptado de Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención, aprobado con RM N.° 719-2015/MINSA

* Algunos de los parámetros pueden requerir controles más frecuentes para evaluar el efecto del tratamiento. Algunos exámenes complementarios sólo son necesarios si ya se detecta una anormalidad y, por consiguiente, no están incluidos en esta tabla.

ANEXO N.°03
CÓDIGOS CIE 10 RELACIONADOS AL DIAGNÓSTICO O SOSPECHA DE DIABETES MELLITUS

CIE 10	Diagnóstico
E10	Diabetes mellitus insulinodependiente
E10.0	Diabetes mellitus insulinodependiente con coma
E10.1	Diabetes mellitus insulinodependiente con cetoacidosis
E10.2	Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones renales
E10.3	Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones oftálmicas
E10.4	Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones neurológicas
E10.5	Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones circulatorias periféricas
E10.6	Diabetes mellitus insulinodependiente con otras complicaciones especificadas
E10.7	Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones múltiples
E10.8	Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas
E10.9	Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones sin mención de complicación
E11	Diabetes mellitus no insulinodependiente
E11.0	Diabetes mellitus no insulinodependiente con coma
E11.1	Diabetes mellitus no insulinodependiente con cetoacidosis
E11.2	Diabetes mellitus no insulinodependiente con complicaciones renales
E11.3	Diabetes mellitus no insulinodependiente con complicaciones oftálmicas
E11.4	Diabetes mellitus no insulinodependiente con complicaciones neurológicas
E11.5	Diabetes mellitus no insulinodependiente con complicaciones circulatorias periféricas
E11.6	Diabetes mellitus no insulinodependiente con otras complicaciones especificadas
E11.7	Diabetes mellitus no insulinodependiente con complicaciones múltiples
E11.8	Diabetes mellitus no insulinodependiente con complicaciones no especificadas
E11.9	Diabetes mellitus no insulinodependiente con complicaciones sin mención de complicación
E13	Otras diabetes mellitus especificadas
E14	Diabetes mellitus no especificada
O24	Diabetes mellitus en el embarazo
O24.0	Diabetes mellitus preexistente insulinodependiente, en el embarazo
O24.1	Diabetes mellitus preexistente no insulinodependiente, en el embarazo
O24.3	Diabetes mellitus preexistente, sin otra especificación, en el embarazo
O24.4	Diabetes mellitus que se origina en el embarazo (diabetes mellitus gestacional)

[30]Persona sin dislipidemia o sospecha de enfermedad hepática grasa no alcohólica.

CIE 10	Diagnóstico
O24.9	Diabetes mellitus no especificada, en el embarazo
R73.0	Anormalidades en la prueba de tolerancia a la glucosa (intolerancia a la glucosa, prediabetes)
R73.9	Hiperglicemia
E66.0	Obesidad
E66.9	Obesidad tipo II
E66.8	Obesidad tipo III
E66.3	Sobrepeso
E78.0	Hipercolesterolemia puro
E78.1	Hipergliceridemia pura (hipertrigliceridemia)
E78.2	Hiperlipidemia mixta (dislipidemia mixta)
E78.5	Hiperlipidemia no especificada (dislipidemia no especificada)
I10.X	Hipertensión arterial
I25.0	Enfermedad cardiovascular aterosclerótica, así descrita
I25.1	Enfermedad aterosclerótica del corazón
I25.5	Cardiomiopatía isquémica
I25.9	Enfermedad isquémica crónica del corazón, no especificada
L97	Úlcera de miembro inferior no clasificado en otra parte
Z13.1	Examen de pesquisa especial para diabetes mellitus
U310	Administración de tratamiento
Z01.8	Otros exámenes especiales especificados
Z01.9	Examen especial no especificado
Z13.9	Examen de pesquisa especial, no especificado
Z03.9	Observación por sospecha de enfermedad o afección no especificada
Z833	Historia familiar de diabetes mellitus
Z723	Problemas relacionados con la falta de ejercicio físico
Z724	Problemas relacionados con la dieta y hábitos
Z834	Historia familiar de otras enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE 10

ANEXO N.°04
CODIFICACIÓN CPMS PARA EL REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS

CPMS	CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS
82947	Glucosa cuantitativa en sangre
82950	Prueba de sobrecarga de glucosa
82948	Glucemia por tira reactiva glucosa capilar
92250	Examen de fondo de ojo
99401	Consejería Integral
99401.31	Consejería prevención de enfermedades no transmisibles por ejemplo diabetes, hipertensión arterial, etc.
C0009	Sesión Educativa
C7001	Monitoreo
C7002	Supervisión
C7003	Evaluación
U0099	Actividades de Daño no Transmisibles
99199.23	Estratificación de Riesgo Cardiovascular
99214.07	Evaluación del Pie Diabético
99401.13	Consejería en estilos de vida

Fuente: Resolución Ministerial N.°902-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Catalogo de Procedimientos Medicamentos y Sanitarios del Sector Salud"

ANEXO N.° 05
CRITERIOS DE REFERENCIA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

Nivel de Referencia	Criterios de referencia
Al II Nivel de Atención	Inadecuado control glicémico por 6 meses (HbA1c > 7%) a pesar del tratamiento no farmacológico y farmacológico en monoterapia a dosis máxima o, en caso de terapia combinada, no necesariamente en dosis máxima de algunos de los fármacos empleados.
	Sintomatología o daño evidenciado de complicación crónica que requiera atención por neurólogo, nefrólogo, oftalmólogo, cardiólogo, medicina física y de rehabilitación.
	Enfermedad renal crónica 3b.
	Neuropatía diabética dolorosa.
	Evaluación de enfermedad periodontal
	Evaluación de complicaciones oftalmológicas diabéticas (retinopatía, cataratas, glaucoma) al menos una vez al año, o el tratamiento de las mismas.
	Paciente con diabetes mellitus que presenta signos de inmunodepresión como muguet oral o candidiasis vaginal.
	Paciente con valores de glicemias inestables o lábiles (hiperglicemia-hipoglicemia) ante el cambio de dosis de medicación.
Al III Nivel de Atención	Pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (dependientes de insulina).
	Pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional o pacientes con diabetes mellitus que han iniciado gestación.
	Pacientes con pie diabético grado 2 o más de la escala de Wagner e insuficiencia arterial periférica.
	Pacientes que requiere tratamiento integrado con otras especialidades por presentar complicaciones crónicas severas.
	Paciente mal controlado a pesar de dosis altas de insulina, para hospitalización y ajuste de dosis.
	Presencia de enfermedad intercurrente que lleve a consunción: tuberculosis resistente al tratamiento, neoplasias, VIH.
	Neuropatía diabética autonómica.
	Enfermedad renal crónica estadio 4-5.
	Pacientes con antecedente de eventos cerebrovasculares previos (enfermedad cerebro vascular isquémico, hemorrágico, isquémico transitorio; enfermedad arterial coronaria, infarto de miocardio, angina, revascularización miocárdica, insuficiencia cardiaca clase funcional III y IV, enfermedad arterial periférica sintomática). TFG < 30 ml /min, proteinuria (> 300 mg/24 hr.). Retinopatía avanzada: exudados, hemorragias, papiledema y desprendimiento de retina.

Fuente: Adaptado de reunión técnica de validación con las Redes Prestacionales/ Asistenciales en base al sistema de referencias y contrarreferencias de ESSALUD.

ANEXO N.°06
EVALUACIÓN DEL RIESGO PARA PIE DIABÉTICO

FICHA DE EVALUACION DEL RIESGO PARA PIE DIABETICO

FILIACION **FECHA**_____

Nombre:_____ **Sexo ( ) Edad**_____**Tiempo con Diabetes** ____ **IMC**____

I.HISTORIA ACTUAL

•Hay historia de amputación?
☐ SI ☐ NO

• Hay dolor en los músculos de la pantorrilla al caminar, que mejora con reposo?
☐ SI ☐ NO

• ¿Vive solo?
☐ SI ☐ NO

II.EXAMEN OBJETIVO DEL PIE

Piel

☐ Normal, sin alteraciones
☐ Seca
☐ Fisuras
☐ Maceración interdigital
☐ Uñas Micóticas, distróficas o encarnadas
☐ Piel fría distal
☐ Coloración Anormal

Deformidad Severa

☐ Sin deformidad
☐ Dedos en martillo
☐ Dedos en garra
☐ Dedos superpuestos
☐ Juanetes o Halux Valgus
☐ Pie Charcot

Pulsos

☐ Presencia de Pulso en ambos pies
☐ Pedio Derc. Ausente
☐ Pedio Izqu. Ausente
☐ Tibial Derc. Ausente
☐ Tibial Izqu. Ausente

III.VALORACION DEL CALZADO

• ¿Usa el paciente calzado apropiado?
☐ SI ☐ NO

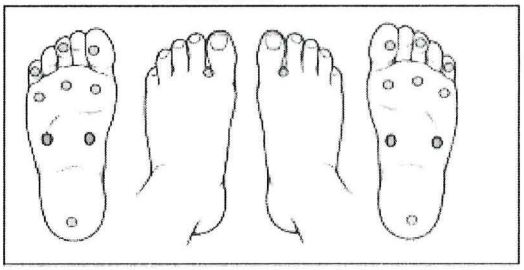
• ¿Puede el paciente demostrar su autocuidado ?
☐ SI ☐ NO

IV.EXAMEN SENSORIAL

• Prueba de Sensibilidad con Monofilamento de Semens Weis de 10 g.
Calificar la respuesta con :
-Signo (+) SI Siente
-Signo (-) NO Siente

• Prueba de Sensibilidad Vibratoria con Diapasón de 128 Hz
Calificar la percepción con:
☐ SI Percibe ☐ No Percibe

FIGURA N° 1 PIE



• Prueba de monofilamento ☐ Anormal ☐ Normal

• Sensibilidad vibratoria ☐ Anormal ☐ Normal

V. INSPECCIONAR Y REGISTRAR EN LA FIGURA N°1 PIE

Callo (C) Lesión pre ulcerosa(L) Ampollas (A) Ulcera (U)

CLASIFICACION DE RIESGO DE PIE DIABETICO

Categoría	Riesgo de Ulcera	Caracteristicas	Frecuencia
0	Muy bajo	No PSP ni EAP	1 vez al año
1	Bajo	PSP o EAP	Una vez cada 6-12 mese
2	Moderado	PSP+EAP o PSP +deformidad del pie EAP+deformidad del pie	Una vez cada 3 a 6 mese
3	Alto	PSP o EAP y uno o varios de los siguientes: ▪ Antecedentes de ulcera ▪ Amputación de la extremidad inferior (mayor o menor) ▪ Enfermedad renal terminal	Una vez cada 1-3 meses

Guías del IWGDF para la prevención y el manejo de la enfermedad de pie diabético.The International Working Group on the Diabetic Foot 2019

_____
Firma del Evaluador

ANEXO N.°07
CÓDIGOS PARA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

CÓDIGO CIE-10	PERSONA CON DIABETES MELLITUS	PARA ESTADÍSTICA DE USO
Z92.2	Historia personal de uso (presente) de otros medicamentos por largo tiempo	* Paciente Adherido
Z91.1	Historia personal de incumplimiento del régimen o tratamiento médico	Paciente No Adherido

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE 10.
*Consensuado con el Equipo de Trabajo de Salud Cardiovascular formulador del presente documento.

ANEXO N.°08
FRECUENCIA DE EVALUACIÓN DE LA PERSONA CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

PERSONA CON DIABETES	CONTROLADO HbA1c menor de 7%	NO CONTROLADO HbA1c mayor de 7%
MÉDICO	4 veces al año*	Mas de 4 veces al año
Primera consulta médica integral	Primer contacto	
Consulta médica integral de seguimiento	A los 30 días de la consulta inicial Luego cada 3 meses	A los 15 días de la consulta inicial Luego según criterio médico
ENFERMERÍA	8 al año*	Mas de 8 al año
Primera atención por enfermería	A la derivación del médico	
Atención de seguimiento	A los 30 días de la consulta inicial Luego cada 2 meses	A los 7 días de la consulta inicial Luego cada 1 mes
NUTRICIÓN	4 al año*	Más de 4 al año
Primera atención por nutrición	A la derivación del médico/enfermera(o)	
Atención de seguimiento	A los 30 días de la consulta inicial Luego cada 6 meses	A los 30 días de la consulta inicial Luego cada 2 meses
PSICOLOGÍA	1 al año*	Más de 1 al año
Primera atención por psicología	A la derivación del médico/enfermera(o)	
Atención de seguimiento	A los 30 días de la consulta inicial Luego cada 12 meses	Más de 1 al año
ODONTOLOGÍA	1 al año	Más de 1 al año
Primera atención por odontología	A la derivación del médico/enfermera(o)	
Atención de seguimiento	A los 30 días de la consulta inicial Luego cada 12 meses	Más de 1 al año
TRABAJADOR/ASISTENTE SOCIAL	1 al año*	Más de 1 al año

Primera atención por trabajador social	A la derivación del médico/enfermera(o)	
Atención de seguimiento	A los 30 días de la consulta inicial Luego cada 12 meses	Más de 1 al año

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GCPS - ESSALUD
V°B°
A. BALBIN S.
GERENTE

GERENCIA DE NORMAS DE ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS - GCPS - ESSALUD - SEDE CENTRAL
V°B°
M. MASCARO C.
Sub-Gerente

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD - ESSALUD
V°B°
M.C. CECILIA M. BELLIDO V.
GERENTE CENTRAL

ANEXO N.°09
INDICADORES DE PROCESO Y RESULTADO

INDICADOR DE PROCESO	FÓRMULA	TIEMPO DE EVALUACIÓN	ESTÁNDAR
% de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adheridos a tratamiento	N.° de pacientes con DB tipo 2 adheridos al tratamiento x100/ Total de pacientes evaluados con el test de Morisky Green	Anual	20% (*)
% de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con tamizaje renal	N.° de pacientes con DB tipo 2 con tamizaje de ERC x 100/Total de pacientes con DB tipo 2	Anual	30% (*)
% de pacientes con DBM tipo 2 con valoración de riesgo cardiovascular	N.° de pacientes con DB tipo 2 con valoración de RCV x 100/Total de pacientes con DB tipo 2	Semestral	10%
% de pacientes con DBM Tipo2 con valoración de riesgo de pie diabético	N.° de pacientes con DB tipo 2 con valoración de riesgo de pie diabético x 100/ Total de pacientes con DB tipo 2	Semestral	10%
INDICADOR DE RESULTADO	**FÓRMULA**	**TIEMPO DE EVALUACIÓN**	**ESTÁNDAR**
% de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados	N.° de pacientes ≥ 18 años a más con DB con hemoglobina glicosilada ≤ 7% x100/Total de pacientes mayores de 18 años a más con diagnóstico de DB con examen de hemoglobina glicosilada.	Semestral	20% (*)

*El alcance de la meta estándar se realiza de manera progresiva de acuerdo a la disponibilidad de recursos de la IPRESS.

Fuente: Estudio de Indicadores en Diabetes Tipo 2 Centrados en la Persona. Mayo 2019. Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA). Universitas Miguel Hernández (UMH).