

INSTRUCTIVO PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN SEGÚN RESOLUCIÓN 2463/2014
MEDICIÓN 30 DE JUNIO 2019
CAC-IEP2-I01

TABLA DE CONTROL

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

Versión No.	Fecha	Actualización
V1	06-02-2019	Emisión Inicial
V2	29-05-2019	Actualización



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

Introducción.

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

Programa de atención renal

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

Tasa de filtración glomerular

Tenga en cuenta que en la tasa de filtración glomerular (Var35) debe reportar únicamente el dato obtenido con la fórmula de Cockcroft-Gault (en adultos) o Swartz (en menores de 18 años).

Terapia de reemplazo renal

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

Tratamiento médico no dialítico (TMND)

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

Función renal residual

Debido a que la TFG no es la forma más apropiada para medir la función renal en los pacientes en diálisis, en la variable 35 relacionada con la TFG, se recolectará la información sobre el aclaramiento residual de urea (KrU) como medida de la Función Renal Residual (FRR) en los pacientes en diálisis. Para validar la información del KrU reportado se utilizarán las siguientes fórmulas (en los soportes se deben encontrar documentados todos los paraclínicos necesarios para realizar el cálculo):



Para pacientes en hemodiálisis:

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

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

Para pacientes en diálisis Peritoneal

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

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

El volumen urinario debe encontrarse registrado en la historia clínica de los pacientes. Se considerará que un paciente está en anuria cuando su volumen urinario sea inferior de 100ml/día, por lo que en todo paciente con volumen urinario mayor a este valor debe medirse la FRR (KrU).

La medición de la Función Renal Residual a través del KrU, debe realizarse como mínimo cada 6 meses en pacientes antiguos (un año o más en la terapia), y cada 4 meses en pacientes nuevos (menos de un año en la terapia), para la toma de decisiones relacionadas con la dosis de la diálisis (Kt/v single pool), la calidad de la misma, el control dialítico y otros aspectos importantes relacionados. La pérdida de KrU ha sido postulada como un contribuyente al aumento mortalidad observada en pacientes dializados.

Reporte de exámenes de laboratorio

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

Consideraciones generales

Máximo hasta el 30 de agosto de 2019 debe radicarse en la Cuenta de Alto Costo la base de datos de Enfermedad Renal Crónica (ERC), Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus de la medición a corte de 30 de junio de 2019.



Los pacientes a reportar son los pacientes con Hipertensión arterial, Diabetes y ERC que ha tenido la EAPB/Ente territorial durante el período de 1 de julio de 2018 al 30 de junio de 2019, cada uno de ellos reportado con su respectiva novedad (variable 79 correctamente diligenciada), identificando si a la fecha de corte -30 de junio 2019 - se encontraban vivos, activos, fallecidos o desafiados.

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

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

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

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

El aplicativo estará abierto desde el 01 de julio de 2018 hasta el 30 de agosto de 2018, fecha después de la cual, no se podrá cargar la base de datos. El aplicativo se encuentra en la página Web CAC, y podrá acceder a él con la misma clave que la entidad utiliza para entrar al micrositio.

Aproximación de variables numéricas

En todas las variables numéricas, excepto la talla (Var24) se deben reportar con un solo decimal, realizando las aproximaciones de la siguiente manera: si el número decimal es menor que 5 (1, 2, 3, 4)



no debe hacer nada (ejemplo 35,34 entonces debe reportar 35,3), pero si esa cifra es 5 o mayor (5, 6, 7, 8, 9) debe sumar una unidad al número (ejemplo 57,66 entonces debe reportar 57,7).

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

IDENTIFICACIÓN GENERAL DE EAPB/ENTE TERRITORIAL Y DEL USUARIO REPORTADO

- 1. Primer nombre del usuario:** Escriba el primer nombre del usuario.
- 2. Segundo nombre del usuario:** Escriba el segundo nombre del usuario. En caso de un tercer nombre, escríbalo separado por un espacio. Registre "NONE", en mayúscula sostenida, cuando el usuario no tiene segundo nombre (NONE="Ningún Otro Nombre Escrito").
- 3. Primer apellido del usuario:** Escriba el primer apellido del usuario.
- 4. Segundo apellido del usuario:** Escriba el segundo apellido del usuario. Registre "NOAP", en mayúscula sostenida, cuando el usuario no tiene segundo apellido (NOAP="Ningún Otro Apellido").
- 5. Tipo de Identificación del usuario:**

RC = Registro Civil
TI = Tarjeta Identidad
CC = Cédula de Ciudadanía
CE = Cédula Extranjería
PA = Pasaporte
MS = Menor sin Identificación (solo para el Régimen Subsidiado)
AS = Adulto sin Identificación (solo para el Régimen Subsidiado)
CD = Carnet Diplomático
SC = Salvoconducto de permanencia
PE = Permiso especial

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



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

8. Sexo: Registre

F = Femenino
M = Masculino

9. Régimen de afiliación AL SGSS:

C = Régimen Contributivo
S = Régimen Subsidiado
P = Regímenes de excepción
E = Régimen especial
N = No asegurado

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

11. Código pertenencia étnica: registre el grupo étnico del usuario:

1 = Indígena
2 = ROM (gitano)
3 = Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia
4 = Palenquero de San Basilio
5 = Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente
6 = Ninguna de las anteriores

12. Grupo poblacional:

1 = Indigentes
2 = Población infantil a cargo del ICBF
3 = Madres comunitarias
4 = Artistas, autores, compositores
5 = Otro grupo poblacional
6 = Recién nacidos
8 = Desmovilizados
9 = Desplazados
10 = Población ROM
11 = Población raizal





CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo



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

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

14. Número telefónico del paciente (incluyendo a familiares y cuidadores): Registre los teléfonos fijos y/o móviles completos para contactar al paciente y separe por **espacio**. Si no se tiene el número telefónico diligencie 0.



15. Fecha de afiliación a la EAPB/Ente territorial que reporta: Fecha en la que el usuario se afilió a la EPS en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-).

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

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

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

16. Código de la IPS donde se hace seguimiento al usuario: Registre el código válido de habilitación de la IPS que hace el seguimiento del usuario a la fecha de corte.

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

17. Fecha de ingreso al programa de atención renal (renoprotección, nefroprotección, protección renal, prediálisis) dentro de la EAPB/Ente territorial que reporta: Registre la fecha **de ingreso al programa de atención renal en el que se encuentra el usuario a la fecha de corte**, en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. La fecha de ingreso al programa de nefroprotección no puede ser superior a la fecha de corte del reporte. Aplica para pacientes con HTA, DM y ERC sin TRR que ingresaron al programa.

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

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

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



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

- 1 = Si
- 2 = No

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

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

1800-01-01 = Desconocida

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

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

19.1. Costo HTA durante el período de reporte: Registre exclusivamente el costo de la HTA. Excluya otros costos que no están relacionados con la HTA.

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

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

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

- 1 = Si
- 2 = No

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

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



1800-01-01 = Desconocida

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

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

21.1. Costo DM durante el período de reporte: Registre exclusivamente el costo de la DM. Excluya otros costos que no están relacionados con la DM.

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

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

22. Etiología de la ERC:

1 = HTA y/o DM

2 = Autoinmune

3 = Nefropatía Obstructiva

4 = Enfermedad poliquística

5 = Otras

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

98 = No aplica, no tiene ERC (aplica para pacientes sin ERC, indeterminados y no estudiados para ERC)

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

23. Peso (kg): Registre el último valor absoluto obtenido dentro del periodo de reporte (con un solo decimal, realizando las aproximaciones de la siguiente manera: si el número decimal es menor que 5 (1, 2, 3, 4) no debe hacer nada (ejemplo 35,34 entonces debe reportar 35,3), pero si esa cifra es 5 o mayor (5, 6, 7, 8, 9) debe sumar una unidad al número (ejemplo 57,66 entonces debe reportar 57,7).

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

Recuerde que:

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



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

24. Talla (cm): Registre el último valor absoluto obtenido dentro del periodo de reporte (sin decimales). El dato reportado debe ser con el que se calculó la TFG registrada por el médico tratante en la historia clínica o en su defecto, con el que se calculó la TFG cuando no se dispuso de este dato. Esta variable está relacionada con la variable 35.

Recuerde que en los pacientes en abandono se debe reportar la talla tomada en el último mes de seguimiento.

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

25. Tensión arterial sistólica (mm de Hg): Registre el último valor reportado en la historia clínica dentro del periodo de reporte según los siguientes criterios:

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

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

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

26. Tensión arterial diastólica (mm de Hg): Registre el último valor reportado en la historia clínica dentro del periodo de reporte según los siguientes criterios:

999 = si no tiene valor de TAD dentro del periodo

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

- En los pacientes con diagnóstico de HTA, DM y/o ERC se debe reportar la TAD tomada en el último semestre, más cercana a la fecha de corte.
- En los pacientes con ERC estadio 5 o con TRR, se debe reportar la TAD tomada en el último mes de reporte (junio).



- En los pacientes en diálisis se debe registrar el valor de **TAD pre diálisis** tomada en el último mes de reporte (junio)
- En los pacientes en abandono, alta voluntaria, fallecidos o desafiados se debe reportar la TAD tomada en el último mes de seguimiento.

27. Creatinina en sangre (mg/dl): Registre el valor de la última creatinina en sangre tomada dentro del periodo de reporte (1 de julio 2018 a 30 junio de 2019, con un solo decimal, realizando las aproximaciones de la siguiente manera: si el número decimal es menor que 5 (1, 2, 3, 4) no debe hacer nada (ejemplo 35,34 entonces debe reportar 35,3), pero si esa cifra es 5 o mayor (5, 6, 7, 8, 9) debe sumar una unidad al número (ejemplo 57,66 entonces debe reportar 57,7)). El dato reportado debe ser con el que se calculó la TFG registrada por el médico tratante en la historia clínica o en su defecto, con el que se calculó la TFG cuando no se dispuso de este dato. Esta variable está relacionada con la variable 35.

98 = No aplica, paciente en diálisis

99 = No se realizó el laboratorio.

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

Recuerde que:

- En pacientes sin ERC y pacientes con ERC estadios 1 y 2 debe registrarse el valor de la última creatinina en suero tomada dentro del periodo del reporte (1 de julio 2018 a 30 junio de 2019)
- En pacientes con ERC estadio mayor o igual a 3 el valor de la creatinina en suero debe ser tomado dentro del último trimestre del periodo de reporte
- En los pacientes en abandono, alta voluntaria, fallecidos o desafiados se debe reportar la creatinina en sangre tomada en el último mes de seguimiento.

27.1. Fecha de última creatinina: Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Debe estar dentro del periodo de reporte (1 de julio 2018 a 30 junio de 2019).

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

1800-01-01 = No se realizó el laboratorio

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

Recuerde que en los pacientes en abandono la fecha de realización de la última creatinina en suero debe ser inferior al 1 de julio de 2018.

28. Hemoglobina glicosilada (%): En personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus registre el valor de la última Hemoglobina Glicosilada tomada en los últimos 6 meses, dentro del periodo de reporte (1 de



julio 2018 a 30 junio de 2019, con un solo decimal, realizando las aproximaciones de la siguiente manera: si el número decimal es menor que 5 (1, 2, 3, 4) no debe hacer nada (ejemplo 35,34 entonces debe reportar 35,3), pero si esa cifra es 5 o mayor (5, 6, 7, 8, 9) debe sumar una unidad al número (ejemplo 57,66 entonces debe reportar 57,7).

98 = No aplica, paciente sin diagnóstico de DM

99 = No se realizó el laboratorio

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

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

28.1. Fecha de última hemoglobina glicosilada: Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Debe estar dentro del periodo de reporte (1 de julio 2018 a 30 junio de 2019).

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

1800-01-01= No se realizó el laboratorio

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

Recuerde que en los pacientes en abandono la fecha de realización de la última hemoglobina glicosilada debe ser inferior al 1 de julio de 2018.

29. Albuminuria: Registre el valor de la última albuminuria tomada dentro del periodo de reporte (1 de julio 2018 a 30 junio de 2019, con un solo decimal, realizando las aproximaciones de la siguiente manera: si el número decimal es menor que 5 (1, 2, 3, 4) no debe hacer nada (ejemplo 35,34 entonces debe reportar 35,3), pero si esa cifra es 5 o mayor (5, 6, 7, 8, 9) debe sumar una unidad al número (ejemplo 57,66 entonces debe reportar 57,7).

9888 = No aplica, paciente en TRR

9999 = No se realizó el laboratorio

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

Recuerde que en los pacientes en abandono se debe reportar la albuminuria tomada en el último mes de seguimiento.



29.1. Fecha de la última albuminuria: Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Debe estar dentro del periodo de reporte (1 de julio 2018 a 30 junio de 2019).

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

1800-01-01 = No se realizó el laboratorio

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

Recuerde que en los pacientes en abandono la fecha de realización de la última albuminuria debe ser inferior al 1 de julio de 2018.

30. Relación Albuminuria/Creatinuria (mg/g): Registre el valor del cociente de la última relación albuminuria/creatinuria realizada dentro del periodo de reporte (1 de julio 2018 a 30 junio de 2019, con un solo decimal, realizando las aproximaciones de la siguiente manera: si el número decimal es menor que 5 (1, 2, 3, 4) no debe hacer nada (ejemplo 35,34 entonces debe reportar 35,3), pero si esa cifra es 5 o mayor (5, 6, 7, 8, 9) debe sumar una unidad al número (ejemplo 57,66 entonces debe reportar 57,7).

9888 = No aplica, paciente en TRR

9999 = No se realizó el laboratorio

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

Recuerde que en los pacientes en abandono se debe reportar la relación Albuminuria/Creatinuria tomada en el último mes de seguimiento.

30.1. Fecha de la última Albuminuria/Creatinuria: Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Debe estar dentro del periodo de reporte (1 de julio 2018 a 30 junio de 2019).

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

1800-01-01 = No se realizó el laboratorio

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

Recuerde que en los pacientes en abandono la fecha de realización de la última relación Albuminuria/Creatinuria debe ser inferior al 1 de julio de 2018.

31. Colesterol total (mg/dl): Registre el valor del último colesterol total tomado dentro del periodo de reporte (1 de julio 2018 a 30 junio de 2019, con un solo decimal, realizando las aproximaciones de la



siguiente manera: si el número decimal es menor que 5 (1, 2, 3, 4) no debe hacer nada (ejemplo 35,34 entonces debe reportar 35,3), pero si esa cifra es 5 o mayor (5, 6, 7, 8, 9) debe sumar una unidad al número (ejemplo 57,66 entonces debe reportar 57,7):

999 = No se realizó el laboratorio

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

Recuerde que en los pacientes en abandono se debe reportar el colesterol total tomado en el último mes de seguimiento.

31.1. Fecha del último colesterol total: Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Debe estar dentro del periodo de reporte (1 de julio 2018 a 30 junio de 2019).

1845-01-01= No se realizó el laboratorio

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

Recuerde que en los pacientes en abandono la fecha de realización del último colesterol total debe ser inferior al 1 de julio de 2018.

32. Colesterol HDL (mg/dl): Registre el valor del último colesterol HDL tomado dentro del periodo de reporte (1 de julio 2018 a 30 junio de 2019, con un solo decimal, realizando las aproximaciones de la siguiente manera: si el número decimal es menor que 5 (1, 2, 3, 4) no debe hacer nada (ejemplo 35,34 entonces debe reportar 35,3), pero si esa cifra es 5 o mayor (5, 6, 7, 8, 9) debe sumar una unidad al número (ejemplo 57,66 entonces debe reportar 57,7).

999 = No se realizó el laboratorio

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

Recuerde que en los pacientes en abandono se debe reportar el colesterol HDL tomado en el último mes de seguimiento.

32.1. Fecha del último colesterol HDL Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Debe estar dentro del periodo de reporte (1 de julio 2018 a 30 junio de 2019).

1845-01-01= No se realizó el laboratorio



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

Recuerde que en los pacientes en abandono la fecha de realización del último colesterol HDL debe ser inferior al 1 de julio de 2018.

33. Colesterol LDL (mg/dl): Registre el valor del último colesterol LDL tomado o registrado en la historia clínica, dentro del periodo de reporte (1 de julio 2018 a 30 junio de 2019, con un solo decimal, realizando las aproximaciones de la siguiente manera: si el número decimal es menor que 5 (1, 2, 3, 4) no debe hacer nada (ejemplo 35,34 entonces debe reportar 35,3), pero si esa cifra es 5 o mayor (5, 6, 7, 8, 9) debe sumar una unidad al número (ejemplo 57,66 entonces debe reportar 57,7). Si se realizó el cálculo por la fórmula de Friedewald-Medsol, deben soportarse los resultados de los valores de CT, C-HDL y Triglicéridos con los cuales se estimó).

999 = No se realizó el laboratorio

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

Recuerde que en los pacientes en abandono se debe reportar el colesterol LDL tomado en el último mes de seguimiento.

33.1. Fecha del último colesterol LDL: Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si solo conoce el año, reporte mes y día 01. Debe estar dentro del periodo de reporte (1 de julio 2018 a 30 junio de 2019).

1845-01-01= No se realizó el laboratorio

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

Recuerde que en los pacientes en abandono la fecha de realización del último colesterol LDL debe ser inferior al 1 de julio de 2018.

34. Parathormona PTH (pg/mL): Registre el valor de la última PTH tomada en personas con ERC teniendo en cuenta que:

- Registre un solo decimal, realizando las aproximaciones de la siguiente manera: si el número decimal es menor que 5 (1, 2, 3, 4) no debe hacer nada (ejemplo 35,34 entonces debe reportar 35,3), pero si esa cifra es 5 o mayor (5, 6, 7, 8, 9) debe sumar una unidad al número (ejemplo 57,66 entonces debe reportar 57,7).
- En estadio 3 registre el último valor de PTH tomado dentro del periodo de reporte



- En estadio 4 registre el valor de PTH tomado dentro del último semestre del periodo, más cercano a la fecha de corte
- En estadio 5 (incluidos los pacientes en diálisis) registre el valor de PTH tomado dentro del último trimestre del periodo, más cercano a la fecha de corte
- En los pacientes en abandono, alta voluntaria, fallecidos o desafiados se debe reportar la parathormona tomada en el último mes de seguimiento

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

9999 = No se realizó el laboratorio

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

34.1. Fecha de la última Parathormona PTH: Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Debe estar dentro del periodo de reporte (1 de julio 2018 a 30 junio de 2019).

1845-01-01 = No aplica, paciente sin ERC o con ERC estadios 1 ó 2

1800-01-01 = No se realizó el laboratorio

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

Recuerde que en los pacientes en abandono la fecha de realización de la parathormona debe ser inferior al 1 de julio de 2018.

35. Tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) según Cockcroft-Gault (en adultos) o Swartz (en menores de 18 años) o FRR estimada mediante el cálculo del KrU, dentro del periodo de reporte (1 de julio 2018 a 30 junio de 2019):

- Se debe reportar la TFG registrada en la historia clínica por el médico tratante. Si no está registrada o la registrada fue calculada por una fórmula diferente a Cockcroft-Gault, debe calcularla y reportar el valor obtenido por **Cockcroft-Gault o Swartz únicamente**, soportando una adecuada gestión del riesgo acorde con el estadio calculado. En ambas situaciones en los soportes se deben encontrar documentados todos los paraclínicos necesarios para realizar el cálculo. Los valores permitidos en este campo van desde 0 a 250.
- Se deben reportar con un solo decimal, realizando las aproximaciones de la siguiente manera: si el número decimal es menor que 5 (1, 2, 3, 4) no debe hacer nada (ejemplo 35,34 entonces debe reportar 35,3), pero si esa cifra es 5 o mayor (5, 6, 7, 8, 9) debe sumar una unidad al número (ejemplo 57,66 entonces debe reportar 57,7).



- Reporte la FRR registrada en la historia clínica por el médico tratante para pacientes en diálisis con diuresis igual o mayor a 100 ml/min. En los soportes se deben encontrar documentados todos los paraclínicos necesarios para realizar el cálculo.

999 = Paciente sin creatinina vigente (según lo descrito en la variable 27) para el cálculo de la TFG o paciente en abandono.

Si registra esta opción, la variable 38 debe ser 2 o 3 y la variable 39 debe ser igual a 99

988 = Paciente en diálisis a quien no se le puede medir la FRR por diuresis < 100 ml/min (anuria)

777 = Paciente en diálisis con diuresis mayor o igual a 100 ml/min, con datos incompletos para el cálculo la FRR.

Los pacientes en diálisis con imposibilidad para la medición de la diuresis, evidenciada en historia clínica deben reportar esta opción de respuesta

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

Dadas las limitaciones que tienen las fórmulas de estimación de la TFG en algunos casos específicos como: obesidad mórbida ($IMC \geq 40$), amputación de extremidades y desnutrición ($IMC < 18,5$); se recomienda la realización de Depuración de Creatinina en 24 horas para estas condiciones clínicas especiales. De igual forma en los pacientes en los cuales la TFGe es menor a 30 ml/min, se debe realizar la Depuración de creatinina en 24 horas para definir estadio y manejo. Si cuenta con el valor de la Depuración de creatinina regístrelo en lugar de calcular la TFG (debe estar documentado el laboratorio).

Recuerde que el valor de la TFG está relacionado con las variables 38 y 39.

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

1 = Sí recibe

2 = No fue formulado dentro del plan terapéutico

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

98 = No aplica

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

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

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

1 = Sí recibe

2 = No fue formulado dentro del plan terapéutico



- 3 = No recibe, aunque fue formulado dentro del plan terapéutico
99 = paciente en abandono, alta voluntaria, fallecidos o desafiados
55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

INFORMACIÓN RELACIONADA CON DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

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

- 0 = No presenta ERC
1 = Si presenta ERC
2 = Indeterminado
3= Paciente no estudiado para ERC en el periodo de reporte

Recuerde que:

- En las **Guías de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica del Ministerio de Salud y Protección Social** publicada el 31 de octubre de 2016, se dan las recomendaciones para la **detección temprana y diagnóstico** de esta condición. Es necesario que se documente el daño renal funcional o estructural persistente por 90 días o más, para establecer el diagnóstico de ERC.
- En la opción 2 se considera que un paciente es indeterminado cuando está siendo estudiado para ERC, pero no se han realizado todas las pruebas complementarias para confirmar o descartar el diagnóstico o no se han confirmado la cronicidad de la enfermedad (al menos 3 meses).
- En la opción 3 se considera que un paciente no se ha estudiado para ERC cuando no se realizó ninguna de las pruebas para el diagnóstico (ni creatinina, ni uroanálisis, ni relación albuminuria/creatinuria o albuminuria) durante el periodo de reporte.
-

39. Estadio de la ERC: Registre

- 1 = Paciente con TFGe igual o mayor a 90 ml/min y pruebas complementarias que soportan daño renal
2 = Paciente con TFGe entre 60 y menor de 90 ml/min y pruebas complementarias que soportan daño renal
3 = Paciente con TFGe entre 30 y menor de 60 ml/min
4 = Paciente con TFG entre 15 y menor de 30 ml/min
5 = Paciente con TFG menor de 15 ml/min o paciente en diálisis
98 = No aplica, no hay enfermedad renal crónica (Debe tener 0 en la variable 38)
99 = Desconocido (paciente indeterminado o no estudiado para ERC en el periodo de reporte, opciones 2 ó 3 en la variable 38).



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

Si en la Variable 38 registró 0, 2 o 3 y en la variable 39 registró 98 o 99 en la variable 22 debe registrar la opción 98.

40. Fecha de diagnóstico de ERC estadio 5: Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día.

1800-01-01 = Desconocida

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

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

Recuerde que:

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

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

1 = Si

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

98 = No aplica, paciente en TRR

99 = Sin dato en la historia clínica

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

42. TFG medida en la fecha en que el usuario inició la primera TRR: Se debe reportar la TFG registrada en la historia clínica por el médico tratante.

98 = No aplica, paciente sin inicio de TRR

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

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

Tenga en cuenta que en esta variable se debe reportar el valor de la TFG medida que el paciente tenía al momento de iniciar por primera vez la TRR de forma crónica (TRR continua durante al menos 90 días). Este valor, debe ser de máximo 15 ml/min. **Si el valor reportado es mayor a 15 ml/min, la pertinencia del inicio de la TRR debe estar justificado en la historia clínica.**



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

- 1 = Paciente que inició la TRR con urgencia dialítica
- 2 = Paciente que inició la TRR con diálisis programada
- 3 = Sin dato, el paciente inicio la TRR en otra EPS diferente a la que reporta
- 4 = Paciente que inició la TRR en otra TRR diferente a diálisis
- 97 = No aplica, paciente que nunca ha recibido TRR
- 99 = Paciente que inició la TRR en la EPS que reporta, pero no hay información en la historia clínica o paciente en abandono.
- 55 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

44. Fecha en que se inició la terapia de reemplazo renal que recibe el usuario en el momento de la fecha de corte: Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día.

- 1800-01-01 = Desconocida
- 1845-01-01 = No aplica, paciente sin TRR a la fecha de corte. También es válida para pacientes que han firmado alta voluntaria o paciente en abandono
- 1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

Recuerde que:

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



45. Fecha de Ingreso a la Unidad Renal Actual que le presta al paciente el servicio de terapia dialítica al momento de la fecha de corte: Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día.

1800-01-01 = Desconocida

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

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

Verifique que si registra una fecha **diferente a 1845-01-01** en esta variable, debe registrar en alguna de las variables 46 ó 49, las opciones 1 ó 2).

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

1 = Paciente en hemodiálisis por fístula arteriovenosa

2 = Paciente en hemodiálisis por catéter

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

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

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

47. Dosis de diálisis Kt/V single pool (volumen de fluido filtrado de urea sobre el volumen de agua en el cuerpo del usuario): Registre el resultado del **promedio** de las tres últimas mediciones mensuales de Kt/V realizadas en el último trimestre del periodo de reporte. Este valor debe estar entre 0.5 y 4.5 (kt/v, **con un solo decimal, realizando las aproximaciones de la siguiente manera: si el número decimal es menor que 5 (1, 2, 3, 4) no debe hacer nada (ejemplo 35,34 entonces debe reportar 35,3), pero si esa cifra es 5 o mayor (5, 6, 7, 8, 9) debe sumar una unidad al número (ejemplo 57,66 entonces debe reportar 57,7).**

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

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

48. Costo total de la hemodiálisis (HD) durante el período de reporte: Registre exclusivamente el costo de la hemodiálisis. Excluya otros costos que no están relacionados con esta terapia.

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



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

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

1 = Paciente en diálisis peritoneal manual

2 = Paciente en diálisis peritoneal automatizada

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

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

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

50. Dosis de diálisis (Kt/V) KtV/dpd de máximo cuatro meses de antigüedad contados a partir de la fecha de corte: Registre el resultado de la dosis de diálisis tomado en las sesiones realizadas dentro de los últimos 4 meses del periodo de corte, expresado como el volumen de fluido filtrado de urea sobre el volumen de agua en el cuerpo del usuario (Kt/V). Este valor debe estar entre 0.5 y 4.5 (kt/v, con un solo decimal, realizando las aproximaciones de la siguiente manera: si el número decimal es menor que 5 (1, 2, 3, 4) no debe hacer nada (ejemplo 35,34 entonces debe reportar 35,3), pero si esa cifra es 5 o mayor (5, 6, 7, 8, 9) debe sumar una unidad al número (ejemplo 57,66 entonces debe reportar 57,7).

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

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

51. Número de horas de hemodiálisis: Registre el promedio de horas/sesión de las hemodialis realizadas al paciente en los últimos 3 meses del periodo de reporte, (con un solo decimal, realizando las aproximaciones de la siguiente manera: si el número decimal es menor que 5 (1, 2, 3, 4) no debe hacer nada (ejemplo 35,34 entonces debe reportar 35,3), pero si esa cifra es 5 o mayor (5, 6, 7, 8, 9) debe sumar una unidad al número (ejemplo 57,66 entonces debe reportar 57,7):

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

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

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



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

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

53. Costo total de la DP durante el período de reporte: Registre exclusivamente el costo de la diálisis peritoneal. Excluya otros costos que no están relacionados con esta terapia.

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

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

54. Vacuna Hepatitis B: Registre

1 = Tiene esquema completo

2 = Tiene esquema incompleto

3 = No ha recibido vacunación para hepatitis B

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

2 = No recibe esta terapia o paciente en abandono

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

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

58. Costo total del TMND durante el período de reporte: Registre exclusivamente el costo del tratamiento médico no dialítico. Excluya otros costos que no están relacionados con esta terapia.

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

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

59. Hemoglobina (g/dl): Registre el valor de la última hemoglobina tomada durante el periodo de reporte en personas con ERC en estadios 3 a 5, teniendo en cuenta que:

- Este valor debe estar entre 3 y 23 (g/dl, con un solo decimal, realizando las aproximaciones de la siguiente manera: si el número decimal es menor que 5 (1, 2, 3, 4) no debe hacer nada (ejemplo 35,34 entonces debe reportar 35,3), pero si esa cifra es 5 o mayor (5, 6, 7, 8, 9) debe sumar una unidad al número (ejemplo 57,66 entonces debe reportar 57,7).
- En estadio 3 registre el último valor de hemoglobina tomada dentro del período de reporte
- En estadio 4 registre el valor de hemoglobina tomada dentro del semestre del periodo, más cercano a la fecha de corte
- En pacientes en TMND registre el valor de hemoglobina tomada en el último mes del periodo de reporte



- En pacientes **en diálisis registre el valor promedio de tres hemoglobinas** tomadas pre diálisis en el último trimestre dentro del periodo de reporte.
- En los pacientes en abandono, alta voluntaria, fallecidos o desafiados se debe reportar la hemoglobina tomada en el último mes de seguimiento

98 = No aplica (pacientes sin ERC o ERC estadios 1 y 2)

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

60. Albúmina sérica (g/dl): Registre el valor de la albumina sérica tomado durante el periodo de reporte en personas con ERC en estadios 3 a 5, teniendo en cuenta que:

- Este valor debe estar entre 0.5 a 10 (g/dl, con un solo decimal, realizando las aproximaciones de la siguiente manera: si el número decimal es menor que 5 (1, 2, 3, 4) no debe hacer nada (ejemplo 35,34 entonces debe reportar 35,3), pero si esa cifra es 5 o mayor (5, 6, 7, 8, 9) debe sumar una unidad al número (ejemplo 57,66 entonces debe reportar 57,7).
- En estadios 3 a 5 registre el valor de la última albumina sérica tomada dentro del período de reporte
- En pacientes en diálisis debe registrarse el valor de la albumina sérica tomada pre diálisis en el último trimestre dentro del periodo de corte
- En los pacientes en abandono, alta voluntaria, fallecidos o desafiados se debe reportar la albúmina sérica tomada en el último mes de seguimiento

98 = No aplica (pacientes sin ERC o ERC estadios 1 y 2)

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

61. Fósforo sérico(P) mg/dl: Registre el valor del fósforo sérico tomado durante el periodo de reporte en personas con ERC en estadios 3 a 5, teniendo en cuenta que:

- Este valor debe estar entre 0.1 y 12 (mg/dl, con un solo decimal, realizando las aproximaciones de la siguiente manera: si el número decimal es menor que 5 (1, 2, 3, 4) no debe hacer nada (ejemplo 35,34 entonces debe reportar 35,3), pero si esa cifra es 5 o mayor (5, 6, 7, 8, 9) debe sumar una unidad al número (ejemplo 57,66 entonces debe reportar 57,7).
- En estadio 3 registre el valor del último fósforo sérico tomado dentro del período de reporte
- En estadio 4 registre el valor de fósforo sérico tomado dentro del semestre del periodo, más cercano a la fecha de corte
- En paciente **en diálisis registre el valor promedio de tres mediciones** de fósforo sérico tomadas pre diálisis en el último trimestre del periodo de reporte
- En pacientes con TMND registre el valor de fosforo sérico tomado en el último trimestre del periodo de reporte.



- En los pacientes en abandono, alta voluntaria, fallecidos o desafiados se debe reportar el fósforo sérico tomado en el último mes de seguimiento

98 = No aplica (pacientes sin ERC o ERC estadios 1 y 2)

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

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

1 = Indicado

2 = Contraindicado

97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 o ya tiene trasplante funcional

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

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

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

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

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

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

1 = Si

2 = No

97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 o ya tiene trasplante funcional

98 = No aplica o paciente en abandono

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

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

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

1 = Si

2 = No





97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 o ya tiene trasplante funcional

98 = No aplica o paciente en abandono

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

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

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

1 = Si

2 = No

97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 o ya tiene trasplante funcional

98 = No aplica o paciente en abandono

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

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

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

1 = Si

2 = No

97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 o ya tiene trasplante funcional

98 = No aplica o paciente en abandono

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

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

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

1 = Si

2 = No

97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 o ya tiene trasplante funcional

98 = No aplica o paciente en abandono

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

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





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

1 = Si

2 = No

97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 o ya tiene trasplante funcional

98 = No aplica o paciente en abandono

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

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

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

1 = Si

2 = No

97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 o ya tiene trasplante funcional

98 = No aplica o paciente en abandono

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

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

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

1 = Si

2 = No

97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 o ya tiene trasplante funcional

98 = No aplica o paciente en abandono

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

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

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

1 = Si

2 = No

97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 o ya tiene trasplante funcional

98 = No aplica o paciente en abandono

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



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

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

1 = Si

2 = No

97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 o ya tiene trasplante funcional

98 = No aplica o paciente en abandono

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

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

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

1 = Si

2 = No

97 = No aplica, paciente que no tiene ERC estadio 5 o ya tiene trasplante funcional

98 = No aplica o paciente en abandono

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

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

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

1800-01-01 = Está indicado el trasplante, pero a la fecha de corte no ha ingresado a la lista de espera

1845-01-01 = No Aplica, el trasplante está contraindicado o paciente en abandono o paciente con trasplante funcional o el paciente no ha sido valorado por nefrólogo en relación a la posibilidad de trasplante.

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

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



98= No Aplica, el trasplante está contraindicado o paciente en abandono o paciente con trasplante funcional **o el paciente no ha sido valorado por nefrólogo en relación a la posibilidad de trasplante.**

99 = Está indicado el trasplante, pero a la fecha de corte no ha ingresado a la lista de espera

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

64. ¿El usuario ha recibido trasplante renal?:

1 = SI, el paciente recibió trasplante renal en la EAPB/Ente territorial que reporta (y está funcional)

2 = SI, el paciente recibió trasplante renal, en otra EAPB/Ente territorial diferente a la que reporta (y está funcional)

3 = SI, el paciente recibió trasplante renal en la EAPB/Ente territorial que reporta (y no está funcional)

4 = SI, el paciente recibió trasplante renal, en otra EAPB/Ente territorial diferente a la que reporta (y no está funcional)

5 = NO, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono

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

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

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

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

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

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

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

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

67. Tipo de donante del último trasplante renal: Recuerde que el paciente puede haber recibido uno o más trasplantes renales

1 = Fallecido

2 = Vivo



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

99 = Sin dato en la historia clínica

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

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

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

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

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

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

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

1 = Si

2 = No

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

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

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

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

1800-01-01 = No ha tenido esta complicación



1845-01-01 = No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono
1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

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

1800-01-01 = No ha tenido esta complicación
1845-01-01 = No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono
1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

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

1800-01-01 = No ha tenido esta complicación
1845-01-01 = No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono
1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios

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

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

No se deben registrar en esta variable:

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

1800-01-01 = No ha tenido esta complicación
1845-01-01 = No aplica, el paciente no ha recibido trasplante renal o paciente en abandono
1846-01-01 = No aplica, paciente reportado por ente territorial por prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios



69.5. Si el paciente con trasplante renal ha presentado alguna complicación urológica, registre la fecha de diagnóstico: Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día. Tener en cuenta que las complicaciones urológicas incluyen: uropatía obstructiva, urinoma y fístula del uréter. No se debe registrar en esta variable las infecciones urinarias.

1800-01-01 = No ha tenido esta complicación

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

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

69.6. Si el paciente con trasplante renal ha presentado alguna complicación de la herida quirúrgica, registre la fecha de diagnóstico: Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día. Tener en cuenta que las complicaciones de la herida quirúrgica, incluyen: dehiscencia cutánea, colección subcutánea, sobreinfección de la herida quirúrgica, infecciones superficiales, celulitis, infección supra o infra aponeurótica, hernia incisional, infección del sitio operatorio y seroma.

1800-01-01 = No ha tenido esta complicación

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

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

69.7. Si al paciente con trasplante renal se le diagnóstica cualquier tipo de cáncer posterior al trasplante, registre la fecha del primer diagnóstico de cáncer: Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guión (-). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día.

1800-01-01= No ha tenido esta complicación

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

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

70. ¿Cuántos medicamentos inmunosupresores se formularon para el manejo del trasplante renal en el periodo de reporte (1 de julio de 2018 a 30 de junio de 2019): Escriba el número de medicamentos inmunosupresores formulados en el periodo de reporte actual?

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



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

70.1. En el periodo de reporte (1 de julio de 2018 a 30 de junio de 2019) el paciente ha recibido Metilprednisolona para el manejo del trasplante renal:

1 = Si

2 = No

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

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

70.2. En el periodo de reporte (1 de julio de 2018 a 30 de junio de 2019) el paciente ha recibido Azatioprina para el manejo del trasplante renal:

1 = Si

2 = No

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

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

70.3. En el periodo de reporte (1 de julio de 2018 a 30 de junio de 2019) el paciente ha recibido Ciclosporina para el manejo del trasplante renal:

1 = Si

2 = No

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

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

70.4. En el periodo de reporte (1 de julio de 2018 a 30 de junio de 2019) el paciente ha recibido Micofenolato para el manejo del trasplante renal:

1 = Si

2 = No

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

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



70.5. En el periodo de reporte (1 de julio de 2018 a 30 de junio de 2019) el paciente ha recibido Tacrolimus para el manejo del trasplante renal:

1= Si

2=No

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

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

70.6. En el periodo de reporte (1 de julio de 2018 a 30 de junio de 2019) el paciente ha recibido Prednisona para el manejo del trasplante renal:

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

1 = Si

2 = No

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

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

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

70.7. En el periodo de reporte (1 de julio de 2018 a 30 de junio de 2019) el paciente ha recibido para el manejo del trasplante renal medicamentos inmunosupresores no incluidos en las variables 70.1 a 70.6 o no incluidos en el plan de beneficios (medicamento 1): Registre el código CUM del medicamento usado en este caso (códigos CUM disponibles en la página Web de la CAC).

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

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

70.8. En el periodo de reporte (1 de julio de 2018 a 30 de junio de 2019) el paciente ha recibido para el manejo del trasplante renal medicamentos inmunosupresores no incluidos en las variables 70.1 a 70.6 o no incluidos en el plan de beneficios (medicamento 2): Registre el código CUM del medicamento usado en este caso (códigos CUM disponibles en la página Web de la CAC).

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

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



70.9. En el periodo de reporte (1 de julio de 2018 a 30 de junio de 2019) el paciente ha recibido para el manejo del trasplante renal medicamentos inmunosupresores no incluidos en las variables 70.1 a 70.6 o no incluidos en el plan de beneficios (medicamento 3): Registre el código CUM del medicamento usado en este caso (códigos CUM disponibles en la página Web de la CAC).

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

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

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

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

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

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

1800-01-01 = Desconocida

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

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

73. Fecha de retorno a diálisis por pérdida definitiva del trasplante renal: Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Verifique que el orden de los números sea AÑO-MES-DÍA y el separador sea guion (-). Si conoce solamente el año registre 01 como mes y 01 como día. Registre:

1800-01-01= desconocida.

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

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

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



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

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

75. Costo de la terapia postrasplante renal: Registre costo total de la terapia postrasplante del usuario durante el período de reporte (1 de julio de 2018 a 30 de junio de 2019). Esta variable aplica para los pacientes trasplantados que tengan funcional el trasplante. En este costo se deben incluir solamente los costos de los medicamentos incluidos en el plan de beneficios para el tratamiento de inmunosupresión.

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

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

76. Tiempo de prestación de servicios: Número de meses en los que el usuario efectivamente recibió servicios a cargo de la EPS que reporta (del periodo comprendido entre 1 de julio del 2018 a 30 de junio de 2019).

77. Costo Total: Costo total acumulado de la atención del usuario a la fecha de reporte (1 de julio de 2018 a 30 de junio de 2019). En este campo se deben agregar todos los costos en el usuario, relacionados con los diagnósticos registrados, incluyendo, entre otros, los costos de citas de control, medicamentos, costos de diálisis, trasplante y atención de complicaciones, incluyendo solamente servicios POS.

98= Paciente en abandono

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

78. Código de la EPS de origen: Registre el código de la EAPB/Ente territorial donde estaba afiliado el usuario antes de trasladarse a la EAPB/Ente territorial que reporta.

98 = No aplica

99 = Sin dato

Recuerde que:

- Esta variable puede estar relacionada con la variable 79 opción 2



- Si la entidad que reporta es un Ente territorial por la prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios, registre el nombre de la entidad del régimen del SGSS en la cual está afiliado el paciente.
- Si la entidad que reporta en una medicina prepagada, registre el nombre de la entidad del régimen contributivo del SGSS en la cual está afiliado el paciente.

79. Novedad con respecto al reporte anterior: Las novedades en este campo corresponderán a eventos ocurridos respecto al reporte anterior.

- 1 = Persona que falleció (esta novedad también aplica a los casos de personas que iniciaron TRR crónica dentro del periodo de reporte pero que a la fecha de corte están fallecidas)
- 2 = Persona que ingresó a la EPS y traía el diagnóstico de **ERC o HTA o DM**
- 3 = Persona antigua en la EPS y se le realizó nuevo diagnóstico de **ERC o HTA o DM**
- 4 = Persona antigua en la EPS con diagnóstico antiguo de **ERC o HTA o DM** que ingresa a la BD para reporte de la CAC
- 5 = Persona que firmó alta voluntaria del tratamiento prescrito
- 6 = Persona que se desafilió (esta novedad también aplica a los casos de personas que iniciaron TRR crónica dentro del periodo de reporte pero que a la fecha de corte están desafiliadas)
- 7 = Persona que abandona la terapia y no es posible de ubicar
- 8 = Persona que se elimina de la BD por corrección de la EPS (auditoría interna o auditoría de la CAC porque el caso reportado no tiene diagnóstico de ERC, HTA ni DM)
- 9 = Persona que regresa a terapia
- 10 = El usuario que cambio de tipo y/o número de identificación respecto al reporte anterior
- 11 = Persona con aseguramiento que recibió servicios no incluidos en el plan de beneficios por parte de ente territorial
- 12 = Población migrante de la república de Venezuela**
- 98 = No hay novedad respecto al reporte anterior

Recuerde que:

- Un paciente que firmó alta voluntaria es aquel que recibió atenciones médicas durante el periodo, pero deja constancia en la historia clínica que decide NO continuar el tratamiento prescrito.
- Un paciente que abandonó la terapia es aquel que no recibió atenciones médicas relacionadas con el diagnóstico objeto de reporte HTA, DM y/o ERC durante el periodo (1 de julio de 2018 a 30 de junio de 2019) y que la entidad trato de contactar para su seguimiento.

80. Causa de Muerte:

- 1 = Enfermedad renal crónica
- 2 = Enfermedad cardiovascular



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

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

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

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

82. Fecha de corte del reporte: Registre esta variable con la fecha 2019-06-30





Versión	Fecha	Observaciones
V1	20-03-2019	<ul style="list-style-type: none"> - Se actualizaron las fechas relacionadas con el periodo de reporte (01 de julio de 2018 a 30 de junio de 2019). -Cambio en la descripción de las opciones de respuesta en las variables 18, 20, 22, 35, 59, 60, 61, 63 y 63.1. -Inclusión de nuevas opciones de respuesta en las variables 43 y 63.1 -Aclaraciones sobre el reporte de las variables 35, 38, 39, 47, 62 y 70.6.
V2	29-05-2019	<ul style="list-style-type: none"> - Se aclara la aproximación de todas las variables numéricas. - Se elimina la opción 7_discapacitado de la Var12 Grupo poblacional, ya que está repetida. - Se aclara que el separador de la Var14 Número telefónico es "espacio". - Se aclara fecha a registrar en la Var17 Fecha de Ingreso al programa de nefroprotección. - Ajuste de descripción del comodín 999 en la var35 TFG. - Se elimina opción 98 de la Var43 Modo de inicio de la primera TRR. - Se corrige la aclaración de la Var45 Fecha de Ingreso a la Unidad Renal Actual que le presta al paciente el servicio de terapia dialítica al momento de la fecha de corte. - Se ajusta la descripción de la opción 98 en las Var63 Fecha de ingreso a la lista de espera para trasplante y Var63.1 Código de la Ips en donde está en lista de espera. -Se ajusta aclaración de la Var68 Costo del último trasplante realizado en el periodo de reporte. -Se elimina comodín 55 de la Var70 Cuántos medicamentos inmunosupresores se formularon para el manejo del trasplante renal en el periodo de reporte. -Se crea comodín para paciente en abandono en la Var77 Costo total. - Se ajustan descripciones de las opciones 2,3 y 4 en la Var79 Novedad. -Se crea la opción 12 en la Var79 Novedad. -Se elimina comodín 1800-01-01 de la Var 80 Fecha de muerte. -Se hace aclaración de cálculo de la TFG (Var35). -Se agregan comodines en las var62.1 a la 62.11 (Contraindicaciones de trasplante)

