



CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

PROCESO: Cargue de la información–Res 4700/2008
Instructivo para el reporte de información


INFORMACION EPIDEMIOLOGICA	Medición: Junio 30 de 2011	Código: CAC-IEP1-I01
	Fecha de emisión: 30-05-2011	Versión: 00

INSTRUCTIVO PARA EL REPORTE DE INFORMACION SEGÚN RESOLUCION 4700/08
MEDICION 30 DE JUNIO 2011
CAC-IEP1-I01

TABLA DE CONTROL

	Nombre
ELABORO	Coordinación técnica CAC - Comité Técnico
APROBÓ	Dirección CAC - Junta directiva CAC

Versión No.	Fecha	Actualización
00	2011-05-30	Emisión Inicial

 <p>CUENTA DE ALTO COSTO Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo</p>	<p>PROCESO: Cargue de la información–Res 4700/2008 Instructivo para el reporte de información</p>	
<p>INFORMACION EPIDEMIOLOGICA</p>	<p>Medición: Junio 30 de 2011</p>	<p>Código: CAC-IEP1-I01</p>
	<p>Fecha de emisión: 30-05-2011</p>	<p>Versión: 00</p>

INSTRUCTIVO PARA FACILITAR EL REPORTE DE INFORMACION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA- HIPERTENSION-DIABETES DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN LA RESOLUCION 4700 DE 2008

Máximo el 30 de agosto de 2011 debe presentarse a la Cuenta de Alto Costo la base de datos de Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus de la medición 2011.

Los pacientes a reportar son los pacientes con Hipertensión, Diabetes y ERC que ha tenido la EPS durante el periodo de 1 de julio de 2010 y 30 de junio de 2011, cada uno de ellos reportado con su respectiva novedad (variable 45 correctamente diligenciada), (identificando si al momento de la medición – 30 de junio 2011-se encontraban vivos activos, fallecidos o desafilados).

Para poder aplicar las resoluciones 3413/09 y 4917/09, se cuentan los pacientes ERC5 existentes en la EPS al momento de la medición, por lo tanto en el conteo se incluyen solo aquellos pacientes vivos y activos en la EPS al 30 de junio de 2011.

Para hacer posible el cruce de bases de datos y aclaración de coincidentes y compartidos también se tienen en cuenta los pacientes vivos y activos en la EPS el 30 de junio de 2011.

La base de datos a reportar tiene 48 variables y corresponde a la TABLA n°6 de la resolución 4700/08.

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 simultaneas, se marca con el valor permitido en la variable correspondiente.

La base de datos debe venir en formato txt separado por tabulaciones.

No debe faltar ningún campo de los definidos en la tabla 6 de la resolución 4700/2008) y ninguna variable debe venir vacía. De lo contrario, el aplicativo rechaza el cargue de la información.

La EPS es responsable de cargar su base de datos en la página Web de la Cuenta de Alto Costo, por medio del validador dispuesto para tal fin.

El validador estará abierto hasta las 23:59 horas del 30 de agosto de 2011, hora después de la cual, no se podrá cargar la base de datos. El validador se encuentra en la página web de la CAC

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

- 1. EPS:** Registre el código de la EPS que reporta (los códigos de todas las EPS/EOC, autorizadas por la superintendencia nacional de salud, están disponibles en los archivos operativos de la página Web de la CAC)
- 2. Régimen:** Marque 1 para contributivo, 2 para subsidiado y 3 para subsidios parciales y 4 para régimen de excepción.
- 3. Primer Nombre:** Registrar claramente el primer nombre del paciente
- 4. Segundo Nombre:** Si el paciente no tiene segundo nombre llene con 0 para asegurar que no se trata de un olvido.
- 5. Primer apellido:** Registre claramente el primer apellido del paciente
- 6. Segundo Apellido:** Si el paciente no tiene segundo apellido registre con 0 para asegurar que no se trata de un olvido.
- 7. Tipo de Identificación:** Registre el tipo de identificación. Solamente se deberán contemplar las posibilidades según resolución 890 de 2002.
- 8. Identificación:** Registre el numero de Identificación del paciente. Marque 0 cuando el tipo de ID (variable 7) sea: MS o AS situación que solo puede ocurrir si el paciente es de régimen subsidiado o subsidio parcial.
- 9. Fecha Nacimiento del paciente:** Verifique que el orden de los números sea AÑO/MES/DÍA y el separador sea (/).La fecha de nacimiento no puede ser superior a la fecha de afiliación. Registre el valor con el separador



CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

PROCESO: Cargue de la información–Res 4700/2008
Instructivo para el reporte de información

INFORMACION EPIDEMIOLOGICA	Medición: Junio 30 de 2011	Código: CAC-IEP1-I01
	Fecha de emisión: 30-05-2011	Versión: 00

10. Sexo: Registre F si es femenino, M si es masculino.

11. Dirección de residencia del afiliado: No debe tener más de 50 caracteres no se pueden utilizar puntos, ni la letra Ñ, ni el carácter numeral.

12. Teléfono: Registre un número de teléfono donde se puede contactar al paciente.

13. Código del municipio de residencia del paciente: Verifique que el código del municipio que registre corresponda al de residencia del paciente no el de atención. El código debe tener 5 dígitos donde los dos primeros corresponden al código del departamento del municipio. (Los códigos DANE están disponibles en los archivos operativos de la página Web de la CAC).

14. Fecha de Afiliación a la EPS que reporta: Verifique que el orden de los números sea AÑO/MES/DÍA. y el separador sea (/.) La fecha de afiliación no puede ser inferior a la fecha de nacimiento y debe ser superior a 1995/01/01.

15. Pte con diagnostico de HTA: Registre 1 si el paciente tiene diagnostico de Hipertensión arterial. Registre 0 si el paciente no tiene Hipertensión Arterial. Pacientes con HTA son los que tienen alguno de los diagnostico de HTA definidos por CIE10. (Estos códigos CIE10 de Hipertensión Arterial están disponibles en los archivos operativos de la página Web de la CAC). Cuando la variable 16 y 17 son igual a cero simultáneamente esta variable debe ser igual a 1.

16. Pte con diagnostico de DM: Registre 1 si en paciente tiene diagnostico de Diabetes Mellitus Registre 0 si el paciente no tiene Diabetes Mellitus.

Pacientes con DM son los que tienen alguno de los códigos de diagnostico de Diabetes Mellitus definidos por CIE10 (estos códigos CIE10 de Diabetes Mellitus están disponibles en los archivos operativos de la página Web de la CAC). Cuando la variable 15 y 17 son igual a cero simultáneamente, esta variable debe ser 1.

17. Enfermedad Renal Crónica (ERC): Recuerde que la presencia de Enfermedad Renal Crónica se determina evaluando si hay daño renal funcional o estructural mediante marcadores en sangre, orina o imágenes de acuerdo a lo definido en la Guía de ERC adaptada en Colombia según resolución 3442 de 2006. Todos los pacientes de la base de datos deben traer diligenciada esta variable tanto los que reportan como ERC5, como todos los HTA y DM.


Registre 0 si el paciente no tiene Enfermedad Renal Crónica (o sea que ya fue estudiado y se descarto la ERC). Registre 1 si el paciente si tiene diagnostico de Enfermedad Renal crónica en cualquiera de sus estadios.

Registre 2 en los casos en que el paciente tenga el examen de creatinina pero no se puede establecer si tiene o no tiene ERC porque la TFG ubica al paciente como sano o en estadio 1-2 y no se dispone de otros criterios diagnósticos para aclararlo (definidos en la Guía de ERC adaptada en Colombia según resolución 3442 de 2006), es decir no se ha completado el proceso de estudio definido en Colombia por la GPC de ERC. Registre 3 si el paciente no ha sido estudiado para ERC de acuerdo a la Guía de ERC. Pacientes con ERC son los que tiene alguno de los códigos de diagnostico de Enfermedad Renal Crónica definidos por CIE10 (estos códigos CIE10 de Enfermedad Renal Crónica están disponibles en los archivos operativos de la página Web de la CAC). Cuando las variables 15 y 16 son igual a cero simultáneamente, esta variable necesariamente debe ser igual a 1.

18. Tasa de Filtración Glomerular (TFG): Es de gran utilidad medir la Tasa de filtración glomerular (TFG). Todo paciente con alguna enfermedad con riesgo de daño renal debe ser estudiado de manera obligatoria de acuerdo con lo establecido en la Guía de ERC adaptada en Colombia según resolución 3442 de 2006; por lo tanto, todo paciente con hipertensión y diabetes que se reporte, debe haberse estudiado o estar sujeto a estudio para estadificación.

Registre 0 si el paciente tiene ERC estadio 5 de vieja data y está en diálisis y ya no le miden creatinina ni le calculan TFG.

Regístrele a Todos los demás pacientes el valor calculado de la TFG de según formula de Cockcroft- Gault (adultos) y Schwartz (de 0 a 18 años), según ultima creatinina valida. (Formulas y calculadora, si se requiere, se encuentran disponibles en los archivos operativos de la página web de la CAC)

 <p>CUENTA DE ALTO COSTO Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo</p>	<p>PROCESO: Cargue de la información–Res 4700/2008 Instructivo para el reporte de información</p>	
<p>INFORMACION EPIDEMIOLOGICA</p>	<p>Medición: Junio 30 de 2011</p>	<p>Código: CAC-IEP1-I01</p>
	<p>Fecha de emisión: 30-05-2011</p>	<p>Versión: 00</p>

Para pacientes sin enfermedad renal y con enfermedad renal estadios 1 y 2 se aceptan creatininas hasta de un año antes de la fecha de medición. Para pacientes con enfermedad renal estadios de 3 en adelante se aceptan creatininas hasta de los últimos tres meses antes de la fecha de medición. Recuerde que el valor de la TFG debe concordar con los estadios de ERC reportados, por lo tanto se validara con lo reportado en la variable 19.

Por favor verifique lo siguiente, de lo contrario el registro será rechazado.

Los valores permitidos en este campo van desde 0 a 250. Registre 999 si no tiene creatinina y por lo tanto no puede determinar la TFG.

Si reporto 0 la variable 19 debe ser igual a 5 la variable 29 y 31 deben ser igual a 1 o 0.

Si reporta un valor diferente de cero (0) la variable 17 debe ser igual a 1 o 0.

Si reportó 999, la variable 17 debe ser igual a 3 y la variable 19 igual a 6.

Esta tasa la debe haber calculado el médico que atiende el paciente. Sin embargo, si no es así, la EPS puede hacerlo a partir de la creatinina que tenga el paciente.

19. Estadio de ERC (KDOQI): Registre 0 si el paciente no tiene ERC. Registre 1 si el paciente tiene TFG entre 90mil/min -250mil/min y pruebas clínicas que soportan daño renal según la Guía para ERC. Registre 2 si reportó TFG entre 60 mil/min -89.9mil/min y pruebas clínicas que soportan daño renal según la guía. Registre 3 si reportó TFG entre 30mil/min -59.9mil/min. Registre 4 si reportó TFG entre 15mil/min -29.9mil/min Registre 5 si reportó TFG entre 0mil/min -14.99mil/min. Registre 6 si no tiene reporte de creatinina vigente y no puede obtener la TFG o el paciente no ha sido estudiado o su estudio es incompleto o en curso y no permite establecer un diagnostico.

Recuerde: Si registra 0 en esta variable, debe tener 0 en la variable 17. Si esta variable tiene valores entre 1 y 5 la variable 17 debe ser igual a 1. Si registro 6 la variable 17 debe ser igual a 2 o 3.

DESDE LA VARIABLE 20 HASTA LA 34 SE HACE REFERENCIA SOLAMENTE A LOS PACIENTES REPORTADOS CON ERC5 y TRASPLANTADOS. LOS DEMAS REGISTROS DEBEN REGISTRARSE CON CERO(0) Y SIGA LAS INDICACIONES CUANDO ES UNA VARIABLE EN FORMATO FECHA(0000/00/00)

20. Fecha de diagnostico de ERC estadio 5: Verifique que el orden de los números sea AÑO/MES/DIA y el separador sea (/). Ej.(2000/08/08). Si no se dispone del dato correspondiente al día registre el primer día del mes. Ej: (2000/08/01) Si no se le diagnosticó la ERC5 en la EPS que reporta y no está registrada la fecha, entonces registre (9999/99/99). Registre 0000/00/00 si el paciente no tiene ERC5. Esta variable se requiere para calcular la Incidencia de la ERC5.

Verifique que la fecha de diagnostico de ERC estadio 5 debe ser anterior ó igual a la fecha de inicio de TRR.

21. Terapia de reemplazo Renal (TRR): Se espera que todos los pacientes que tienen ERC estadio 5 estén en alguna de las TRR existentes (Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal, Trasplante o Tratamiento medico no dialítico para estadio 5). Marque 1 si tiene cualquiera de esas TRR. Marque 0 si no tiene ninguna TRR.


Estas TRR son mutuamente excluyentes, elija solo la terapia que mantiene con vida al paciente al momento de la medición independientemente de otras terapias anteriores. No puede tener más de una opción en este campo para el mismo paciente.

Recuerde: Se espera que todos los pacientes ERC5 (variable 19 igual a 5) tengan alguna TRR. Sin embargo, si tiene algún paciente ERC5 que ha firmado alta voluntaria del tratamiento registre cero y en la variable 19 (estadio digite 9).

Todos los pacientes con trasplante funcional deben tener 1 en esta variable, independientemente del valor registrado en la variable 19, el cual puede ser igual a 1, 2, 3, o 4.

Verifique que si registra 1 en esta variable la variable 17 debe ser 1 y la variable 19 debe estar diligenciada con (1,2,3,4) si la variable 24 es mayor a 0 y diligenciada con 5 si la variable 29, 31 y 33 es mayor a 0.

22: Fecha de TRR: Verifique que el orden de los números sea AÑO/MES/DÍA (Ej: 2010/11/05). Se refiere a la fecha en que comenzó por primera vez en la vida la TRR. Si no se dispone del dato correspondiente al día, registre el primer día del mes que registró (Ej: 2010/11/01). Si el paciente no inicio la TRR en la EPS que lo

 <p>CUENTA DE ALTO COSTO Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo</p>	<p>PROCESO: Cargue de la información–Res 4700/2008 Instructivo para el reporte de información</p>	
<p>INFORMACION EPIDEMIOLOGICA</p>	<p>Medición: Junio 30 de 2011</p>	<p>Código: CAC-IEP1-I01</p>
	<p>Fecha de emisión: 30-05-2011</p>	<p>Versión: 00</p>

reporta y no puede conseguirse la fecha, registre 9999/99/99. Registre 0000/00/00 si el paciente no tiene ERC5. Recuerde: Si registra 0000/00/00 en esta variable debe tener 0 en la variable 21.

23. Tasa de filtración glomerular (TFG) a la fecha en que el paciente entro en TRR: Registre el valor de la TFG que el paciente tenía al momento de iniciar la TRR por primera vez en la vida. Este valor debe ser 20 ml/min o menos. Registre 99 cuando el paciente no tiene ERC. Registre 9999 si no se conoce este dato porque el paciente tuvo su primera TRR en una EPS diferente a la que reporta y no está disponible el dato. Verifique que si respondió 99 las variables 17, 19, y 21, deben ser igual a 0. Si respondió un valor menor o igual a 20 mil/min ó 9999, la variable 17 y 21 debe ser igual a 1 y la variable 19 entre 1 y 5.

24. Trasplante: Registre 0 si el paciente nunca ha sido trasplantado. Registre 1 si es un paciente trasplantado (no importa cuando) y lo transplató la EPS que reporta. Registre 2 si es un paciente trasplantado (no importa cuando) y No lo transplató la EPS que reporta.

Recuerde: Si registró 1 o 2 debe tener 1 en la Variable 17, debe tener 1-2-3-4 en la variable 19 y 1 en la variable 21. Las demás TRR las debe tener en 0 (variable 29 = 0, Variable 31 = 0, Variable 33 = 0).

Cuando el paciente es trasplantado y esta en hemodiálisis de adaptación se debe reportar como trasplantado.

25. Código de la EPS que realizo el trasplante. Registrar el código de la EPS que pagó el trasplante. Si no ha sido realizado por la EPS que reporta y se desconoce la entidad que lo realizo registre 99. Si al paciente no se le ha realizado trasplante registre cero (0).

26. Grupo de trasplante: Registre en esta variable el código de Habilitación del grupo de trasplante. (Los códigos de habilitación de los Grupos de Transplante están disponibles en los archivos operativos de la página Web de la CAC). Registre 0, si el paciente No tiene trasplante (variable 24 igual a 0). Registre 99 Si la EPS que reporta no realizó el trasplante ni logra averiguar el grupo trasplante.


Si registró un código verifique que la variable 17 y 24 estén reportadas con 1. Si registró 99, la variable 17 debe ser igual a 1 y la variable 24 debe ser igual a 2. Si reportó 0 la variable 24 debe ser igual a 0.

27. Costo del trasplante: Se registra el costo del trasplante (con las especificaciones dadas en la res 4700/08) solo de los pacientes que fueron trasplantados en los 12 meses anteriores a la fecha de reporte (los demás pacientes trasplantados deben tener 0 en esta variable). En este campo no se debe incluir separadores de miles, se debe utilizar máximo dos (2) decimales separados por punto, excepto cuando el valor reportado sea 0. Solamente se acepta este campo en cero cuando la variable 24=0 la variable 29=1 o 2, o la variable 31= 1 0 2, o la variable 33 =1. Verifique que si registra el costo en esta variable la variable 24 debe ser igual a 1.

28. Costo de la terapia post trasplante: Registre el costo total del tratamiento post-trasplante (con las especificaciones dadas en la resolución 4700/08) desde el 1 de julio de 2010 hasta el 30 de junio de 2011, para Los pacientes que iniciaron terapia postrasplante después del 1 de julio de 2010 cuente el costo incurrido desde el momento de inicio hasta el 30 de junio de 2011. Esta variable aplica para todos los pacientes trasplantados que no hayan tenido fracaso y tengan funcional el trasplante. En este campo no se debe incluir separadores de miles, se debe utilizar máximo dos (2) decimales separados por punto, excepto cuando el valor reportado sea 0. Solamente se acepta este campo en cero cuando la variable 24=0 la variable 29=1 o 2, o la variable 31= 1 0 2, o la variable 33 =1. Verifique que si registra el costo en esta variable la variable 24 debe ser igual a 1 o 2.

29. Hemodiálisis: Registre 1 si el paciente al momento de la medición recibe Hemodiálisis a través de fistula como tratamiento (TRR) de elección para mantener su vida. Registre 2 si el paciente al momento de la medición recibe la Hemodiálisis a través de catéter como tratamiento (TRR) de elección para mantener su vida. Registre 0 si no recibe la hemodiálisis. Verifique que sí registró 1 o 2, debe tener la variable 17 = 1, la variable 19 = 5, la variable 21 = 1 y las demás TRR en 0.

30. Costo Hemodiálisis: Registre el costo total para los pacientes en hemodiálisis según las especificaciones dadas en la resolución 4700/08 desde el 1 de julio de 2010 hasta el 30 de junio de 2011. Para los pacientes que iniciaron hemodiálisis después del 1 de julio de 2010 cuente el costo total desde el momento de inicio hasta el

 <p>CUENTA DE ALTO COSTO Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo</p>	<p>PROCESO: Cargue de la información–Res 4700/2008 Instructivo para el reporte de información</p>	
<p>INFORMACION EPIDEMIOLOGICA</p>	<p>Medición: Junio 30 de 2011</p>	<p>Código: CAC-IEP1-I01</p>
	<p>Fecha de emisión: 30-05-2011</p>	<p>Versión: 00</p>

30 de junio de 2011. En este campo no se debe incluir separadores de miles, se debe utilizar máximo dos (2) decimales separados por punto (.). Este campo no debe estar ni vacío ni con cero. Solamente se acepta este campo en cero cuando la variable 29=0 la variable 31=1 o 2, o la variable 24= 1 0 2, o la variable 33 =1.

31. Diálisis Peritoneal: Registre 1 si el paciente al momento del reporte recibe diálisis peritoneal manual como tratamiento (TRR) de elección para mantener su vida. Registre 2 si recibe diálisis peritoneal automatizada como tratamiento (TRR) de elección para mantener su vida. Registre 0 si no recibe diálisis peritoneal. Verifique que si registro 1 o 2 debe tener Variable 17 = 1, variable 19 = 5, variable 21 = 1 y todas las demás TRR en 0. (variable 24, 29 y 33=0)

32. Costo de la Diálisis peritoneal. Registre el costo total de para los pacientes en diálisis peritoneal según las especificaciones dadas en la resolución 4700/08 desde el 1 de julio de 2010 hasta el 30 de junio de 2011. Para los pacientes que iniciaron diálisis peritoneal después del 1 de julio de 2010 cuente el costo total desde el momento de inicio hasta el 30 de junio de 2011-En este campo no se debe incluir separadores de miles, se debe utilizar máximo dos (2) decimales separados por punto (.), excepto cuando el valor reportado sea 0. Verifique que si registra el valor la variable 31 es igual a 1 o 2 y las demás TRR (variable 24, 29 y 33 =0). Este campo no debe estar ni vacío ni con cero. Solamente se acepta este campo en cero cuando la variable 31=0, la variable 29=1 o 2, o la variable 24= 1 0 2, o la variable 33 =1.

33. Terapia de la ERC estadio 5 con TTO medico: El tratamiento médico que se considera TRR es el que recibe un paciente ERC5 (los demás estadios no son objeto de este tto). Es un programa estructurado con actividades programáticas específicas y un equipo multidisciplinario liderado por nefrólogo, para retardar el paso a la diálisis el mayor tiempo posible. Si no se tiene este tipo de servicio, no deben registrarse pacientes ERC5 en este tipo de TRR. Registre 1 si el paciente tiene ERC 5 y recibe este TRR. Registre 0 si no recibe esta TRR. Verifique que si registró 1 debe tener la variable 17 = 1, la variable 19 = 5, la variable 21 = 1 y en las demás TRR 0. (variable 24, 29 y 31)

34. Costo del Tratamiento de ERC5 no dialítico: Registre el costo total de para los pacientes en tratamiento medico no dialítico según las especificaciones dadas en la resolución 4700/08 desde el 1 de julio de 2010 hasta el 30 de junio de 2011. Para los pacientes que iniciaron tratamiento medico no dialítico después del 1 de julio de 2010 cuente el costo total desde el momento de inicio hasta el 30 de junio de 2011. En este campo no se debe incluir separadores de miles, se debe utilizar máximo dos (2) decimales separados por punto (.), excepto cuando el valor reportado sea 0. Este campo no debe estar ni vacío ni con cero. Solamente se acepta este campo en cero cuando la variable 33=0, la variable 24= 1 0 2, variable 29=1 o 2, o la variable 31 =1 o 2.

DESDE LA VARIABLE 35 HASTA LA 38 SE HACE REFERENCIA A TODOS LOS PACIENTES REPORTADOS CON HTA, DM Y/O ERC.

35. Nombre de la IPS: Nombre de la IPS que atiende regularmente al paciente para el manejo de su patología de mayor severidad (HTA, DM o ERC). Si tiene ERC la IPS que le suministra la TRR correspondiente. Registre el nombre completo y fiel de la IPS y siempre de manera igual.

36. Municipio de la IPS (código DANE): Registre en código del municipio de la IPS que atiende al paciente. Verifique que el código tenga 5 dígitos donde los dos primeros corresponden al código del departamento donde queda el municipio. (Los códigos DANE están disponibles en los archivos operativos de la página Web de la CAC)

37. Dirección de la IPS: Dirección de la IPS que atiende regularmente al paciente para el manejo de su patología de mayor severidad (HTA, DM o ERC). Si tiene ERC la dirección de la IPS que le suministra la TRR correspondiente No debe tener más de 50 caracteres. No se debe utilizar caracteres especiales (Ej. Puntos, comas, letra Ñ, carácter numeral (#), tabulaciones, guiones, etc)

38. Teléfono de la IPS: Registre el número de teléfono de contacto de la IPS que atiende regularmente al paciente para el manejo de su patología de mayor severidad (HTA, DM o ERC). Si tiene ERC el teléfono de la IPS que le suministra la TRR correspondiente.



CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

PROCESO: Cargue de la información–Res 4700/2008
Instructivo para el reporte de información

INFORMACION EPIDEMIOLOGICA	Medición: Junio 30 de 2011	Código: CAC-IEP1-I01
	Fecha de emisión: 30-05-2011	Versión: 00

LAS VARIABLES 39-44 SOLO APLICAN PARA PACIENTES EN DIALISIS. SI EL PACIENTE TIENE OTRO TIPO DE TRR o HTA Y/O DM EN ESTADIO MENOR A 5 REGISTRE CERO (0)

39. Hemoglobina: Se refiere a la hemoglobina del último mes tomada antes de la diálisis. Este valor debe estar entre 3 y 23 (g/dl). Verifique que los valores que registra se encuentran en este rango y que las variables 17, 21 tienen registro = 1, la variable 29 y 31 debe ser 1o2.

40. Albumina: Se refiere al valor del último trimestre. Este valor debe estar entre 0.5 a 10(g/dl). Verifique que los valores que registra se encuentran en este rango y si reporta alguno de los valores permitidos las variables 17 y 21 debe ser igual a 1 la variable 29 y 31 debe ser 1o2.

41. Kt/V Si el paciente está en hemodiálisis se refiere a " single pool" del último mes, página 120 de la Guía de ERC adaptada en Colombia según resolución 3442 de 2006. Si el paciente está en diálisis peritoneal se refiere a Ktv/dpd del último cuatrimestre. Este valor debe estar entre 0.5 y 4.5 (kt/v). Verifique que los valores que registra se encuentran en este rango y si reporta alguno de los valores permitidos las variables 17 y 21 debe ser igual a 1 la variable 29 y 31 debe ser 1o2.

42. Calcio: Se refiere al valor del último mes. Este valor debe estar entre 0.4 y 14 (mg/dl). Verifique que los valores que registra se encuentran en este rango y si reporta alguno de los valores permitidos las variables 17 y 21 debe ser igual a 1 la variable 29 y 31 debe ser 1o2.

43. Fosforo: se refiere al valor del último mes. Este valor debe estar entre 0.1 y 12 (mg/dl). Verifique que los valores que registra se encuentran en este rango y si reporta alguno de los valores permitidos las variables 17 y 21 debe ser igual a 1 la variable 29 y 31 debe ser 1o2.

44. Peritonitis (Hace referencia solamente a la Infecciosa) y se cuenta el número de veces en los últimos 12 meses. Verifique que si registra un numero diferente de cero (0) las variables 17, 21 deben ser igual a 1 y la variable 31 debe ser igual a 1 ó 2. Registre 999 si el paciente está en diálisis peritoneal (variable 31 igual a 1 o 2 pero se desconoce si ha presentado peritonitis).

LAS VARIABLES 45 A 48 APLICAN PARA TODOS LOS PACIENTES REPORTADOS

45. Novedad: Todo paciente reportado en esta base de datos debe tener diligenciado este campo con alguna de las alternativas definidas en la resolución 4700/08. Solamente se permiten los valores de 0 a 8. Verifique muy bien cada registro y aplique la novedad correspondiente. Tenga en cuenta que para la aplicación de la resolución 4917 solo se tienen en cuenta los pacientes con ERC 5 reportados vivos y activos afiliados a la EPS en la fecha de la medición de 30 de junio 2011.

46. Código EPS de origen. Registre el código de la EPS en donde estaba afiliado el paciente antes de trasladarse a la EPS que reporta. Aplica solamente para los pacientes cuya novedad es 7 en la variable 45, es decir que se afilio a la EPS durante el periodo de reporte. En los demás pacientes se registra con cero. **Si desconoce el código o el paciente anteriormente estaba con el ente territorial digite**

47. Tiempo de prestación de servicios: Hace referencia al número de meses que desde el 1 de julio de 2010 a 30 de junio de 2011 el paciente efectivamente recibió los servicios que reportó la EPS. Debe ser entre 01 y 12 meses.(verifique que si el tiempo es inferior a 10 meses, se registre con el 0 antes del digito correspondiente, es decir 01,02,03,...09)

48. Costo Total: Se registra el costo total de cada paciente en los diferentes tipos de terapia renal o tratamientos que haya recibido en el periodo desde el 1 de julio de 2010 hasta el 30 de junio de 2011 según especificaciones dadas en la resolución 4700/08 .Este dato debe registrarse y no debe venir en cero.