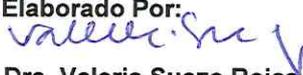
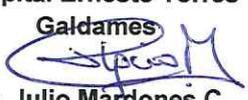
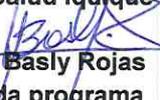


**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED  
DIABETES MELLITUS 2  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
2018-2021**

<p><b>Elaborado Por:</b>    <b>Dra. Valeria Suazo Rojas</b>          Endocrinología          Hospital Ernesto Torres          Galdames    <b>Dr. Julio Mardones C</b>          Médico EDF          Cesfam Cirujano Guzmán    <b>Dr. José Luis Lineros</b>          Médico EDF          Cesfam Cirujano Aguirre</p>	<p><b>Revisado Por:</b>    <b>Dra. Paloma Ly Sánchez</b>          Encargada R y CR          Servicio Salud Iquique    <b>E.U. Nury Basly Rojas</b>          Encargada programa          cardiovascular          Servicio Salud Iquique    <b>Yukiko Kuwahara A.</b>          Encargada de Calidad          Servicio Salud Iquique</p>	<p><b>Aprobado Por:</b>    <b>Patricia Quintard Rojas</b>          Directora (s)          Servicio Salud Iquique</p> 
<p><b>Fecha elaboración:</b> Septiembre 2018</p>	<p><b>Fecha revisión:</b> Septiembre 2018</p>	<p><b>Fecha Aprobación:</b> Octubre 2018</p>



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED  
DIABETES MELLITUS 2  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-END-007

Edición: Primera

Fecha: Octubre 2018

Página 2 de 20

Vigencia: 3 años

## INDICE

DECLARACIÓN CONFLICTOS DE INTERÉS.....	3
MAPA DE RED .....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	5
ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN.....	5
RESPONSABLES.....	5
DEFINICIONES.....	7
DESARROLLO.....	8
FUJOGRAMA.....	14
PLAN DE DIFUSIÓN.....	15
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	15
ANEXOS.....	17

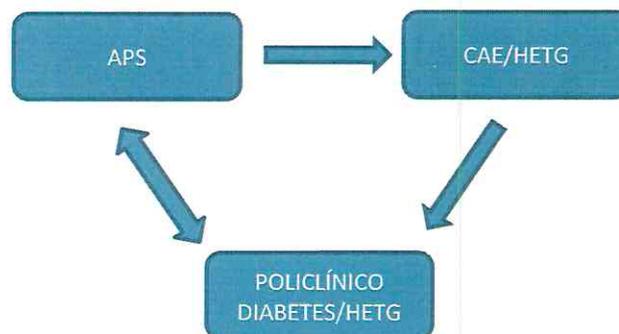
## 1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores del siguiente protocolo declaran no presentar conflictos de interés.

## 2. GLOSARIO DE TERMINOS

- DM2: Diabetes Mellitus tipo 2
- HETG: Hospital Ernesto Torres Galdames
- APS: Atención Primaria de Salud
- PTGO: Prueba de Tolerancia a la Glucosa Oral
- HGO: Hipoglicemiantes Orales
- CV: Cardiovascular
- HbA1c: Examen de Hemoglobina Glicosilada
- IMC: Índice de Masa Corporal
- FO: Fondo de Ojo
- ECG: Electrocardiograma
- R A/C: Relación albumina/creatinina (Microalbuminuria)
- IGO: Intolerancia a la Glucosa Oral
- SOP: Síndrome de Ovario Poliquístico

## 3. MAPA DE RED





**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED  
DIABETES MELLITUS 2  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-END-007

Edición: Primera

Fecha: Octubre 2018

Página 4 de 20

Vigencia: 3 años

#### 4. INTRODUCCIÓN.

La diabetes mellitus (DM) es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, resultante de la alteración de la secreción de insulina, la acción de la insulina, o ambas. Es una enfermedad compleja, en la que los problemas de salud de tipo crónico multisistémico que provoca a largo plazo son más importantes que los episodios agudos ocasionales de deficiencia absoluta o relativa de insulina, tales como la hiperglucemia, la cetoacidosis diabética o la hipoglucemia. La enfermedad está muy relacionada con la existencia de comorbilidades y complicaciones crónicas producidas como consecuencia de la degeneración vascular y que pueden ser macrovasculares, microvasculares o mixtas. Las complicaciones macrovasculares incluyen la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardíaca y la enfermedad vascular cerebral y periférica. Entre las complicaciones microvasculares se encuentran la retinopatía, la neuropatía y la nefropatía diabéticas. Asimismo, también son comunes las complicaciones mixtas, de origen tanto macro como microvascular, como el pie diabético y la disfunción eréctil.

La presencia de complicaciones eleva sustancialmente tanto la mortalidad como los costes asociados al manejo de la enfermedad, en tanto que aumentan los recursos sanitarios utilizados, elevan el riesgo de hospitalizaciones y producen estancias más largas. Además, genera importantes pérdidas laborales como consecuencia de la morbimortalidad generada. Se calcula que un paciente con diabetes consume entre 2 y 6 veces más recursos sanitarios directos que los pacientes del mismo sexo y edades similares pero con otras enfermedades crónicas. A nivel mundial, se estima que los costes sanitarios debidos a la DM ascendieron a 548 mil millones de dólares en 2013 (un 11% del gasto sanitario total en adultos).

El último reporte emitido por la OMS sobre el perfil de Chile (2016) para la DM, muestra una tasa de prevalencia de 11,4% mayor en mujeres que en hombre (12 vs 10,7), con una mortalidad proporcional (% de todas las muertes, de todas las edades) de 3% a causa de la DM.



**PROCOLO  
DIABES MELLITUS 2  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-END-007

Edición: Primera

Fecha: Octubre 2018

Página 5 de 20

Vigencia: 3 años

## **5. OBJETIVOS.**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Establecer criterios estandarizados de manejo, derivación y priorización de pacientes, mejorando la pertinencia de la referencia y contrarreferencia entre los niveles primario y secundario de la red asistencial de la Región de Tarapacá, dependiente del Servicio de Salud Iquique.
- Establecer un proceso normado de diagnóstico y manejo de la DM2, con una integración y coordinación eficaz entre los tres niveles de atención de la red asistencial regional.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Entregar criterios de diagnóstico, manejo y derivación oportuna frente a pacientes con DM2, exceptuando embarazadas

## **6. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.**

El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), Servicios de urgencia rural (SUR), Servicios de atención primaria de Urgencia (SAPU), Centros de salud familiar (CESFAM), Consultorio adosado de especialidades (CAE-HETG) del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames y Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH-HETG), respectivamente.

## **7. RESPONSABLES.**

### **7.1.- RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN**

- Médico APS es responsable de pesquisar, tratar las patologías de manejo en APS y derivar de forma oportuna las patologías que requieran de estudio y manejo por especialista.



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED  
DIABETES MELLITUS 2  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-END-007

Edición: Primera

Fecha: Octubre 2018

Página 6 de 20

Vigencia: 3 años

- Médico especialista es responsable de realizar estudio diagnóstico e iniciar tratamiento y seguimiento, según corresponda.
- Médico especialista es responsable de realizar la contrarreferencia a APS, si corresponde.

**7.2.- RESPONSABLES DE SU EVALUACIÓN**

- Médico interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Médico interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia e informar al Jefe del CAE y velar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.
- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y se definan acciones de mejora.

## 8. DEFINICIONES.

- **Diabetes Mellitus 2:** Enfermedad metabólica caracterizada por hiperglicemia, resultante de la alteración de la secreción de insulina, la acción de la insulina, o ambas.

- **Criterios diagnósticos:**

1. **Glicemia en ayuna  $\geq 126\text{mg/dl}$**  (Debe confirmarse con una segunda glicemia, en un día diferente). *El ayuno se define como la no ingesta calórica por lo menos de 8 horas*
2. **Glicemia  $\geq 200\text{mg/dl}$  durante la prueba de tolerancia a la glucosa.** La PTGO debe realizarse como lo indica la OMS, con una carga de glucosa que contiene el equivalente de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua
3. Paciente con **síntomas clásicos** (polidipsia, poliuria, polifagia o baja de peso) y una **glicemia al azar  $\geq 200\text{ mg/dl}$ .**

- **Población de alto riesgo para desarrollar diabetes:**

- Todo sujeto mayor de 45 años.
- Menores de 45 años con sobrepeso ( $\text{IMC} \geq 25$  IMC) con uno o más de los siguientes factores de riesgo:
  - Parientes de primer grado diabéticos (padres, hermanos)
  - Mujer con antecedente de hijos macrosómicos ( $\geq 4\text{ Kg}$ ) o historia de diabetes gestacional.
  - Sedentarismo
  - Hipertensos ( $\geq 140/90\text{ mmHg}$ )
  - Col HDL  $\leq 35\text{ mg/dl}$  y/o triglicéridos  $\geq 250\text{ mg/dl}$
  - Examen previo con intolerancia a la glucosa.
  - Estados de insulinoresistencia. (SOP, Acantosis Nigricans)
  - Historia de enfermedad cardiovascular.



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED  
DIABETES MELLITUS 2  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-END-007

Edición: Primera

Fecha: Octubre 2018

Página 8 de 20

Vigencia: 3 años

## 9. DESARROLLO.

### 9.1 MANEJO CLINICO DE LA DM2 EN APS

Desde su diagnóstico el paciente debe ser incorporado al Programa de salud Cardiovascular y controlado por el equipo de profesionales constituidos en el lugar (Médico, Enfermera, Nutricionista, Podóloga, Dentista)

Este incluirá consejería hacia la mejora de estilos de vida saludable, control médico inicial con FO, ECG, Riesgo CV, Riesgo de Pie Diabético y revisión de exámenes según corresponda.

La evaluación de pie diabético será con médico al ingreso del programa, luego los controles serán realizados por Enfermería quién citará con médico cuando se pesquise pie de alto riesgo para su manejo.

#### ***Exámenes de ingreso para DM2***

1. Hematocrito
2. Glicemia
3. Perfil lipídico
4. Creatinina plasmática
5. Uricemia
6. Electrolitos plasmáticos
7. Orina completa
8. Electrocardiograma (Anual)
9. Razón albuminuria creatinuria (R A/C)
10. HbA1c
11. Fondo de ojo (Anual\*) .

*\*En pacientes DM2 compensados, con fondo de ojo normal, se recomienda repetir cada 2 años (Orientación técnica del PSCV 2017)*

#### ***9.1.1 Medidas higiénico-dietéticas:***

1. ***Ejercicio.*** Mejora el control de la glucemia, reduce los factores de riesgo cardiovascular, ayuda a la pérdida de peso y contribuye a la sensación de bienestar. Se recomienda 30 minutos al día o al menos 150 minutos a la semana de ejercicios aeróbicos llegando al 50-70% de la frecuencia cardíaca máxima.
2. ***Abstinencia al tabaco.***
3. ***Terapia Nutricional:*** En DM2, la terapia nutricional puede reducir la Hb1Ac entre un 0,5 a 2%. Es necesario el control con Nutricionista para educar y controlar el

conteo de Hidratos de Carbono. La cantidad recomendada de porciones se basa en su peso, nivel de actividad, medicamentos para la diabetes y objetivos que se ha propuesto respecto a sus niveles de glucosa en la sangre. Generalmente se recomienda:

- 45-60 gramos de carbohidratos en cada comida
- 15-20 gramos en cada refrigerio

	Favorecer	Reducir/Evitar
<b>Hidratos de carbono</b>	Bajo índice glucémico: Vegetales, frutas, cereales integrales, legumbres	Alto índice glucémico: Dulces, refrescos azucarados, bollería y cereales azucarados, frutas con alto contenido en azúcar
<b>Grasa</b>	Aceite de oliva virgen extra, aguacate, frutos secos, pescado azul, huevos (puede consumirse 1 huevo diario)	Grasas saturadas: <7%; Grasas trans: <1% Colesterol <300 mg/día
<b>Proteínas</b>	Proteína vegetal: legumbres, soja, quinoa, seitán, frutos secos... Proteína animal: sobre todo pescado, marisco, huevos y lácteos desnatados. Elegir preferentemente carnes magras.	↓ proteínas en insuficiencia renal moderada-grave (0.6-0.8 g proteína/kg/día si FG < 30 ml/min/1.73 m <sup>2</sup> ) pero no en terapia renal sustitutiva
<b>Fibra</b>	Ingesta diaria de frutas y verduras	Fruta en zumo [especialmente zumos industriales]
<b>Alcohol</b>		↑ aporte calórico dieta, ↑ hipoglucemia : reducir a <15 gr en mujeres (1 UBE) o <30 g en varones (2 UBE)

### 9.1.2 Tratamiento farmacológico

Junto con las medidas no farmacológicas se recomienda iniciar Metformina, sobretodo en pacientes con Sobrepeso. Actualmente en APS tenemos 2 hipoglucemiantes orales (Metformina y Glibenclamida) e Insulina intermedia (NPH)

Se sugiere control luego de 3 meses de tratamiento y re-evaluar hasta optimizar las dosis oral.

#### **Metas de control de HbA1c en personas de 65 años y más**

Estado del paciente	HbA1c
Saludable, independiente	7-7,5 %*
Frágil	<8 %
Estado de salud muy complejo	<8,5 %**

*\*Puede considerarse una meta menor en pacientes saludables, con expectativa de vida más de 10 años, sin tendencia a hipoglicemia y la meta se logre con terapia simple y con uso de fármacos con bajo riesgo de hipoglicemia.*

*\*\*En paciente con cuidados al fin de la vida solo evitar hiperglicemia sintomática*

Con HbA1c > a 9, preferir la asociación Metformina con Insulina NPH de uso Nocturno.  
(al acostarse después de cenar, en lo posible 22:00 a 23:00 hrs) iniciando dosis de 0,1 a 0,2 U/kg o 10UI

Si sobrepasa las 0,2 U/kg nocturna, se debe dividir la dosis, colocando en la mañana 2/3 y 1/3 en la noche. Con un máximo de dosis diaria de Insulina NPH de 1UI/ kg.

Para realizar seguimiento y dosificación ajustada de Insulina NPH se sugiere control con HGT seriado (Ayunas y Postpandriales) al menos 14 días del cambio de dosis hasta llegar a niveles aceptables de glicemia:

- Promedio en Ayuna < 140
- Promedio Post-Pandrial < 180

*Se recomienda ajustar entre un 10-20% la dosis anterior de Insulina NPH*

**Efecto hipoglicemiante de los fármacos  
utilizados en el tratamiento de la DM 2<sup>104</sup>**

Drogas	HbA1c (%)
Sulfonilureas	1,0 – 2,0
Metformina	1,0 – 2,0
Inhibidores glucosidasas	0,5 – 0,8
Glitinidas	0,5 – 1,5
Glitazonas	0,5 – 1,4
Análogos del GLP-1	0,5 – 1,0
Inhibidores de la DPP- 4	0,5 – 0,8

Se debe pesquisar factores psicosociales en pacientes descompensados o con mala adherencia al tratamiento, para ello se sugiere la derivación a Dupla Psicosocial o atención individualizada con los profesionales según corresponda.

**9.2 Derivación de pacientes desde APS a Policlínico Diabetes del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:**

- Previo a derivación a nivel secundario paciente debe haber sido educado por nutricionista y enfermera y debe tener realizado estudio de daño órgano blanco.
- Paciente controlado continuamente, con adherencia alta al régimen, sin focos descompensantes, con medicación oral a dosis máxima e Insulina NPH hasta 1 UI/Kg, en los que no se logre objetivos glicémicos ni de Hb1Ac en un periodo razonable

- Pacientes con daño de órgano blanco, Insuficiencia Cardíaca III o IV, IRC IV o mayor, Pie diabético refractario a tratamiento
- Paciente con Insulina NPH que a pesar de no estar en dosis máxima es inestable, es decir, tendencias a hipoglicemias moderadas a severas ante pequeños y sucesivos ajustes

**Exámenes que debe solicitar el médico APS previo a la derivación a policlínico diabetes.**

- Hematocrito
- Glicemia
- Perfil lipídico
- Creatinina plasmática
- Uricemia
- Electrolitos plasmáticos
- Orina completa
- Electrocardiograma (En caso alterado)\*
- Razón albuminuria creatinuria (R A/C)
- HbA1c (últimas 2 registradas)
- Fondo de ojo

\*El paciente debe contar además con estrategias de tamizaje acorde a edad, sexo y factores de riesgo: Espirometría, Mamografía, PAP, Ecografía Abdominal, etc. Sin embargo, la falta de este resultado no condicionara el rechazo de la SIC.

**9.2.1 Documentos emitidos por el médico tratante de APS:**

El médico de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) que contenga:

- Datos del paciente (nombre, Rut, edad).
- Tipo y años desde el diagnóstico de DM2. Presencia de comorbilidades
- Tratamiento indicado: Fármaco y dosis
- Exámenes realizados en APS
- Descartar etiologías de descompensación como: Infecciones agudas, adherencia al tratamiento, cumplimiento a régimen alimenticio, etc...
- Identificación de complicaciones crónicas presentes con FO y ECG
- Nombre y Rut del profesional.



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED  
DIABETES MELLITUS 2  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-END-007

Edición: Primera

Fecha: Octubre 2018

Página 12 de 20

Vigencia: 3 años

**9.3 Conducta a seguir por parte del médico especialista:**

- Evaluación clínica completa.
- Exámenes complementarios de ser necesarios.
- Plan de tratamiento.
- Seguimiento.
- Trabajo multidisciplinario y derivación a otras especialidades según se requiera.
- Contrarreferencia.

**9.4 Contrarreferencia y documentos emitidos por el médico especialista tratante desde el nivel secundario a la APS.**

- El médico especialista contrarreferirá a aquellos pacientes estabilizados o que cumplan con criterios para manejo en APS.
- Todo paciente evaluado en la atención secundaria, debe ser referido por el médico especialista, mediante el Formulario de Contrarreferencia (Anexo 4).

**9.5 CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN**

- **URGENCIA (24—72 HRS)**
  - Descompensación de hiperglicemia (cetoacidosis) o hipoglicemias sintomáticas derivar a SAPU o Urgencias
- **PRIORIDAD ALTA (2 – 10 DÍAS)**
  - Sospecha de DM1
- **PRIORIDAD NORMAL (Máximo 90 días)**
  - Resto de los casos



**PROTOCOLO  
DIABES MELLITUS 2  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-END-007

Edición: Primera

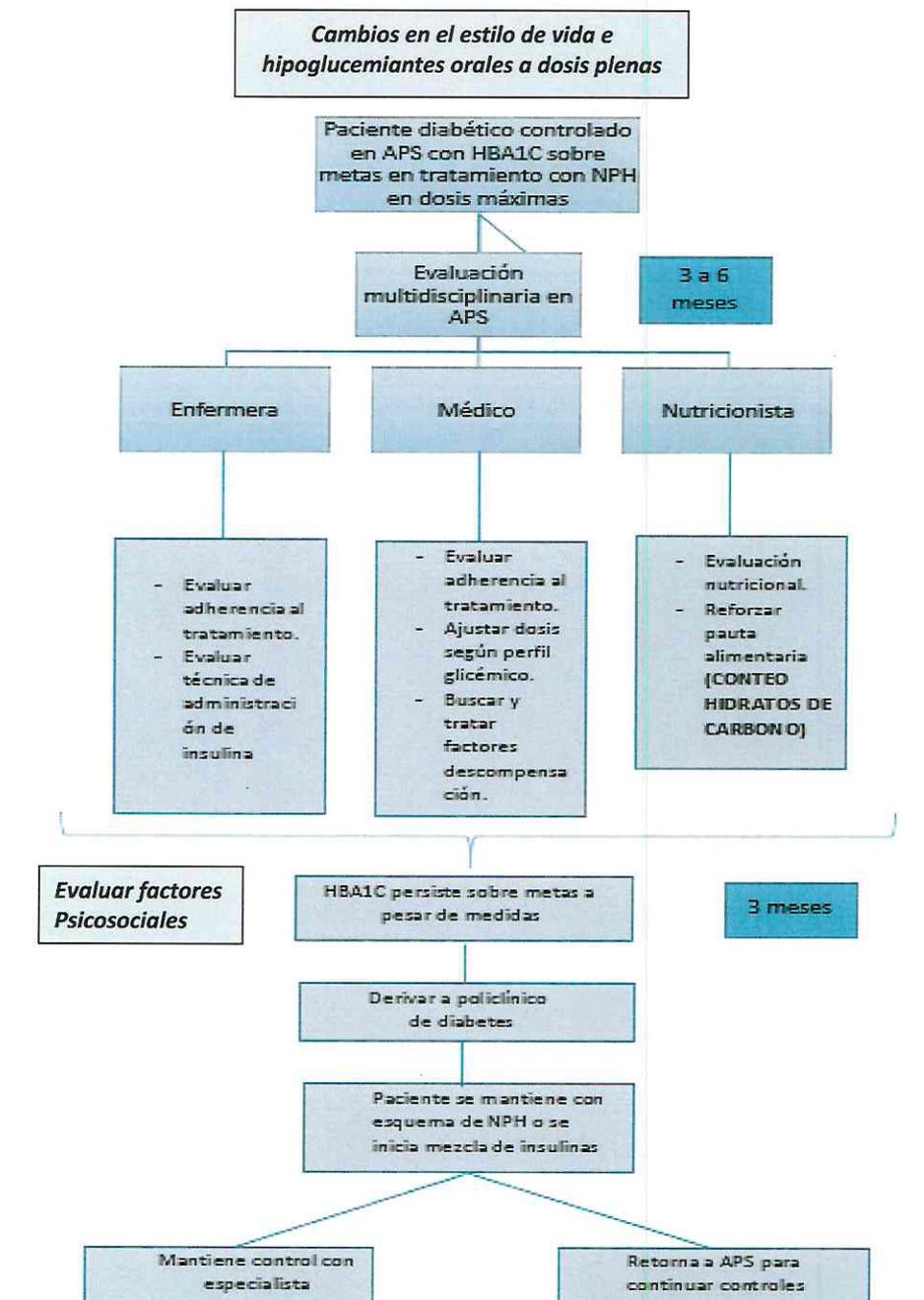
Fecha: Octubre 2018

Página 13 de 20

Vigencia: 3 años

COMPLICACIONES DIABETES	CRITERIOS DE REFERENCIA	ESPECIALIDAD
<b>Nefropatía diabética</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Albuminuria, a pesar del uso de algún antiproteinúrico por 3-6 meses:<ul style="list-style-type: none"><li>No reduce 30-50% RAC o</li><li>RAC <math>\geq</math> 300 mg/g</li></ul></li><li>VFGe <math>&lt;</math> 30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> por más de 3 meses y/o caída VFGe <math>&gt;</math> 10% anual.</li></ul>	<b>NEFROLOGÍA O MEDICINA INTERNA</b>
<b>Retinopatía diabética</b>	Sospecha de retinopatía diabética diagnosticada con fondo de ojo alterado.	<b>OFTALMOLOGÍA</b>
<b>Pie diabético</b>	Pie diabético ulcerado con infección severa y/o progresiva (Refractario a manejo en APS según norma) Artropatía de Charcot (emergencia médica) Enfermedad arterial periférica severa Dolor en reposo y/o nocturno	<b>POLI PIE DIABÉTICO</b>
<b>Macroangiopatía</b>	Sospecha o evidencia de enfermedad coronaria. Enfermedad cerebro vascular (ACV/AIT) Enfermedad arterial (Aorta, arterias renales, carótidas y arterias periféricas)	<b>SERVICIO DE URGENCIA, CARDIOLOGÍA O CIRUGÍA VASCULAR SEGÚN CORRESPONDA</b>
<b>Neuropatía Diabética</b>	Sospecha de Neuropatía diabética en pacientes sintomáticos, en lo posible consignar test de monofilamento.	<b>NEUROLOGÍA</b>

**10. FLUJOGRAMA: Manejo integral paciente Diabético**



## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- *Guía Clínica MINSAL 2010*
- *Tratamiento de los factores de riesgo vascular, diabetes, hipertensión arterial y tabaquismo, "J. Abellán Alemán; L. López Penabad; M. Leal Hernández; R. Andrés Navarro"*
- *UMHS Management of Type 2 Diabetes Mellitus, September 2012*
- *Diabetes Care Volume 37, Supplement 1, January 2014*
- *Organización Mundial de la Salud – Perfiles de los países para la diabetes, 2016*
- *Orientación técnica Programa de Salud Cardiovascular 2016*
- *Guía de Práctica Clínica, Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus tipo 2, 2016 – 2017, MINSAL.*

## 12. PLAN DE DIFUSION

La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollara paulatinamente a lo largo del año, con el fin máximo de que todos los integrantes de la red de salud tengan conocimiento de la estructura y plan de acción de la patología aquí expuesta.

Con el fin realizar un plan de difusión e implementación se realizaran las siguientes actividades:

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del servicio de salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
- Se realizara una primera reunión con médicos interfaces de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Reuniones mensuales para realizar seguimiento de implementación del protocolo.
- Se realizara en Diciembre una auditoria para evaluar la correcta implementación del protocolo
- Se realizara una nueva revisión y actualización del protocolo en mayo del 2021.
- Se realizaran actualizaciones o modificaciones previas en caso de ser necesario y según acuerdos de la Red Asistencial.



**PROCOLO RESOLUTIVO EN RED  
DIABETES MELLITUS 2  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-END-007

Edición: Primera

Fecha: Octubre 2018

Página 16 de 20

Vigencia: 3 años

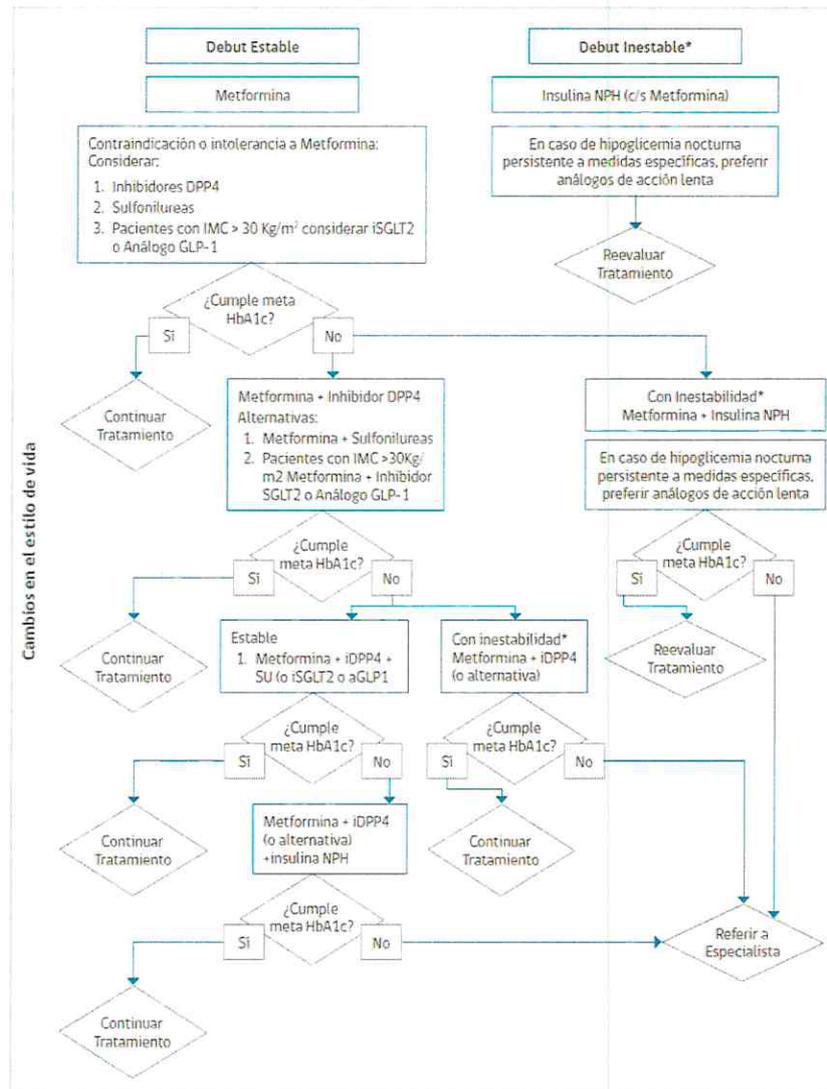
**NOTA:** En base a nueva guía de práctica clínica, de tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2, MINSAL 2016- 2017. Se realiza reunión de policlínico diabetes y éste Servicio de Salud y respecto a la incorporación de nuevos fármacos se llega al siguiente acuerdo (imagen extraída de Acta de Reunión del día 11 de Abril 2018)

**Consenso:** En esta reunión se determina que en Protocolo de Diabetes se debe incorporar el flujograma de manejo farmacológico de pacientes con DM2, emanado por MINSAL 2017, sin embargo, se debe destacar en protocolo que la compra no cuenta con respaldo financiero desde MINSAL ni otros organismos, por lo que debe indicarse en pacientes seleccionados según criterios emitidos en guía clínica y debe ser autofinanciado por los pacientes a los que se les indique.

Cualquier acuerdo de la Red Asistencial o cambio en el sistema de financiamiento de estos fármacos, será indicado en una modificación del protocolo la cuál puede ser realizada en cualquier momento del año en curso o los venideros, recordar que el protocolo tiene una vigencia de 3 años desde su fecha de resolución, no obstante cualquier nuevo acuerdo de red, respecto a prestaciones, lo hace susceptible de modificación.

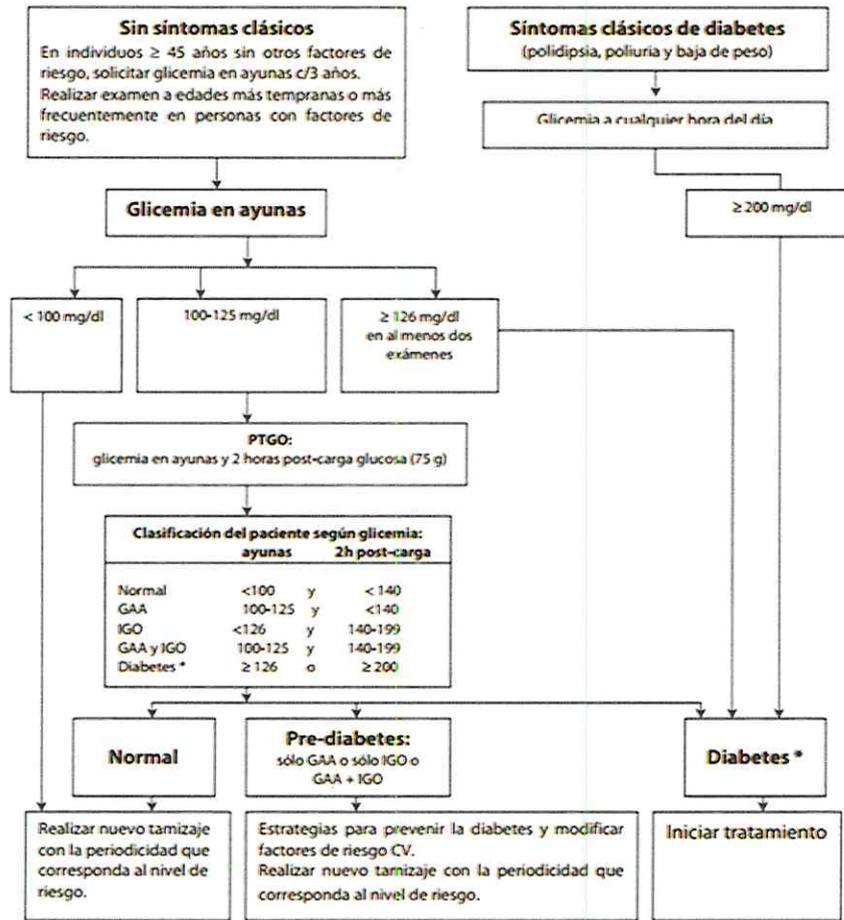
**13. ANEXO 1: Flujograma de tratamiento farmacológico en DM2**

Algoritmo



\*Debut Inestable/Inestabilidad: Sintomático (poliuria, polidipsia, baja de peso) y Glicemia >300 mg/dL o HbA1c >9%.

**ANEXO 2: Flujograma diagnóstico Diabetes Mellitus**







**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED  
DIABETES MELLITUS 2  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-END-007

Edición: Primera

Fecha: Octubre 2018

Página 20 de 20

Vigencia: 3 años

**ANEXO 4 “DOCUMENTO DE CONTRARREFERENCIA”**

SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
HOSPITAL REGIONAL DR. E. TORRES GALDAMES  
CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES

**Policlínico de Diabetes  
Contrarreferencia a Atención Primaria de Salud**

Nombre:

Rut:

Edad:

Ficha:

Teléfono/celular:

Dirección:

CESFAM:

**Diagnóstico:**

**Exámenes:**

- Glicemia/ HBA1c:
- Perfil renal: Creatinina, nitrógeno ureico, Ac. Úrico.
- RAC
- Orina completa:
- P. Hepáticas:
- Otros:

**Observaciones:**

**Indicaciones:**

- Control según guía GES
- Próximo control con especialista en \_\_\_\_\_ meses.

/ /

\_\_\_\_\_  
Fecha  
Médico/firma/timbre