**ESTÁNDARES DE COMPETENCIA PARA LA FORMACIÓN DEL MÉDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONAREME** | **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA No. 1** | **VERSIÓN 1**  **FECHA DE APROBACIÓN: 17-02-2012** |
| **TÍTULO DEL ESTÁNDAR DE COMPETENCIA.** | 1. Realizar acciones dirigidas a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades del paciente adulto o adulto mayor, **de acuerdo a las guías técnicas vigentes o evidencias científicas actuales.** | |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA/CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES.** | * 1. Realizar acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) relacionadas con la promoción de la salud del paciente adulto o adulto mayor. | |
| * 1. Realizar acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) relacionadas con la prevención de enfermedades del paciente adulto o adulto mayor. | |

| **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA 1:**  Realizar acciones dirigidas a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades del paciente adulto o adulto mayor, **de acuerdo a las guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | **CRITERIOS DE DESEMPEÑO** | **CONOCIMIENTOS ESENCIALES** | **RANGO DE APLICACIÓN** | **EVIDENCIAS REQUERIDAS** |
| * 1. Realizar acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) relacionadas con la promoción de la salud del paciente adulto o adulto mayor. | 1. El Plan de IEC incluye acciones de promoción de la salud paciente adulto o adulto mayor. 2. Las acciones de IEC son ejecutadas de acuerdo a un plan, dentro y fuera del establecimiento de salud a través de acciones de información grupal. | 1. Acciones para la promoción de la salud del paciente adulto o adulto mayor, según guías vigentes (a y b) 2. Elaboración de planes de IEC (a) 3. Acciones de información grupal para IEC dirigida a la promoción de la salud del paciente adulto o adulto mayor (a y b) | **SEDE DE**  **APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consultorio externo. * Hospitalización. * Área de influencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de cotejo y observación directa de la ejecución de acciones de IEC para la promoción de la salud del paciente adulto o adulto mayor.  **CONOCIMIENTOS:**  Prueba escrita acerca de acciones de IEC para la promoción de la salud del paciente adulto o adulto mayor.  **PRODUCTO:**  Informe de la ejecución de acciones de IEC para la promoción de la salud del paciente adulto o adulto mayor. |
| * 1. Realizar acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) relacionadas con la prevención de enfermedades del paciente adulto o adulto mayor | 1. El Plan de IEC incluye acciones de prevención de enfermedades del paciente adulto o adulto mayor. 2. Las acciones de IEC son ejecutadas de acuerdo a un plan, dentro y fuera del establecimiento de salud a través de acciones de información grupal. | 1. Acciones para la prevención de enfermedades del paciente adulto o adulto mayor (a y b) 2. Elaboración de planes de IEC (a) 3. Acciones de información grupal para IEC dirigida a la prevención de enfermedades del paciente adulto o adulto mayor (a y b) | **SEDE DE**  **APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consultorio externo. * Hospitalización. * Área de influencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de cotejo y observación directa de la ejecución de acciones de IEC para la prevención de enfermedades del paciente adulto o adulto mayor.  **CONOCIMIENTOS:**  Prueba escrita acerca de acciones de IEC para prevención de enfermedades del paciente adulto o adulto mayor.  **PRODUCTO:**  Informe de la ejecución de acciones de IEC para la prevención de enfermedades del paciente adulto o adulto mayor. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONAREME** | **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA No. 2** | **VERSIÓN 1**  **FECHA DE APROBACIÓN: 17-02-2012** |
| **TÍTULO DEL ESTÁNDAR DE COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor en situaciones de emergencia, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o evidencias científicas actuales.** | |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA/CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES.** | * 1. Diagnosticar la patología del paciente adulto o adulto mayor en situación de emergencia. | |
| * 1. Tratar al paciente adulto o adulto mayor en situación de emergencia médica. | |

| **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA 2:**  Atender al paciente adulto o adulto mayor en situaciones de emergencia, **de acuerdo a guías técnicas vigentes y las evidencias científicas actuales.** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | **CRITERIOS DE DESEMPEÑO** | **CONOCIMIENTOS ESENCIALES** | **RANGO DE APLICACIÓN** | **EVIDENCIAS REQUERIDAS** |
| * 1. Diagnosticar la patología del paciente adulto o adulto mayor en situación de emergencia. | 1. La anamnesis es efectuada en forma rápida, enfocada en las manifestaciones clínicas referidas por el paciente y en los problemas detectados. 2. El examen clínico es completo, con énfasis. en el examen regional y por aparatos o sistemas, en relación con el cuadro clínico. 3. El Plan de trabajo es realizado considerando los diagnósticos presuntivos. 4. Los estudios auxiliares de apoyo al diagnóstico, son solicitados de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. 5. Las interconsultas son realizadas en forma oportuna, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. 6. Los procedimientos diagnósticos son solicitados y realizados con consentimiento informado y de acuerdo a protocolos establecidos. 7. La clasificación o diagnóstico permite detectar el tipo de de emergencia, considerando los resultados de la anamnesis, examen clínico, exámenes auxiliares de apoyo al diagnóstico y procedimientos realizados y se registra de acuerdo al CIE 10. 8. Las emergencias quirúrgicas son trasferidas a la especialidad correspondiente. 9. La referencia o contrarreferencia es realizada, según corresponda. 10. El registro es realizado en la HC. | 1. Fisiopatología de las enfermedades médicas y quirúrgicas (a, b, c, d, e, f, h) 2. Semiología de las emergencias de las enfermedades médicas y quirúrgicas (a, b, c, d, e, f, g, h, i) 3. Emergencias más frecuentes de las enfermedades médicas y quirúrgicas (a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k) 4. Exámenes auxiliares de apoyo al diagnóstico y procedimientos diagnósticos pertinentes en las emergencias de enfermedades médicas y quirúrgicas (d, e, f) 5. Obtención del consentimiento informado (f) 6. Diagnóstico de las emergencias médicas y quirúrgicas más frecuentes (g) 7. Transferencia de las emergencias quirúrgicas (h) 8. Pautas para la referencia y contrarreferencia del paciente en situación de emergencia (i) 9. Registro del diagnóstico del adulto o adulto mayor en situación de emergencia (j) | **TIPOS DE EMERGENCIAS:**   * Médicas. * Quirúrgicas.   **SEDE DE APRENDIZAJE.**  **Hospital/Instituto en**   * Emergencia. * Hospitalización. | **DESEMPEÑO:**  Lista de cotejo y observación de la atención y diagnóstico de dos pacientes adultos o adultos mayores, en situación de emergencia médica y dos en emergencia quirúrgica.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita de conocimientos para realizar la atención y el diagnóstico en las emergencias médicas y quirúrgicas, del adulto o adulto mayor  **PRODUCTO:**  Historia clínica con registro de la atención y diagnóstico de dos pacientes adultos o adultos mayores, en situación de emergencia médica y dos en emergencia quirúrgica. |
| * 1. Tratar al paciente adulto o adulto mayor en situación de emergencia médica. | 1. Las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas y procedimientos terapéuticos están correlacionadas con los diagnósticos realizados. 2. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y los efectos secundarios, son previstos, identificados, controlados y notificados. 3. El seguimiento es realizado de acuerdo al cuadro clínico, detectando y controlando prontamente signos de peligro y complicaciones. 4. Las complicaciones son manejadas en función de la guía clínica correspondiente. 5. La indicación de exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes es realizada, de acuerdo a la evolución y complicaciones detectadas. 6. Las interconsultas durante la evolución del paciente son realizadas en forma oportuna. 7. Los procedimientos terapéuticos necesarios, son realizados oportunamente. 8. Las medidas generales de orientación a la familia son efectuadas según la enfermedad. 9. La referencia o contrarreferencia son realizadas, según corresponda. 10. El registro es realizado en la HC. | 1. Guías clínicas de emergencias médicas y quirúrgicas (a, b, c, d, e, f, g) 2. Fisiopatología de las enfermedades que presentan situaciones de emergencia, con énfasis en las más frecuentes (a. b, c, d, e, f) 3. Tratamiento farmacológico y no farmacológico de las emergencias (a, b, c, d) 4. Efectos adversos y secundarios de los medicamentos (b) 5. Procedimientos terapéuticos en situación de emergencia ( f, g) 6. Manejo de las complicaciones más frecuentes en situaciones de emergencia (c, d, e) 7. Orientación y consejería a la familia, según situación de emergencia (h) 8. Pautas para la referencia y contrarreferencia del paciente en situación de emergencia (i) 9. Registro del diagnóstico de las emergencias del adulto o adulto mayor (j) | **SEDE DE APRENDIZAJE.**  **Hospital/Instituto en:**   * Emergencia. * Hospitalización. | **DESEMPEÑO:**  Lista de cotejo y observación del tratamiento de dos pacientes adultos o adultos mayores, en situación de emergencia médica.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del tratamiento del adulto o adulto mayor en emergencias médicas.  **PRODUCTO:**  Historia clínica con registro del tratamiento de dos pacientes adultos o adultos mayores, en situación de emergencia médica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONAREME** | **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA No. 3** | **VERSIÓN 1**  **FECHA DE APROBACIÓN: 17-02-2012** |
| **TÍTULO DEL ESTÁNDAR DE COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con intoxicaciones y envenenamientos, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o evidencias científicas actuales.** | |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA/CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES.** | 3.1 Diagnosticar las intoxicaciones y envenenamientos, en el paciente adulto o adulto mayor. | |
| 3.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con intoxicaciones y envenenamientos. | |

| **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA 3:**  Atender al paciente adulto o adulto mayor con intoxicaciones y envenenamientos, **de acuerdo a guías técnicas vigentes y las evidencias científicas actuales.** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | **CRITERIOS DE DESEMPEÑO** | **CONOCIMIENTOS ESENCIALES** | **RANGO DE APLICACIÓN** | **EVIDENCIAS REQUERIDAS** |
| * 1. Diagnosticar las intoxicaciones y envenenamientos, en el paciente adulto o adulto mayor | 1. La evaluación clínica es realizada considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. 2. La anamnesis de la enfermedad actual incluye: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. 3. El examen físico es completo e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. 4. El Plan de trabajo es realizado considerando los diagnósticos presuntivos. 5. Los estudios de apoyo al diagnóstico son solicitados considerando los diagnósticos presuntivos. 6. Las interconsultas son solicitadas oportunamente y de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. 7. Los procedimientos diagnósticos son solicitados programados y realizados oportunamente, en función de los diagnósticos presuntivos y con consentimiento informado. 8. El diagnóstico es efectuado con base en los resultados de la evaluación clínica, exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos realizados y se registra de acuerdo al CIE 10. 9. La referencia y contrarreferencia es efectuada, según corresponda. 10. La información obtenida es registrada en la HC. | 1. Guías clínicas de intoxicaciones y envenenamientos (a, b, c, d, e, f, g, h, i, j) 2. Manifestaciones clínicas de las Intoxicaciones y envenenamientos (a, b, c) 3. Fisiopatología de las de las Intoxicaciones y envenenamientos (a. b, c,) 4. Estudios de apoyo al diagnóstico en intoxicaciones y envenenamientos (d, e) 5. Interconsultas en intoxicaciones y envenenamientos (f) 6. Obtención del consentimiento informado (g) 7. Diagnóstico de las intoxicaciones y envenenamientos:  * Intoxicación alimentaria * Botulismo * Intoxicación por metales pesados * Intoxicación y sobredosis de fármacos. * Mordedura de serpientes. * Mordeduras de araña. * Intoxicación por órgano fosforados * Ingesta de cáusticos   (a, b, c, d, e, f, g, h, i, j)   1. Pautas para la referencia y contrarreferencia del paciente con intoxicaciones y envenenamientos (i) 2. Registro del diagnóstico de las intoxicaciones y envenenamientos (j) | **SEDE DE APRENDIZAJE.**  **Hospital/Instituto en:**  - Consulta externa,  - Hospitalización  - Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con intoxicación o envenenamiento.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del diagnóstico de las intoxicaciones y envenenamientos, en pacientes adultos o adultos mayores.  **PRODUCTO:**  H.C. con el registro del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con intoxicación o envenenamiento. |
| * 1. Tratar al paciente adulto o adulto mayor con intoxicaciones y envenenamientos | 1. El tratamiento farmacológico y no farmacológico indicado, guarda relación con el diagnóstico. 2. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y los efectos secundarios, son previstos, identificados y notificados de acuerdo a normas vigentes. 3. El tratamiento toma en cuenta signos de alarma y vigilancia de las complicaciones más frecuentes. 4. La indicación de exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes es realizada de acuerdo a la evolución del paciente. 5. Las interconsultas son realizadas en forma oportuna, de acuerdo a la evolución del paciente 6. Los procedimientos terapéuticos son realizados con consentimiento informado. 7. El seguimiento es realizado de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida y detectando tempranamente signos de alarma y complicaciones. 8. Las complicaciones detectadas son manejadas oportuna y eficazmente 9. Las medidas generales y de orientación a la familia, son indicadas según la enfermedad. 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis son realizadas, cuando corresponda 11. La referencia o contrarreferencia es realizada, según corresponda. 12. El registro del tratamiento es realizado en la HC. | 1. Fisiopatología de las de las Intoxicaciones y envenenamientos (a, b, c, d, e, f, g, h) 2. Tratamiento de las intoxicaciones y envenenamientos (a, b, c, d, e, f, g, h) 3. Efectos adversos y secundarios de los medicamentos utilizados en las Intoxicaciones y envenenamientos (b, c, d) 4. Procedimientos terapéuticos en intoxicaciones y envenenamientos (f) 5. Manejo de las complicaciones más frecuentes en Intoxicaciones y envenenamientos (h) 6. Orientación y consejería a la familia, en casos de Intoxicaciones y envenenamientos (i) 7. Alta, indicaciones y epicrisis (j) 8. Pautas para la referencia y contrarreferencia del paciente con intoxicaciones y envenenamientos (k) 9. Registro del tratamiento de las intoxicaciones y envenenamientos (l) | **SEDE DE APRENDIZAJE.**  **Hospital/Instituto en:**  - Consulta externa,  - Hospitalización.  - Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de cotejo y observación del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores, con intoxicación o envenenamiento.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del tratamiento del adulto o adulto mayor con intoxicación o envenenamiento.  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores, con intoxicación o envenenamiento. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONAREME** | **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA No. 4** | **VERSIÓN 1.**  **FECHA DE APROBACIÓN: 17-02-2012** |
| **TÍTULO DEL ESTÁNDAR DE COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad infecciosa aguda o crónica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o evidencias científicas actuales.** | |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA/CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES.** | 4.1 Diagnosticar las enfermedades infecciosas en el paciente adulto o adulto mayor. | |
| 4.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad infecciosa. | |

| **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA 4:**  Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad infecciosa aguda o crónica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes y las evidencias científicas actuales.** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | **CRITERIOS DE DESEMPEÑO** | **CONOCIMIENTOS ESENCIALES** | **RANGO DE APLICACIÓN** | **EVIDENCIAS REQUERIDAS** |
| * 1. Diagnosticar las enfermedades infecciosas en el paciente adulto o adulto mayor. | 1. La evaluación clínica es realizada considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. 2. La anamnesis de la enfermedad actual, es realizada en profundidad e incluye tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico de la enfermedad y funciones biológicas. 3. El examen físico es completo e incluye: funciones vitales y el examen general y preferencial. 4. El Plan de trabajo es realizado considerando los diagnósticos presuntivos. 5. Los estudios de apoyo al diagnóstico son solicitados considerando los diagnósticos presuntivos. 6. Las interconsultas son solicitadas oportunamente y de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. 7. Los procedimientos diagnósticos son solicitados programados y realizados oportunamente, en función de los diagnósticos presuntivos y con consentimiento informado. 8. La clasificación o diagnóstico permite detectar el tipo de enfermedad infecciosa, de acuerdo a los resultados de la evaluación clínica, exámenes auxiliares de apoyo al diagnóstico y procedimientos realizados y se registra de acuerdo al CIE 10. 9. La información obtenida es registrada adecuadamente en la historia clínica. 10. La referencia y contrarreferencia es efectuada, según corresponda. | 1. Epidemiologia y manifestaciones clínicas de las enfermedades infecciosas (a, b, c) 2. Guías clínicas de enfermedades infecciosas   (a, b, c, d, e, f, g, h, i, j)   1. Fisiopatología de las enfermedades infecciosas (a, b, c) 2. Estudios auxiliares de apoyo al diagnóstico en enfermedades infecciosas (d, e) 3. Interconsultas en enfermedades infecciosas. (f) 4. Diagnóstico de las enfermedades infecciosas (a, b, c, d, e, f, g, h) 5. Obtención del consentimiento informado (g) 6. Registro del diagnóstico y reporte de las enfermedades infecciosas (i) 7. Pautas para la referencia y contrarreferencia del paciente con enfermedad infecciosa (j) | **SEDE DE APRENDIZAJE.**  **Hospital/Instituto en:**  - Consulta externa.  - Hospitalización.  - Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad infecciosa.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del diagnóstico de las enfermedades infecciosas del adulto o adulto mayor.  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del diagnóstico a dos pacientes adultos y adultos mayores con enfermedad infecciosa. |
| * 1. Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad infecciosa. | 1. El plan de tratamiento que propone corresponde al diagnóstico de la enfermedad infecciosa. 2. La prescripción realizada corresponde al diagnóstico de la enfermedad infecciosa. 3. Las reacciones adversas (RAM) y los efectos secundarios a los medicamentos, son previstos, identificados y notificados de acuerdo a normas vigentes. 4. El seguimiento es realizado de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida y detectando tempranamente signos de alarma y complicaciones. 5. Las complicaciones detectadas son manejadas oportuna y eficazmente. 6. La indicación de exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes son indicados de acuerdo a la evolución del paciente. 7. Las medidas generales u orientación a la familia son indicadas según la enfermedad. 8. Las medidas preventivas y de profilaxis para enfermedades altamente contagiosas, para el personal de salud y la comunidad son realizadas. 9. El seguimiento de casos especiales de las enfermedades infecciosas es realizado. 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis son realizadas, cuando corresponda 11. La referencia y contrarreferencia es realizada de acuerdo a norma vigente. 12. El registro del tratamiento es realizado en la HC de acuerdo a norma vigente. | 1. Fisiopatología de las de las enfermedades infecciosas (a. b, c) 2. Tratamiento de las enfermedades infecciosas (a, b, c, d, e, f, g) 3. Efectos adversos y secundarios de los medicamentos utilizados en las enfermedades infecciosas (b, c) 4. Seguimiento y signos de alarma y vigilancia de las complicaciones más frecuentes (d) 5. Manejo de las complicaciones más frecuentes en enfermedades infecciosas (d, e) 6. Exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes son indicados de acuerdo a la evolución del paciente (f) 7. Orientación y consejería a la familia, en casos de enfermedades infecciosas (g) 8. Prevención y profilaxis a los contactos a pacientes con enfermedades infecciosas (g) 9. Seguimiento de casos especiales de enfermedades infecciosas (h) 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis (i) 11. Referencia y contrarreferencia del paciente (j) 12. Registro del diagnóstico de las enfermedades infecciosas (k) | **SEDE DE APRENDIZAJE.**  **Hospital/Instituto en:**  - Consulta externa,  - Hospitalización.  - Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de cotejo y observación del tratamiento de dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad infecciosa.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca de los conocimientos esenciales para el tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad infecciosa.  **PRODUCTO:**  H.C con registro del tratamiento de dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad infecciosa. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONAREME** | **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA No. 5** | **VERSIÓN 1**  **FECHA DE APROBACIÓN: 17-02-2012** |
| **TÍTULO DEL ESTÁNDAR DE COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad neumológica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o evidencias científicas actuales.** | |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA/CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES.** | 5.1 Diagnosticar las enfermedades neumológicas en el paciente adulto o adulto mayor. | |
| 5.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad neumológica. | |

| **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA 5:**  Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad neumológica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes y las evidencias científicas actuales.** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | **CRITERIOS DE DESEMPEÑO** | **CONOCIMIENTOS ESENCIALES** | **RANGO DE APLICACIÓN** | **EVIDENCIAS REQUERIDAS.** |
| * 1. Diagnosticar las enfermedades neumológicas en el paciente adulto o adulto mayor. | 1. La evaluación clínica es realizada considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. 2. La anamnesis de la enfermedad actual incluye: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. 3. El examen físico es completo e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. 4. El Plan de trabajo es realizado considerando los diagnósticos presuntivos. 5. Los exámenes de apoyo al diagnóstico son solicitados considerando los diagnósticos presuntivos. 6. Las interconsultas son solicitadas oportunamente y de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. 7. Los procedimientos diagnósticos son solicitados programados y realizados oportunamente, en función de los diagnósticos presuntivos y con consentimiento informado. 8. El diagnóstico es efectuado con base en los resultados de la evaluación clínica, exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos realizados y se registra de acuerdo al CIE 10. 9. La referencia y contrarreferencia es efectuada, según corresponda. 10. La información obtenida es registrada en la HC. | 1. Anatomía del tórax y fisiopatología de las enfermedades neumológicas del adulto o adulto mayor (a, b, c)  * Asma. * Neumonitis por hipersensibilidad. * Neumopatías de origen ambiental. * Neumonías. * Bronquiectasias y abscesos. * Fibrosis quística. * EPOC. * EPID. * TEP. * Enfermedades de la pleura y el mediastino * Trastornos de la ventilación. * Neoplasias. * Tuberculosis * Micosis pulmonares * Neumotórax  1. Semiología de las enfermedades neumológicas (a, b, c) 2. Diagnóstico de las Enfermedades neumológicas   ( a, b, c, d, e, f, g, h)   1. Exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos diagnósticos en las enfermedades neumológicas (d, e, f, g) 2. Pautas para la referencia y contrarreferencia del paciente con enfermedad neumológica (i) 3. Registro del diagnóstico del adulto o adulto mayor con enfermedad neumológica (j) | **SEDE DE APRENDIZAJE.**  **Hospital/Instituto en:**   * Consulta externa, * Hospitalización. * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad neumológica.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del diagnóstico de las enfermedades neumológicas en el adulto o adulto mayor.  **PRODUCTO:**  H. C. con registro del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad neumológica. |
| * 1. Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad neumológica | 1. El tratamiento farmacológico y no farmacológico indicado, guarda relación con el diagnóstico. 2. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y los efectos secundarios, son previstos, identificados y notificados de acuerdo a normas vigentes. 3. El tratamiento toma en cuenta signos de alarma y vigilancia de las complicaciones más frecuentes. 4. La indicación de exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes es realizada de acuerdo a la evolución del paciente. 5. Las interconsultas son realizadas en forma oportuna, de acuerdo a la evolución del paciente 6. Los procedimientos terapéuticos son realizados con consentimiento informado. 7. El seguimiento es realizado de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida y detectando tempranamente signos de alarma y complicaciones. 8. Las complicaciones detectadas son manejadas oportuna y eficazmente 9. Las medidas generales y de orientación a la familia, son indicadas según la enfermedad. 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis son realizadas, cuando corresponda 11. La referencia o contrarreferencia es realizada, según corresponda. 12. El registro del tratamiento es realizado en la HC. | 1. Enfermedades neumológicas del adulto o adulto mayor (a, b, c, d, e, f, g, h, i) 2. La prescripción farmacológica y no farmacológica del adulto o adulto mayor con enfermedad neumológica (a, b, c) 3. Reacciones adversas al medicamento (RAM) y efectos secundarios (a, b, c) 4. Signos de alarma y complicaciones de las enfermedades neumológicas (c) 5. Exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes de acuerdo a la evolución del paciente (d) 6. Interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente (e) 7. Procedimientos terapéuticos realizados con consentimiento informado (f) 8. Medidas generales u orientación a la familia del adulto o adulto mayor con enfermedad neumológica (i) 9. El alta, las indicaciones y la epicrisis (j) 10. La referencia y contrarreferencia del adulto o adulto mayor con enfermedad neumológica (k) 11. Registro del tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad neumológica (l) | **SEDE DE APRENDIZAJE.**  Hospital/Instituto en:   * Consulta externa, * Hospitalización * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de cotejo y observación directa del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad neumológica.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad neumológica  **PRODUCTO:**  H. C. con registro del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad neumológica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONAREME** | **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA No 6** | **VERSIÓN 1.**  **FECHA DE APROBACIÓN: 17-02-2012** |
| **TÍTULO DEL ESTÁNDAR DE COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad cardiovascular, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o evidencias científicas actuales.** | |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA/CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES.** | 6.1 Diagnosticar las enfermedades cardiovasculares en el paciente adulto o adulto mayor. | |
| 6.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad cardiovascular. | |

| **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA 6:**  Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad cardiovascular, **de acuerdo a guías técnicas vigentes y las evidencias científicas actuales.** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | **CRITERIOS DE DESEMPEÑO** | **CONOCIMIENTOS ESENCIALES** | **RANGO DE APLICACIÓN** | **EVIDENCIAS REQUERIDAS** |
| * 1. Diagnosticar las enfermedades cardiovasculares en el paciente adulto o adulto mayor. | 1. La evaluación clínica es realizada considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. 2. La anamnesis de la enfermedad actual incluye: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. 3. El examen físico es completo e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. 4. El Plan de trabajo es realizado considerando los diagnósticos presuntivos. 5. Los exámenes de apoyo al diagnóstico son solicitados considerando los diagnósticos presuntivos. 6. Las interconsultas son solicitadas oportunamente y de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. 7. Los procedimientos diagnósticos son solicitados programados y realizados oportunamente, en función de los diagnósticos presuntivos y con consentimiento informado. 8. El diagnóstico es efectuado con base en los resultados de la evaluación clínica, exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos realizados y se registra de acuerdo al CIE 10. 9. La referencia y contrarreferencia es efectuada, según corresponda. 10. La información obtenida es registrada en la HC. | 1. Fisiopatología de las enfermedades cardiovasculares (a, b, c, d, e, f, g, h) 2. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares (a, b, c, d, e, f, g, h) 3. Semiología de las enfermedades cardiovasculares (a, b, c) 4. Plan de trabajo (d) 5. Exámenes de apoyo al diagnóstico para el diagnóstico de las enfermedades cardiovasculares (e) 6. Interconsultas en enfermedades cardiovasculares (f) 7. Procedimientos invasivos y no invasivos para el diagnóstico de enfermedades cardiovasculares (g) 8. Consentimiento informado (g) 9. Clasificación y diagnóstico de las enfermedades cardiovasculares   (a, b, c, d, e, f, g, h)  9.1 Trastornos del ritmo:   * Bradiarritmias. * Taquiarritmias.   9.2 Enfermedades del corazón:   * Insuficiencia cardíaca. * Corazón pulmonar * Cardiopatías congénitas en el adulto. * Cardiopatías valvulares. * Miocardiopatías. * Enfermedades del pericardio. * Tumores. * Manifestaciones cardíacas de enfermedades sistémicas.   9.3 Enfermedades vasculares:   * Síndrome metabólico. * Cardiopatía isquémica. * Angina estable e inestable. * Infarto de miocardio. * Enfermedad hipertensiva. * Enfermedades de la aorta y vasos periféricos. * Hipertensión pulmonar.  1. Referencia y contrarreferencia (i) 2. Registro en la H.C. y CIE 10 (j) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  Hospital/Instituto en:  Consulta externa.  Hospitalización.  Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad cardiovascular.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del diagnóstico de las enfermedades cardiovasculares del adulto o adulto mayor  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad cardiovascular. |
| * 1. Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad cardiovascular de acuerdo a guías clínicas vigentes o la mejor evidencia. | 1. El tratamiento farmacológico y no farmacológico indicado, guarda relación con el diagnóstico. 2. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y los efectos secundarios, son previstos, identificados y notificados de acuerdo a normas vigentes. 3. El tratamiento toma en cuenta signos de alarma y vigilancia de las complicaciones más frecuentes. 4. La indicación de exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes es realizada de acuerdo a la evolución del paciente. 5. Las interconsultas son realizadas en forma oportuna, de acuerdo a la evolución del paciente 6. Los procedimientos terapéuticos son realizados con consentimiento informado. 7. El seguimiento es realizado de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida y detectando tempranamente signos de alarma y complicaciones. 8. Las complicaciones detectadas son manejadas oportuna y eficazmente 9. Las medidas generales y de orientación a la familia, son indicadas según la enfermedad. 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis son realizadas, cuando corresponda 11. La referencia o contrarreferencia es realizada, según corresponda. 12. El registro del tratamiento es realizado en la HC. | 1. Tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad cardiovascular (a , b, c, d, e, f, y g, h) 2. Cuidados intermedios e intensivos del adulto o adulto mayor con enfermedades cardiovasculares (a) 3. La prescripción farmacológica y no farmacológica del adulto o adulto mayor con enfermedad cardiovascular (a, b, c) 4. Reacciones adversas al medicamento (RAM) y efectos secundarios (b) 5. Signos de alarma y complicaciones en las enfermedades cardiovasculares (c, d, e, g) 6. Exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes de acuerdo a la evolución del paciente (d) 7. Interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente (e) 8. Procedimientos terapéuticos con consentimiento informado (f) 9. El seguimiento de acuerdo al cuadro clínico (g) 10. Detección y manejo de las complicaciones (h) 11. Medidas generales u orientación a la familia del adulto o adulto mayor con enfermedad cardiovascular (i) 12. El alta, las indicaciones y la epicrisis (j) 13. La referencia y contrarreferencia del adulto o adulto mayor con enfermedad cardiovascular (k) 14. Registro del tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad cardiovascular (l) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  Hospital/Instituto en:  Consulta externa, Hospitalización  Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de cotejo y observación del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad cardiovascular.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad cardiovascular.  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad cardiovascular. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONAREME** | **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA No. 7** | **VERSIÓN 1**  **FECHA DE APROBACIÓN: 17-02-2012** |
| **TÍTULO DEL ESTÁNDAR DE COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad neurológica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o evidencias científicas actuales.** | |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA/CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES.** | 7.1 Diagnosticar las enfermedades neurológicas en el paciente adulto o adulto mayor. | |
| 7.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad neurológica. | |

| **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA 7:**  Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad neurológica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes y las evidencias científicas actuales.** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | **CRITERIOS DE DESEMPEÑO** | **CONOCIMIENTOS ESENCIALES** | **RANGO DE APLICACIÓN** | **EVIDENCIAS REQUERIDAS** |
| * 1. Diagnosticar las enfermedades neurológicas en el paciente adulto o adulto mayor. | 1. La evaluación clínica es realizada considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. 2. La anamnesis de la enfermedad actual incluye: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. 3. El examen físico es completo e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. 4. El Plan de trabajo es realizado considerando los diagnósticos presuntivos. 5. Los estudios de apoyo al diagnóstico son solicitados considerando los diagnósticos presuntivos. 6. Las interconsultas son solicitadas oportunamente y de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. 7. Los procedimientos diagnósticos son solicitados programados y realizados oportunamente, en función de los diagnósticos presuntivos y con consentimiento informado. 8. El diagnóstico es efectuado con base en los resultados de la evaluación clínica, exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos realizados y se registra de acuerdo al CIE 10. 9. La referencia y contrarreferencia es efectuada, según corresponda. 10. La información obtenida es registrada en la HC. | 1. Fisiopatología de las enfermedades neurológicas (a, b, c, d, e, f, g, h) 2. Epidemiología de las enfermedades neurológicas (a, b, c, d, e, f, g, h) 3. Semiología de las enfermedades neurológicas (a, b, c) 4. Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos (d) 5. Estudios de apoyo al diagnóstico de las enfermedades neurológicas (e) 6. Interconsultas en enfermedades neurológicas (f) 7. Procedimientos invasivos y no invasivos para el diagnóstico de enfermedades neurológicas (g) 8. Consentimiento informado (g) 9. Clasificación y diagnóstico de las enfermedades neurológicas (a, b, c, d, e, f, g, h)   9. 1 Enfermedades del SNC.   * Convulsiones y epilepsia. * ACV. * Demencia. * Parkinson. * Esclerosis lateral amiotrófica * Neuralgia del trigémino. * Parálisis de Bell. * Tumores primarios y secundarios * Esclerosis múltiple. * Meningitis, encefalitis y abceso. * Meningitis crónica * Causadas por Priones.   9. 2.Trastornos nerviosos y   musculares.  9. 3 Síndrome de fatiga crónica.  9. 4 Trastornos psiquiátricos  9. 5 Alcoholismo y   farmacodependencia.   1. Referencia y contrarreferencia (i) 2. Registro en la H.C. y CIE 10 (j) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consulta externa. Hospitalización. * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad neurológica.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del diagnóstico de las enfermedades neurológicas del adulto o adulto mayor  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad neurológica. |
| * 1. Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad neurológica. | 1. El tratamiento farmacológico y no farmacológico indicado, guarda relación con el diagnóstico. 2. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y los efectos secundarios, son previstos, identificados y notificados de acuerdo a normas vigentes. 3. El tratamiento toma en cuenta signos de alarma y vigilancia de las complicaciones más frecuentes. 4. La indicación de exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes es realizada de acuerdo a la evolución del paciente. 5. Las interconsultas son realizadas en forma oportuna, de acuerdo a la evolución del paciente 6. Los procedimientos terapéuticos son realizados con consentimiento informado. 7. El seguimiento es realizado de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida y detectando tempranamente signos de alarma y complicaciones. 8. Las complicaciones detectadas son manejadas oportuna y eficazmente 9. Las medidas generales y de orientación a la familia, son indicadas según la enfermedad. 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis son realizadas, cuando corresponda 11. La referencia o contrarreferencia es realizada, según corresponda. 12. El registro del tratamiento es realizado en la HC. | 1. Tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad neurológica   (a, b, c, d, e, f, g y h)   1. Cuidados intermedios e intensivos del adulto o adulto mayor con problemas neurológicos (a, b, g) 2. Determinación de la severidad del cuadro clínico (a, b, c, d, e, f, g, h) 3. La prescripción farmacológica y no farmacológica del adulto o adulto mayor con enfermedad neurológica (a, b, c, d, e y f) 4. Reacciones adversas al medicamento (RAM) y efectos secundarios (b) 5. Seguimiento y manejo de signos de alarma y complicaciones más frecuentes (c, g, h) 6. Exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente (d, e) 7. Procedimientos terapéuticos con consentimiento informado (f) 8. Medidas generales u orientación a la familia del adulto o adulto mayor con enfermedad neurológica.(i) 9. El alta, las indicaciones y la epicrisis (j) 10. La referencia y contrarreferencia del adulto o adulto mayor con enfermedad neurológica (k) 11. Registro del tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad neurológica (l) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consulta externa. * Hospitalización. * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad neurológica.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del tratamiento de las enfermedades neurológicas del adulto o adulto mayor.  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad neurológica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONAREME** | **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA No. 8** | **VERSIÓN 1.**  **FECHA DE APROBACIÓN: 17-02-2012** |
| **TÍTULO DEL ESTÁNDAR DE COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor enfermedad gastroenterológica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o evidencias científicas actuales.** | |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA/CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES.** | * 1. Diagnosticar las enfermedades gastroenterológicas en el paciente adulto o adulto mayor. | |
| * 1. Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad gastroenterológica. | |

| **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA 8:**  Atender al paciente adulto o adulto mayor enfermedad gastroenterológica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes y las evidencias científicas actuales.** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | **CRITERIOS DE DESEMPEÑO** | **CONOCIMIENTOS ESENCIALES** | **RANGO DE APLICACIÓN** | **EVIDENCIAS REQUERIDAS** |
| * 1. Diagnosticar las enfermedades gastroenterológi-   cas en el paciente adulto o adulto mayor. | 1. La evaluación clínica es realizada considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. 2. La anamnesis de la enfermedad actual incluye: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. 3. El examen físico es completo e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. 4. El Plan de trabajo es realizado considerando los diagnósticos presuntivos. 5. Los estudios de apoyo al diagnóstico son solicitados considerando los diagnósticos presuntivos. 6. Las interconsultas son solicitadas oportunamente y de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. 7. Los procedimientos diagnósticos son solicitados programados y realizados oportunamente, en función de los diagnósticos presuntivos y con consentimiento informado. 8. El diagnóstico es efectuado con base en los resultados de la evaluación clínica, exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos realizados y se registra de acuerdo al CIE 10. 9. La referencia y contrarreferencia es efectuada, según corresponda. 10. La información obtenida es registrada en la HC. | 1. Fisiopatología de las enfermedades gastroenterológicas (a, b, c, d, e, f, g, h) 2. Epidemiología de las enfermedades gastroenterológicas (a, b, c, d, e, f, g, h) 3. Semiología de las enfermedades gastroenterológicas (a, b, c) 4. Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos (d) 5. Estudios de apoyo al diagnóstico de las enfermedades gastroenterológicas (d, e) 6. Interconsultas en enfermedades gastroenterológicas (f) 7. Procedimientos invasivos y no invasivos para el diagnóstico de enfermedades gastroenterológicas (g) 8. Consentimiento informado (g) 9. Clasificación y diagnóstico de las enfermedades gastroenterológicas: (a, b, c, d, e, f, g, h)   9.1 Enfermedades del  aparato digestivo:   * Enfermedades del esófago * Úlcera péptica * Trastornos de la absorción * Enteropatías inflamatorias * Enfermedades de colon y recto * Insuficiencia mesentérica * Obstrucción intestinal * Apendicitis y peritonitis aguda.   9.2 Enfermedades del hígado:   * Hiperbilirrubinemias * Hepatitis virales * Hepatitis tóxica * Hepatitis crónica * Hepatitis alcohólica * Cirrosis   9.3 Enfermedades de las Vías biliares y páncreas:   * Enfermedades de la vesícula biliar y vías biliares * Pancreatitis aguda y crónica.  1. Referencia y contrarreferencia (i) 2. Registro en la H.C. y CIE 10 (j) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consulta externa. * Hospitalización. * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad gastroenterológica.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del diagnóstico de las enfermedades gastroenterológicas del adulto o adulto mayor  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad gastroenterológica. |
| * 1. Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad gastroenterológica | 1. El tratamiento farmacológico y no farmacológico indicado, guarda relación con el diagnóstico. 2. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y los efectos secundarios, son previstos, identificados y notificados de acuerdo a normas vigentes. 3. El tratamiento toma en cuenta signos de alarma y vigilancia de las complicaciones más frecuentes. 4. La indicación de exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes es realizada de acuerdo a la evolución del paciente. 5. Las interconsultas son realizadas en forma oportuna, de acuerdo a la evolución del paciente 6. Los procedimientos terapéuticos son realizados con consentimiento informado. 7. El seguimiento es realizado de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida y detectando tempranamente signos de alarma y complicaciones. 8. Las complicaciones detectadas son manejadas oportuna y eficazmente 9. Las medidas generales y de orientación a la familia, son indicadas según la enfermedad. 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis son realizadas, cuando corresponda 11. La referencia o contrarreferencia es realizada, según corresponda. 12. El registro del tratamiento es realizado en la HC. | 1. Tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad gastroenterológica (a, b, c, d, e, f, g, h) 2. Cuidados intermedios e intensivos del adulto o adulto mayor con problemas gastroenterológicos (a, b, g) 3. Determinación de la severidad del cuadro clínico (a, b, c, d, e, f, g, h) 4. La prescripción farmacológica y no farmacológica del adulto o adulto mayor con enfermedad gastroenterológica (a, b, c, d, e y f) 5. Reacciones adversas al medicamento (RAM) y efectos secundarios (b) 6. Seguimiento y manejo de signos de alarma y complicaciones más frecuentes (c, g, h) 7. Exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente (d, e) 8. Procedimientos terapéuticos con consentimiento informado (f) 9. Medidas generales u orientación a la familia del adulto o adulto mayor con enfermedad gastroenterológica (i) 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis (j) 11. La referencia y contrarreferencia del adulto o adulto mayor con enfermedad gastroenterológica (k) 12. Registro del tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad gastroenterológica. (l) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consulta externa. * Hospitalización. * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad gastroenterológica.    **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas del adulto o adulto mayor  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad gastroenterológica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONAREME** | **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA No.9** | **VERSIÓN 1.**  **FECHA DE APROBACIÓN: 17-02-2012** |
| **TÍTULO DEL ESTÁNDAR DE COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad nefrológica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o evidencias científicas actuales.** | |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA/CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES.** | 9.1 Diagnosticar las enfermedades nefrológicas en el paciente adulto o adulto mayor. | |
| 9.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad nefrológica. | |

| **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA 9:**  Atender al paciente adulto o adulto mayor enfermedad nefrológica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes y las evidencias científicas actuales.** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | **CRITERIOS DE DESEMPEÑO** | **CONOCIMIENTOS ESENCIALES** | **RANGO DE APLICACIÓN** | **EVIDENCIAS REQUERIDAS** |
| * 1. Diagnosticar las enfermedades nefrológicas en el paciente adulto o adulto mayor. | 1. La evaluación clínica es realizada considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. 2. La anamnesis de la enfermedad actual incluye: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. 3. El examen físico es completo e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. 4. El Plan de trabajo es realizado considerando los diagnósticos presuntivos. 5. Los estudios de apoyo al diagnóstico son solicitados considerando los diagnósticos presuntivos. 6. Las interconsultas son solicitadas oportunamente y de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. 7. Los procedimientos diagnósticos son solicitados programados y realizados oportunamente, en función de los diagnósticos presuntivos y con consentimiento informado. 8. El diagnóstico es efectuado con base en los resultados de la evaluación clínica, exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos realizados y se registra de acuerdo al CIE 10. 9. La referencia y contrarreferencia es efectuada, según corresponda. 10. La información obtenida es registrada en la HC. | 1. Fisiopatología de las enfermedades nefrológicas (a, b, c, d, e, f, g, h) 2. Epidemiología de las enfermedades nefrológicas (a, b, c, d, e, f, g, h) 3. Semiología de las enfermedades nefrológicas (a, b, c) 4. Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos (d) 5. Estudios de apoyo al diagnóstico de las enfermedades nefrológicas (e) 6. Interconsultas en enfermedades nefrológicas (f) 7. Procedimientos invasivos y no invasivos para el diagnóstico de enfermedades nefrológicas (g) 8. Consentimiento informado (g) 9. Clasificación y diagnóstico de las enfermedades nefrológicas (a, b, c, d, e, f, g, h)  * Insuficiencia renal aguda y crónica * Nefropatía crónica * Glomérulopatías * Riñón poliquístico. * Nefropatías intersticiales. * Lesiones vasculares * Nefrolitiasis * Infecciones urinarias * Obstrucción de vías urinarias.  1. Referencia y contrarreferencia (i) 2. Registro en la H.C. y CIE 10 (j) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consulta externa. * Hospitalización. * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad nefrológica.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del diagnóstico de las enfermedades nefrológica del adulto o adulto mayor  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad nefrológica. |
| * 1. Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad nefrológica. | 1. El tratamiento farmacológico y no farmacológico indicado, guarda relación con el diagnóstico. 2. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y los efectos secundarios, son previstos, identificados y notificados de acuerdo a normas vigentes. 3. El tratamiento toma en cuenta signos de alarma y vigilancia de las complicaciones más frecuentes. 4. La indicación de exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes es realizada de acuerdo a la evolución del paciente. 5. Las interconsultas son realizadas en forma oportuna, de acuerdo a la evolución del paciente 6. Los procedimientos terapéuticos son realizados con consentimiento informado. 7. El seguimiento es realizado de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida y detectando tempranamente signos de alarma y complicaciones. 8. Las complicaciones detectadas son manejadas oportuna y eficazmente 9. Las medidas generales y de orientación a la familia, son indicadas según la enfermedad. 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis son realizadas, cuando corresponda 11. La referencia o contrarreferencia es realizada, según corresponda. 12. El registro del tratamiento es realizado en la HC. | 1. Tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad nefrológica (a, b, c, d, e, f, g, h) 2. Cuidados intermedios e intensivos del adulto o adulto mayor con problemas nefrológicos (a, b, g) 3. Determinación de la severidad del cuadro clínico (a, b, c, d, e, f, g, h) 4. La prescripción farmacológica y no farmacológica del adulto o adulto mayor con enfermedad nefrológica (a, b, c, d, e, f) 5. Reacciones adversas al medicamento (RAM) y efectos secundarios (b) 6. Seguimiento y manejo de signos de alarma y complicaciones más frecuentes (c, g, h) 7. Exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente (d, e) 8. Procedimientos terapéuticos con consentimiento informado (f) 9. Medidas generales u orientación a la familia del adulto o adulto mayor con enfermedad nefrológica (i) 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis (j) 11. La referencia y contrarreferencia del adulto o adulto mayor con enfermedad nefrológica (k) 12. Registro del tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad nefrológica (l) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consulta externa * Hospitalización * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad nefrológica.    **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del tratamiento de las enfermedades nefrológicas del adulto o adulto mayor  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad nefrológica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONAREME** | **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA No. 10** | **VERSIÓN 1**  **FECHA DE APROBACIÓN: 17-02-2012** |
| **TÍTULO DEL ESTÁNDAR DE COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad reumatológica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o evidencias científicas actuales.** | |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA/CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES.** | 10.1 Diagnosticar las enfermedades reumatológicas en el paciente adulto o adulto mayor. | |
| 10.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad reumatológica. | |

| **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA 10:**  Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad reumatológica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes y las evidencias científicas actuales.** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | **CRITERIOS DE DESEMPEÑO.** | **CONOCIMIENTOS ESENCIALES.** | **RANGO DE APLICACIÓN.** | **EVIDENCIAS REQUERIDAS.** |
| * 1. Diagnosticar las enfermedades   reumatológicas en el paciente adulto o adulto mayor | 1. La evaluación clínica es realizada considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. 2. La anamnesis de la enfermedad actual incluye: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. 3. El examen físico es completo e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. 4. El Plan de trabajo es realizado considerando los diagnósticos presuntivos. 5. Los estudios de apoyo al diagnóstico son solicitados considerando los diagnósticos presuntivos. 6. Las interconsultas son solicitadas oportunamente y de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. 7. Los procedimientos diagnósticos son solicitados programados y realizados oportunamente, en función de los diagnósticos presuntivos y con consentimiento informado. 8. El diagnóstico es efectuado con base en los resultados de la evaluación clínica, exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos realizados y se registra de acuerdo al CIE 10. 9. La referencia y contrarreferencia es efectuada, según corresponda. 10. La información obtenida es registrada en la HC. | 1. Fisiopatología de las enfermedades reumatológicas (a, b, c, d, e, f, g, h) 2. Epidemiología de las enfermedades reumatológicas (a, b, c, d, e, f, g, h) 3. Semiología de las enfermedades reumatológicas (a, b, c) 4. Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos (d) 5. Estudios de apoyo al diagnóstico de las enfermedades reumatológicas (d, e) 6. Interconsultas en enfermedades reumatológicas (f) 7. Procedimientos invasivos y no invasivos para el diagnóstico de enfermedades reumatológicas (g) 8. Consentimiento informado (g) 9. Clasificación y diagnóstico de las enfermedades reumatológicas (a, b, c, d, e, f, g, h)   9.1 Trastornos por lesión inmunitaria:   * Enfermedades que causan fiebre, de etiología desconocida * Enfermedades autoinmunes. * Lupus eritematoso sistémico * Artritis reumatoide * Esclerodermia * Fiebre reumática * Sjogren * Espondiloartritis * Vasculitis * Sarcoidosis * Poliserositis * Amiloidosis   9.2 Trastornos óseos y de articulaciones:   * Osteoartrosis * Osteoporosis * Gota * Artritis infecciosa * Fibromialgia * Artritis en enfermedades sistémicas.  1. Referencia y contrarreferencia (i) 2. Registro en la H.C. y CIE 10 (j) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consulta externa. * Hospitalización. * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad reumatológica.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del diagnóstico de las enfermedades reumatológicas del adulto o adulto mayor  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad reumatológica. |
| * 1. Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad reumatológica | 1. El tratamiento farmacológico y no farmacológico indicado, guarda relación con el diagnóstico. 2. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y los efectos secundarios, son previstos, identificados y notificados de acuerdo a normas vigentes. 3. El tratamiento toma en cuenta signos de alarma y vigilancia de las complicaciones más frecuentes. 4. La indicación de exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes es realizada de acuerdo a la evolución del paciente. 5. Las interconsultas son realizadas en forma oportuna, de acuerdo a la evolución del paciente 6. Los procedimientos terapéuticos son realizados con consentimiento informado. 7. El seguimiento es realizado de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida y detectando tempranamente signos de alarma y complicaciones. 8. Las complicaciones detectadas son manejadas oportuna y eficazmente 9. Las medidas generales y de orientación a la familia, son indicadas según la enfermedad. 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis son realizadas, cuando corresponda 11. La referencia o contrarreferencia es realizada, según corresponda. 12. El registro del tratamiento es realizado en la HC. | 1. Tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad reumatológica (a, b, c, d, e, f, g, h) 2. Cuidados intermedios e intensivos del adulto o adulto mayor con problemas reumatológicos (a, b, g) 3. Determinación de la severidad del cuadro clínico (a, b, c, d, e, f, g, h) 4. La prescripción farmacológica y no farmacológica del adulto o adulto mayor con enfermedad reumatológica. (a, b, c, d, e, f) 5. Reacciones adversas al medicamento (RAM) y efectos secundarios (b) 6. Seguimiento y manejo de signos de alarma y complicaciones más frecuentes (c, g, h) 7. Exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente. (d, e) 8. Procedimientos terapéuticos con consentimiento informado (f) 9. Medidas generales u orientación a la familia del adulto o adulto mayor con enfermedad reumatológica (i) 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis (j) 11. La referencia y contrarreferencia del adulto o adulto mayor con enfermedad reumatológica (k) 12. Registro del tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad reumatológica (l) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consulta externa. * Hospitalización. * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad reumatológica.    **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del tratamiento de las enfermedades reumatológicas del adulto o adulto mayor  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad reumatológica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONAREME** | **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA No.11** | **VERSIÓN 1**  **FECHA DE APROBACIÓN: 17-02-2012** |
| **TÍTULO DEL ESTÁNDAR DE COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad endocrinológica o metabólica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o evidencias científicas actuales.** | |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA/CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES.** | 11.1 Diagnosticar las enfermedades endocrinológicas o metabólicas en el paciente adulto o adulto mayor. | |
| 11.2 Tratar al paciente adulto o adulto con enfermedad endocrinológica o metabólica. | |

| **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA 11:**  Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad endocrinológica o metabólica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes y las evidencias científicas actuales.** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | **CRITERIOS DE DESEMPEÑO** | **CONOCIMIENTOS ESENCIALES** | **RANGO DE APLICACIÓN** | **EVIDENCIAS REQUERIDAS** |
| * 1. Diagnosticar las enfermedades   endocrinológicas o metabólicas en el paciente adulto o adulto mayor. | 1. La evaluación clínica es realizada considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. 2. La anamnesis de la enfermedad actual incluye: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. 3. El examen físico es completo e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. 4. El Plan de trabajo es realizado considerando los diagnósticos presuntivos. 5. Los estudios de apoyo al diagnóstico son solicitados considerando los diagnósticos presuntivos. 6. Las interconsultas son solicitadas oportunamente y de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. 7. Los procedimientos diagnósticos son solicitados programados y realizados oportunamente, en función de los diagnósticos presuntivos y con consentimiento informado. 8. El diagnóstico es efectuado con base en los resultados de la evaluación clínica, exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos realizados y se registra de acuerdo al CIE 10. 9. La referencia y contrarreferencia es efectuada, según corresponda. 10. La información obtenida es registrada en la HC. | 1. Fisiopatología de las enfermedades endocrinológicas o metabólicas (a, b, c, d, e, f, g, h) 2. Epidemiología de las enfermedades endocrinológicas o metabólicas (a, b, c, d, e, f, g, h) 3. Semiología de las enfermedades endocrinológicas o metabólicas (a, b, c) 4. Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos (d) 5. Estudios de apoyo al diagnóstico de las enfermedades endocrinológicas o metabólicas (e) 6. Interconsultas en enfermedades endocrinológicas o metabólicas (f) 7. Procedimientos invasivos y no invasivos para el diagnóstico de enfermedades endocrinológicas o metabólicas (g) 8. Consentimiento informado (g) 9. Clasificación y diagnóstico de las enfermedades endocrinológicas o metabólicas (a, b, c, d, e, f, g, h)   9.1 Enfermedades endocrinológicas:   * Trastornos de la adenohipófisis. * Trastornos de la neurohipófisis. * Trastornos de la tiroides. * Enfermedades de la corteza suprarrenal. * Feocromocitoma. * Diabetes Mellitus. * Trastornos del aparato reproductor. * Infertilidad * Climaterio y menopausia. * Tumores endocrinos. * Enfermedades endocrinas múltiples.   9.2 Enfermedades metabólicas:   * Trastornos del metabolismo óseo y mineral * Trastornos del metabolismo intermediario. * Obesidad  1. Referencia y contrarreferencia (i) 2. Registro en la H.C. y CIE 10 (j) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consulta externa. * Hospitalización. * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad endocrinológica o metabólica.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del diagnóstico de las enfermedades endocrinológicas o metabólicas del adulto o adulto mayor  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad endocrinológica o metabólica. |
| * 1. Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad endocrinológica o metabólica. | 1. El tratamiento farmacológico y no farmacológico indicado, guarda relación con el diagnóstico. 2. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y los efectos secundarios, son previstos, identificados y notificados de acuerdo a normas vigentes. 3. El tratamiento toma en cuenta signos de alarma y vigilancia de las complicaciones más frecuentes. 4. La indicación de exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes es realizada de acuerdo a la evolución del paciente. 5. Las interconsultas son realizadas en forma oportuna, de acuerdo a la evolución del paciente 6. Los procedimientos terapéuticos son realizados con consentimiento informado. 7. El seguimiento es realizado de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida y detectando tempranamente signos de alarma y complicaciones. 8. Las complicaciones detectadas son manejadas oportuna y eficazmente 9. Las medidas generales y de orientación a la familia, son indicadas según la enfermedad. 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis son realizadas, cuando corresponda 11. La referencia o contrarreferencia es realizada, según corresponda. 12. El registro del tratamiento es realizado en la HC. | 1. Tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad endocrinológica o metabólica (a, b, c, d, e, f, g, h) 2. Cuidados intermedios e intensivos del adulto o adulto mayor con endocrinológica o metabólica (a, b, g) 3. Determinación de la severidad del cuadro clínico (a, b, c, d, e, f, g, h) 4. La prescripción farmacológica y no farmacológica del adulto o adulto mayor con enfermedad endocrinológica o metabólica (a, b, c, d, e, f) 5. Reacciones adversas al medicamento (RAM) y efectos secundarios (b) 6. Seguimiento y manejo de signos de alarma y complicaciones más frecuentes (c, g, h) 7. Exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente (d, e) 8. Procedimientos terapéuticos con consentimiento informado (f) 9. Medidas generales u orientación a la familia del adulto o adulto mayor con enfermedad endocrinológica o metabólica (i) 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis son realizadas, cuando corresponda (j) 11. La referencia y contrarreferencia del adulto o adulto mayor con enfermedad endocrinológica o metabólica (k) 12. Registro del tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad endocrinológica o metabólica (l) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consulta externa * Hospitalización * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad endocrinológica o metabólica.    **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del tratamiento de las enfermedades endocrinológicas o metabólicas del adulto o adulto mayor  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad endocrinológica o metabólica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONAREME** | **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA No. 12** | **VERSIÓN 1**  **FECHA DE APROBACIÓN: 17-02-2012** |
| **TÍTULO DEL ESTÁNDAR DE COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad hematológica y oncológica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o evidencias científicas actuales.** | |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA/CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES.** | 12.1 Diagnosticar las enfermedades hematológicas y oncológicas en el paciente adulto o adulto mayor. | |
| 12.2 Realizar el **manejo conjunto con el hematólogo**, del paciente adulto o adulto mayor con enfermedad hematológica. | |
| 12.3 Realizar el **manejo conjunto con el oncólogo**, del paciente adulto o adulto mayor con enfermedad oncológica. | |

| **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA 12:**  Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad hematológica y oncológica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes y las evidencias científicas actuales.** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | **CRITERIOS DE DESEMPEÑO** | **CONOCIMIENTOS ESENCIALES** | **RANGO DE APLICACIÓN** | **EVIDENCIAS REQUERIDAS** |
| * 1. Diagnosticar las enfermedades   Hematológicas y oncológicas en el paciente adulto o adulto mayor. | 1. La evaluación clínica es realizada considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. 2. La anamnesis de la enfermedad actual incluye: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. 3. El examen físico es completo e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. 4. El Plan de trabajo es realizado considerando los diagnósticos presuntivos. 5. Los estudios de apoyo al diagnóstico son solicitados considerando los diagnósticos presuntivos. 6. Las interconsultas son solicitadas oportunamente y de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. 7. Los procedimientos diagnósticos son solicitados programados y realizados oportunamente, en función de los diagnósticos presuntivos y con consentimiento informado. 8. El diagnóstico es efectuado con base en los resultados de la evaluación clínica, exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos realizados y se registra de acuerdo al CIE 10. 9. La referencia y contrarreferencia es efectuada, según corresponda. 10. La información obtenida es registrada en la HC. | 1. Fisiopatología de las enfermedades hematológicas y oncológica (a, b, c, d, e, f, g, h) 2. Epidemiología de las enfermedades hematológicas y oncológicas (a, b, c, d, e, f, g, h) 3. Semiología de las enfermedades hematológicas y oncológicas (a, b, c) 4. Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos (d) 5. Estudios de apoyo al diagnóstico de las enfermedades hematológicas y oncológicas (e) 6. Interconsultas en enfermedades hematológicas y oncológicas (f) 7. Procedimientos invasivos y no invasivos para el diagnóstico de enfermedades hematológicas y oncológicas (g) 8. Consentimiento informado (g) 9. Clasificación y diagnóstico de las enfermedades hematológicas y oncológicas (a, b, c, d, e, f, g, h)   9.1 Enfermedades hematológicos   * Anemias. * Hemoglobinopatías * Policitemias * Leucemias * Trastornos de las células plasmáticas. * Trastornos mieloproliferativos * Linfomas. * Trastornos de la hemostasia.   9.2 Enfermedades oncológicas:   * De piel. * De Cabeza y cuello. * Pulmonar. * Del aparato digestivo. * Del hígado y vías biliares. * Renal y de vejiga. * De próstata. * Testicular. * Ginecológico. * De tejidos blandos y hueso. * Con primario desconocido. * Síndromes paraneoplásicos.  1. Referencia y contrarreferencia (i) 2. Registro en la H.C. y CIE 10 (j) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consulta externa. * Hospitalización. * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad hematológica y a dos con enfermedad oncológica.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del diagnóstico de las enfermedades hematológicas y enfermedades oncológicas  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad hematológica y a dos con enfermedad oncológica |
| * 1. Realizar el **manejo conjunto con el Hematólogo**, del paciente adulto o adulto mayor con enfermedad hematológica. | 1. El tratamiento farmacológico y no farmacológico indicado en forma conjunta con el Hematólogo, guarda relación con el diagnóstico. 2. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y los efectos secundarios, son previstos, identificados y notificados de acuerdo a normas vigentes. 3. El tratamiento toma en cuenta signos de alarma y vigilancia de las complicaciones más frecuentes. 4. La indicación de exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes es realizada de acuerdo a la evolución del paciente. 5. Las interconsultas son realizadas en forma oportuna, de acuerdo a la evolución del paciente 6. Los procedimientos terapéuticos son realizados con consentimiento informado. 7. El seguimiento es realizado de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida y detectando tempranamente signos de alarma y complicaciones. 8. Las complicaciones detectadas son manejadas oportuna y eficazmente 9. Las medidas generales y de orientación a la familia, son indicadas según el diagnóstico. 10. La referencia o contrarreferencia es realizada, según corresponda. 11. El registro del tratamiento es realizado en la HC. | 1. Tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad hematológica (a, b, c, d, e, f, g, h) 2. Cuidados intermedios e intensivos del adulto o adulto mayor con enfermedad hematológica (a, b, g) 3. Determinación de la severidad del cuadro clínico (a, b, c, d, e, f, g, h) 4. La prescripción farmacológica y no farmacológica del adulto o adulto mayor con enfermedad hematológica (a, b, c, d, e, f) 5. Reacciones adversas al medicamento (RAM) y efectos secundarios (b) 6. Seguimiento y manejo de signos de alarma y complicaciones más frecuentes (c, g, h) 7. Exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente (d, e) 8. Procedimientos terapéuticos con consentimiento informado (f) 9. Medidas generales u orientación a la familia del adulto o adulto mayor con enfermedad hematológica.(i) 10. La referencia y contrarreferencia del adulto o adulto mayor con enfermedad hematológica. (j) 11. Registro del tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad hematológica. (k) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consulta externa. * Hospitalización. * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación directa del **manejo conjunto con el Hematólogo** a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad hematológica.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba acerca del tratamiento de las enfermedades hematológicas del adulto o adulto mayor  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del **manejo conjunto con el Hematólogo** a dos pacientes adultos o adultos mayores con  enfermedad hematológica |
| * 1. Realizar el **manejo conjunto con el oncólogo**, del paciente adulto o adulto mayor con enfermedad oncológica. | 1. El tratamiento farmacológico y no farmacológico indicado en forma conjunta con el Oncólogo, guarda relación con el diagnóstico. 2. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y los efectos secundarios, son previstos, identificados y notificados. 3. El tratamiento toma en cuenta signos de alarma y vigilancia de las complicaciones más frecuentes. 4. La indicación de exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes es realizada de acuerdo a la evolución del paciente. 5. Las interconsultas son realizadas en forma oportuna, de acuerdo a la evolución del paciente 6. Los procedimientos terapéuticos son realizados con consentimiento informado. 7. El seguimiento es realizado de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida y detectando tempranamente signos de alarma y complicaciones. 8. Las complicaciones detectadas son manejadas oportuna y eficazmente 9. Las medidas generales y de orientación a la familia, son indicadas según la enfermedad. 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis son realizadas, cuando corresponda 11. La referencia o contrarreferencia es realizada, según corresponda. 12. El registro del tratamiento es realizado en la HC. | 1. Tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad oncológica (a, b, c, d, e, f, g, h) 2. Cuidados intermedios e intensivos del adulto o adulto mayor con enfermedad oncológica (a, b, g) 3. Determinación de la severidad del cuadro clínico (a, b, c, d, e, f, g, h) 4. La prescripción farmacológica y no farmacológica del adulto o adulto mayor con enfermedad oncológica (a, b, c, d, e y f) 5. Reacciones adversas al medicamento (RAM) y efectos secundarios (b) 6. Seguimiento y manejo de signos de alarma y complicaciones más frecuentes (c, g, h) 7. Exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente (d, e) 8. Procedimientos terapéuticos con consentimiento informado (f) 9. Medidas generales u orientación a la familia del adulto o adulto mayor con enfermedad oncológica (i) 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis (j) 11. La referencia y contrarreferencia del adulto o adulto mayor con enfermedad oncológica (k) 12. Registro del tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad oncológica (l) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consulta externa. * Hospitalización. * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación directa del **manejo conjunto con el oncólogo** a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad oncológica.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba acerca del tratamiento de las enfermedades oncológicas.  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del **manejo conjunto con el oncólogo** a dos pacientes adultos o adultos mayores con  enfermedad oncológica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONAREME** | **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA No.13** | **VERSIÓN 1**  **FECHA DE APROBACIÓN: 17-02-2012** |
| **TÍTULO DEL ESTÁNDAR DE COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad dermatológica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o evidencias científicas actuales.** | |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA/CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES.** | 13.1 Diagnosticar las enfermedades dermatológicas en el paciente adulto o adulto mayor. | |
| 13.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad dermatológica. | |

| **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA 13:**  Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad dermatológica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes y las evidencias científicas actuales.** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | **CRITERIOS DE DESEMPEÑO** | **CONOCIMIENTOS ESENCIALES** | **RANGO DE APLICACIÓN.** | **EVIDENCIAS REQUERIDAS.** |
| * 1. Diagnosticar las enfermedades dermatológicas en el paciente adulto o adulto mayor. | 1. La evaluación clínica es realizada considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. 2. La anamnesis de la enfermedad actual incluye: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. 3. El examen físico es completo e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. 4. El Plan de trabajo es realizado considerando los diagnósticos presuntivos. 5. Los estudios de apoyo al diagnóstico son solicitados considerando los diagnósticos presuntivos. 6. Las interconsultas son solicitadas oportunamente y de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. 7. Los procedimientos diagnósticos son solicitados programados y realizados oportunamente, en función de los diagnósticos presuntivos y con consentimiento informado. 8. El diagnóstico es efectuado con base en los resultados de la evaluación clínica, exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos realizados y se registra de acuerdo al CIE 10. 9. La referencia y contrarreferencia es efectuada, según corresponda. 10. La información obtenida es registrada en la HC. | 1. Fisiopatología de las enfermedades dermatológicas (a, b, c, d, e, f, g, h) 2. Epidemiología de las enfermedades dermatológicas (a, b, c, d, e, f, g, h) 3. Semiología de las enfermedades dermatológicas (a, b, c) 4. Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos (d) 5. Estudios de apoyo al diagnóstico de las enfermedades dermatológicas (e) 6. Interconsultas en enfermedades dermatológicas (f) 7. Procedimientos invasivos y no invasivos para el diagnóstico de enfermedades dermatológicas (g) 8. Consentimiento informado (g) 9. Clasificación y diagnóstico de las enfermedades dermatológicas (a, b, c, d, e, f, g, h)  * Infecciones de piel y tejido celular subcutáneo. * Dermatomicosis * Eccemas * Síndromes ampollares * Trastornos de la pigmentación * Trastornos de los anexos * Manifestaciones dérmicas de enfermedades sistémicas * Enfermedades metabólicas  1. Referencia y contrarreferencia (i) 2. Registro en la H.C. y CIE 10 (j) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consulta externa. * Hospitalización. * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad dermatológica.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del diagnóstico de las enfermedades dermatológicas del adulto o adulto mayor  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad dermatológica. |
| * 1. Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad dermatológica | 1. El tratamiento farmacológico y no farmacológico indicado, guarda relación con el diagnóstico. 2. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y los efectos secundarios, son previstos, identificados y notificados de acuerdo a normas vigentes. 3. El tratamiento toma en cuenta signos de alarma y vigilancia de las complicaciones más frecuentes. 4. La indicación de exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes es realizada de acuerdo a la evolución del paciente. 5. Las interconsultas son realizadas en forma oportuna, de acuerdo a la evolución del paciente 6. Los procedimientos terapéuticos son realizados con consentimiento informado. 7. El seguimiento es realizado de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida y detectando tempranamente signos de alarma y complicaciones. 8. Las complicaciones detectadas son manejadas oportuna y eficazmente 9. Las medidas generales y de orientación a la familia, son indicadas según la enfermedad. 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis son realizadas, cuando corresponda 11. La referencia o contrarreferencia es realizada, según corresponda. 12. El registro del tratamiento es realizado en la HC. | 1. Tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad dermatológica (a, b, c, d, e, f, g y h) 2. Cuidados intermedios e intensivos del adulto o adulto mayor con problemas dermatológicos (a, b, g) 3. Determinación de la severidad del cuadro clínico (a, b, c, d, e, f, g y h) 4. La prescripción farmacológica y no farmacológica del adulto o adulto mayor con enfermedad dermatológica (a, b, c, d, e y f) 5. Reacciones adversas al medicamento (RAM) y efectos secundarios (b) 6. Seguimiento y manejo de signos de alarma y complicaciones más frecuentes (c, g, h) 7. Exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente (d, e) 8. Procedimientos terapéuticos con consentimiento informado (f) 9. Medidas generales u orientación a la familia del adulto o adulto mayor con enfermedad dermatológica (i) 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis (j) 11. La referencia y contrarreferencia del adulto o adulto mayor con enfermedad dermatológica (k) 12. Registro del tratamiento del adulto o dermatológica (l) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consulta externa * Hospitalización * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad dermatológica.    **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del tratamiento de las enfermedades dermatológicas del adulto o adulto mayor  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad dermatológica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONAREME** | **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA No.14** | **VERSIÓN 1**  **FECHA DE APROBACIÓN: 17-02-2012** |
| **TÍTULO DEL ESTÁNDAR DE COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad inmunológica de acuerdo a guías técnicas vigentes o evidencias científicas actuales. | |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA/CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES.** | 14.1 Diagnosticar las enfermedades inmunológicas en el paciente adulto o adulto mayor. | |
| 14.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad inmunológica. | |

| **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA 14:**  Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad inmunológica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes y las evidencias científicas actuales.** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | **CRITERIOS DE DESEMPEÑO** | **CONOCIMIENTOS ESENCIALES** | **RANGO DE APLICACIÓN** | **EVIDENCIAS REQUERIDAS** |
| * 1. Diagnosticar las enfermedades   inmunológicas en el paciente adulto o adulto mayor | 1. La evaluación clínica es realizada considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. 2. La anamnesis de la enfermedad actual incluye: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. 3. El examen físico es completo e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. 4. El Plan de trabajo es realizado considerando los diagnósticos presuntivos. 5. Los estudios de apoyo al diagnóstico son solicitados considerando los diagnósticos presuntivos. 6. Las interconsultas son solicitadas oportunamente y de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. 7. Los procedimientos diagnósticos son solicitados programados y realizados oportunamente, en función de los diagnósticos presuntivos y con consentimiento informado. 8. El diagnóstico es efectuado con base en los resultados de la evaluación clínica, exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos realizados y se registra de acuerdo al CIE 10. 9. La referencia y contrarreferencia es efectuada, según corresponda. 10. La información obtenida es registrada en la HC. | 1. Fisiopatología de las enfermedades inmunológicas (a, b, c, d, e, f, g, h) 2. Epidemiología de las enfermedades inmunológicas (a, b, c, d, e, f, g, h) 3. Semiología de las enfermedades inmunológicas (a, b, c) 4. Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos (d) 5. Estudios de apoyo al diagnóstico de las enfermedades inmunológicas (e) 6. Interconsultas en enfermedades inmunológicas (f) 7. Procedimientos invasivos y no invasivos para el diagnóstico de enfermedades inmunológicas (g) 8. Consentimiento informado (g) 9. Clasificación y diagnóstico de las enfermedades inmunológicas (a, b, c, d, e, f, g, h)   9.1 Inmunodeficiencias:   * Defectos cromosómicos. * Hipogammaglobulimnemia producida por fármacos. * Defectos metabólicos hereditarios. * Asociadas a Enfermedades infecciosas. * Leucemia linfocítica   9.2 Trastornos por lesión inmunitaria:   * Cuadros alérgicos * Enfermedades autoinmunes: * Lupus eritematoso sistémico * Artritis reumatoide * Dermatomiositis * Esclerodermia * Síndromes de superposición * Fiebre reumática * Sjogren * Espondiloartritis * Vasculitis * Sarcoidosis * Poliserositis * Amiloidosis. * Rechazo a trasplante de órganos.   9.3 Trastornos de articulaciones:   * Osteoartrosis * Gota * Artritis infecciosa * Fibromialgia * Artritis en enfermedades sistémicas.  1. Referencia y contrarreferencia (i) 2. Registro en la H.C. y CIE 10 (j) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consulta externa. * Hospitalización. * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad inmunológica.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del diagnóstico de las enfermedades inmunológicas del adulto o adulto mayor  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad inmunológica. |
| * 1. Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad inmunológica | 1. El tratamiento farmacológico y no farmacológico indicado, guarda relación con el diagnóstico. 2. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y los efectos secundarios, son previstos, identificados y notificados de acuerdo a normas vigentes. 3. El tratamiento toma en cuenta signos de alarma y vigilancia de las complicaciones más frecuentes. 4. La indicación de exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes es realizada de acuerdo a la evolución del paciente. 5. Las interconsultas son realizadas en forma oportuna, de acuerdo a la evolución del paciente 6. Los procedimientos terapéuticos son realizados con consentimiento informado. 7. El seguimiento es realizado de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida y detectando tempranamente signos de alarma y complicaciones. 8. Las complicaciones detectadas son manejadas oportuna y eficazmente 9. Las medidas generales y de orientación a la familia, son indicadas según la enfermedad. 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis son realizadas, cuando corresponda 11. La referencia o contrarreferencia es realizada, según corresponda. 12. El registro del tratamiento es realizado en la HC. | 1. Tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad inmunológica. (a, b, c, d, e, f, g, h) 2. Cuidados intermedios e intensivos del adulto o adulto mayor con enfermedad inmunológica (a, b, g) 3. Determinación de la severidad del cuadro clínico (a, b, c, d, e, f, g, h) 4. La prescripción farmacológica y no farmacológica del adulto o adulto mayor con enfermedad inmunológica. (a, b, c, d, e, f) 5. Reacciones adversas al medicamento (RAM) y efectos secundarios (b) 6. Seguimiento y manejo de signos de alarma y complicaciones más frecuentes (c, g, h) 7. Exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente. (d, e) 8. Procedimientos terapéuticos con consentimiento informado (f) 9. Medidas generales u orientación a la familia del adulto o adulto mayor con enfermedad inmunológica (i) 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis (j) 11. La referencia y contrarreferencia del adulto o adulto mayor con enfermedad inmunológica (k) 12. Registro del tratamiento del adulto o inmunológica (l) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consulta externa * Hospitalización * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad inmunológica.    **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del tratamiento de las enfermedades inmunológicas del adulto o adulto mayor  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad inmunológica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONAREME** | **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA No. 15** | **VERSIÓN 1.**  **FECHA DE APROBACIÓN: 17-02-2012** |
| **TÍTULO DEL ESTÁNDAR DE COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad alérgica de acuerdo a guías técnicas vigentes o evidencias científicas actuales. | |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA/CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES.** | 15.1 Diagnosticar las enfermedades alérgicas en el paciente adulto o adulto mayor. | |
| 15.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad alérgica. | |

| **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA 15:**  Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad alérgica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes y las evidencias científicas actuales.** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | **CRITERIOS DE DESEMPEÑO** | **CONOCIMIENTOS ESENCIALES** | **RANGO DE APLICACIÓN** | **EVIDENCIAS REQUERIDAS** |
| * 1. Diagnosticar las enfermedades   alérgicas en el paciente adulto o adulto mayor. | 1. La evaluación clínica es realizada considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. 2. La anamnesis de la enfermedad actual incluye: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. 3. El examen físico es completo e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. 4. El Plan de trabajo es realizado considerando los diagnósticos presuntivos. 5. Los estudios de apoyo al diagnóstico son solicitados considerando los diagnósticos presuntivos. 6. Las interconsultas son solicitadas oportunamente y de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. 7. Los procedimientos diagnósticos son solicitados programados y realizados oportunamente, en función de los diagnósticos presuntivos y con consentimiento informado. 8. El diagnóstico es efectuado con base en los resultados de la evaluación clínica, exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos realizados y se registra de acuerdo al CIE 10. 9. La referencia y contrarreferencia es efectuada, según corresponda. 10. La información obtenida es registrada en la HC. | 1. Fisiopatología de las enfermedades alérgicas (a, b, c, d, e, f, g. h) 2. Epidemiología de las enfermedades alérgicas (a, b, c, d, e, f, g, h) 3. Semiología de las enfermedades alérgicas (a, b, c) 4. Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos (d) 5. Estudios de apoyo al diagnóstico de las enfermedades alérgicas (e) 6. Interconsultas en enfermedades alérgicas (f) 7. Procedimientos invasivos y no invasivos para el diagnóstico de enfermedades alérgicas (g) 8. Consentimiento informado (g) 9. Clasificación y diagnóstico de las enfermedades alérgicas (a, b, c, d, e, f, g, h)  * Urticaria * Anafilaxia. * Alergia a fármacos * Rinitis alérgica * Asma bronquial alérgica * Eosinofilia  1. Referencia y contrarreferencia (i) 2. Registro en la H.C. y CIE 10 (j) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consulta externa. * Hospitalización. * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad alérgica.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del diagnóstico de las enfermedades alérgicas del adulto o adulto mayor.  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad alérgica. |
| * 1. Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad alérgica | 1. El tratamiento farmacológico y no farmacológico indicado, guarda relación con el diagnóstico. 2. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y los efectos secundarios, son previstos, identificados y notificados de acuerdo a normas vigentes. 3. El tratamiento toma en cuenta signos de alarma y vigilancia de las complicaciones más frecuentes. 4. La indicación de exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes es realizada de acuerdo a la evolución del paciente. 5. Las interconsultas son realizadas en forma oportuna, de acuerdo a la evolución del paciente 6. Los procedimientos terapéuticos son realizados con consentimiento informado. 7. El seguimiento es realizado de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida y detectando tempranamente signos de alarma y complicaciones. 8. Las complicaciones detectadas son manejadas oportuna y eficazmente 9. Las medidas generales y de orientación a la familia, son indicadas según la enfermedad. 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis son realizadas, cuando corresponda 11. La referencia o contrarreferencia es realizada, según corresponda. 12. El registro del tratamiento es realizado en la HC. | 1. Tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad alérgica (a, b, c, d, e, f, g, h) 2. Cuidados intermedios e intensivos del adulto o adulto mayor con enfermedad alérgica (a, b, g) 3. Determinación de la severidad del cuadro clínico (a, b, c, d, e, f, g, h) 4. La prescripción farmacológica y no farmacológica del adulto o adulto mayor con enfermedad alérgica (a, b, c, d, e, f) 5. Reacciones adversas al medicamento (RAM) y efectos secundarios (b) 6. Seguimiento y manejo de signos de alarma y complicaciones más frecuentes (c, g, h) 7. Exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente. (d, e) 8. Procedimientos terapéuticos con consentimiento informado (f) 9. Medidas generales u orientación a la familia del adulto o adulto mayor con enfermedad alérgica (i) 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis (j) 11. La referencia y contrarreferencia del adulto o adulto mayor con enfermedad alérgica (k) 12. Registro del tratamiento del adulto o alérgica (l) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consulta externa * Hospitalización * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad alérgica.    **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del tratamiento de las enfermedades alérgicas del adulto o adulto mayor  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad alérgica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONAREME** | **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA No. 16** | **VERSIÓN 1.**  **FECHA DE APROBACIÓN: 17-02-2012** |
| **TÍTULO DEL ESTÁNDAR DE COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad psiquiátrica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o evidencias científicas actuales.** | |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA/CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES.** | 16.1 Realizar el diagnóstico presuntivo de las enfermedadespsiquiátricas en el paciente adulto o adulto mayor. | |
| 16.2 Realizar el tratamiento inicial al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad psiquiátrica. | |

| **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA 16:**  Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad psiquiátrica **de acuerdo a guías técnicas vigentes o evidencias científicas actuales.** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | **CRITERIOS DE DESEMPEÑO** | **CONOCIMIENTOS ESENCIALES** | **RANGO DE APLICACIÓN** | **EVIDENCIAS REQUERIDAS** |
| * 1. Realizar el diagnóstico presuntivo de las enfermedadespsiquiátricas en el paciente adulto o adulto mayor | 1. La evaluación clínica es realizada considerando los antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. 2. La anamnesis de la enfermedad actual es realizada en profundidad e incluye tiempo de enfermedad, forma de inicio, evolución, síntomas y signos destacados y funciones vitales. 3. El examen físico es completo e incluye aspectos generales y preferenciales. 4. El Plan de trabajo es realizado considerando los diagnósticos presuntivos. 5. Los estudios de apoyo al diagnóstico y los procedimientos diagnósticos son solicitados, programados y realizados oportunamente y en función de los diagnósticos presuntivos. 6. Las interconsultas a otras especialidades son solicitadas oportunamente y de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. 7. La clasificación o diagnóstico permite detectar el tipo de enfermedad psiquiátrica, de acuerdo a los resultados de la evaluación clínica, exámenes auxiliares y procedimientos realizados y se registra de acuerdo al CIE 10. 8. La información obtenida es registrada en la historia clínica. 9. La referencia y contrarreferencia es efectuada según corresponda. | 1. Semiología de las enfermedades psiquiátricas (a, b, c) 2. Evaluación clínica, anamnesis y examen físico de las enfermedades psiquiátricas (a, b, c, ) 3. Plan de trabajo considerando diagnósticos presuntivos (a, b, c, d) 4. Estudios de apoyo al diagnóstico de las enfermedades psiquiátricas (e) 5. Procedimientos para el diagnóstico de enfermedades psiquiátricas (e) 6. Interconsultas en enfermedades psiquiátricas (f) 7. Clasificación y diagnóstico de las enfermedades psiquiátricas: (a, b, c, d, e, f, g,)  * Neurosis * Psicosis * Trastornos de personalidad * Trastornos afectivos * Trastornos de conducta * Trastornos psicosomáticos * Trastornos mentales orgánicos * Adicciones  1. Norma de registro en la H.C. y CIE 10 (h) 2. Norma de referencia y contrarreferencia (i) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital /Instituto en:**   * Consulta externa. * Hospitalización. * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de cotejo y observación del diagnóstico presuntivo a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad psiquiátrica.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del diagnóstico de las enfermedades psiquiátricas en el adulto o adulto mayor.  **PRODUCTO:**  H.C con registro del diagnóstico presuntivo a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad psiquiátrica. |
| * 1. Realizar el tratamiento inicial al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad psiquiátrica. | 1. El plan de tratamiento inicial que propone corresponde al diagnóstico de la enfermedad psiquiátrica. 2. La prescripción realizada corresponde al diagnóstico de la enfermedad psiquiátrica. 3. Las reacciones adversas (RAM) y los efectos secundarios a los medicamentos, son previstos, identificados y notificados de acuerdo a normas vigentes. 4. Las interconsultas son realizadas en forma oportuna, de acuerdo a la evolución del paciente 5. La indicación de exámenes auxiliares de laboratorio relacionados con RAM, son indicados de acuerdo a la evolución del paciente. 6. El tratamiento y el seguimiento toman en cuenta signos de alarma y vigilancia de las complicaciones más frecuentes. 7. Las complicaciones detectadas son manejadas oportuna y eficazmente 8. Las medidas generales u orientación a la familia son indicadas según la enfermedad. 9. El alta, las indicaciones y la epicrisis son realizadas, cuando corresponda 10. La referencia y contrarreferencia es realizada según corresponda. 11. El registro del tratamiento es realizado en la HC. | 1. Tratamiento inicial del adulto o adulto mayor con enfermedad psiquiátrica (a , b, c, d, e, f, g,h) 2. La prescripción para la enfermedad psiquiátrica (a, b) 3. Reacciones adversas al medicamento (RAM) y efectos secundarios (c) 4. Interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente (d) 5. La indicación de exámenes auxiliares de laboratorio relacionados con RAM (e) 6. Manejo de signos de alarma y complicaciones más frecuentes (f, g) 7. Medidas generales u orientación a la familia del adulto o adulto mayor con enfermedad psiquiátrica (h) 8. El alta, las indicaciones y la epicrisis (j) 9. La referencia y contrarreferencia del adulto o adulto mayor con enfermedad psiquiátrica (j) 10. Registro del tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad psiquiátrica (k) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital /Instituto en:**   * Consulta externa, * Hospitalización * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de cotejo y observación del tratamiento inicial a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad psiquiátrica.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita sobre conocimientos para el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas del adulto o adulto mayor  **PRODUCTO:**  H.C con registro del tratamiento inicial a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedad psiquiátrica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONAREME** | **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA No. 17** | **VERSIÓN 1**  **FECHA DE APROBACIÓN: 17-02-2012** |
| **TÍTULO DEL ESTÁNDAR DE COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con fiebre de origen desconocido, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.** | |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA/CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES.** | 17.1 Diagnosticar las enfermedades, que causan fiebre de origen desconocido, en el paciente adulto o adulto mayor. | |
| 17.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor, con enfermedades que causan fiebre de origen desconocido. | |

| **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA 17:**  Atender al paciente adulto o adulto mayor con fiebre de origen desconocido, **de acuerdo a guías técnicas vigentes y las evidencias científicas actuales.** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | **CRITERIOS DE DESEMPEÑO** | **CONOCIMIENTOS ESENCIALES** | **RANGO DE APLICACIÓN** | **EVIDENCIAS REQUERIDAS** |
| * 1. Diagnosticar las enfermedades que causan fiebre de origen desconocido, en el paciente adulto o adulto mayor. | 1. La evaluación clínica es realizada considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. 2. La anamnesis de la enfermedad actual incluye: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. 3. El examen físico es completo e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. 4. El Plan de trabajo es realizado considerando los diagnósticos presuntivos. 5. Los estudios de apoyo al diagnóstico son solicitados considerando los diagnósticos presuntivos. 6. Las interconsultas son solicitadas oportunamente y de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. 7. Los procedimientos diagnósticos son solicitados programados y realizados oportunamente, en función de los diagnósticos presuntivos y con consentimiento informado. 8. El diagnóstico es efectuado con base en los resultados de la evaluación clínica, exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos realizados y se registra de acuerdo al CIE 10. 9. La referencia y contrarreferencia es efectuada, según corresponda. 10. La información obtenida es registrada en la HC. | 1. Fisiopatología de las enfermedades que causan fiebre, de etiología desconocida (a, b, c, d, e, f, g, h) 2. Epidemiología de las enfermedades que causan fiebre de origen desconocido (a, b, c, d, e, f, g, h) 3. Semiología de las enfermedades que causan fiebre de origen desconocido (a, b, c) 4. Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos (d) 5. Estudios de apoyo al diagnóstico de las enfermedades que causan fiebre de origen desconocido (e) 6. Interconsultas en enfermedad que causa fiebre de origen desconocido (f) 7. Procedimientos invasivos y no invasivos para el diagnóstico de enfermedad que causa fiebre de origen desconocido (g) 8. Consentimiento informado (g) 9. Clasificación y diagnóstico de las enfermedades que causan fiebre de origen desconocido (a, b, c, d, e, f, g, h)   9.1 Infecciones:   * Abcesos intraabdominales * Micobacterias * Citomegalovirus * Urinarias * Endocarditis   9.2 Tumores:   * Linfomas y leucemias * Epiteliales * **Colagenosis:** * Enfermedad de Still * Pananteritis * Arteritis temporal * LES   9.3 Enfermedades granulomatosas:   * Hepatitis granulomatosa * Enfermedad de Crohn * Sarcoidosis   9.4 Miscelánea   * Embolia pulmonar. * Enfermedad periódica * Fiebre mediterránea. * Fiebre simulada.  1. Referencia y contrarreferencia (i) 2. Registro en la H.C. y CIE 10 (j) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consulta externa. * Hospitalización. * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedades que causan fiebre de origen desconocido.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del diagnóstico de las enfermedades que causan fiebre de origen desconocido del adulto o adulto mayor.  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedades que causan fiebre de origen desconocido |
| * 1. Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedades que causa fiebre de origen desconocido. | 1. El tratamiento farmacológico y no farmacológico indicado, guarda relación con el diagnóstico. 2. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y los efectos secundarios, son previstos, identificados y notificados de acuerdo a normas vigentes. 3. El tratamiento toma en cuenta signos de alarma y vigilancia de las complicaciones más frecuentes. 4. La indicación de exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes es realizada de acuerdo a la evolución del paciente. 5. Las interconsultas son realizadas en forma oportuna, de acuerdo a la evolución del paciente 6. Los procedimientos terapéuticos son realizados con consentimiento informado. 7. El seguimiento es realizado de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida y detectando tempranamente signos de alarma y complicaciones. 8. Las complicaciones detectadas son manejadas oportuna y eficazmente 9. Las medidas generales y de orientación a la familia, son indicadas según la enfermedad. 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis son realizadas, cuando corresponda 11. La referencia o contrarreferencia es realizada, según corresponda. 12. El registro del tratamiento es realizado en la HC. | 1. Tratamiento del adulto o adulto mayor con enfermedad que causa fiebre de origen desconocido (a, b, c, d, e, f, g, h) 2. Cuidados intermedios e intensivos del adulto o adulto mayor con enfermedad que causa fiebre de origen desconocido (a, b, g) 3. Determinación de la severidad del cuadro clínico (a, b, c, d, e, f, g, h) 4. La prescripción farmacológica y no farmacológica del adulto o adulto mayor con enfermedad que causa fiebre de origen desconocido (a, b, c, d, e, f) 5. Reacciones adversas al medicamento (RAM) y efectos secundarios (b) 6. Seguimiento y manejo de signos de alarma y complicaciones más frecuentes (c, g, h) 7. Exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente (d, e) 8. Procedimientos terapéuticos con consentimiento informado (f) 9. Medidas generales u orientación a la familia del adulto o adulto mayor enfermedad que causa fiebre de origen desconocido (i) 10. El alta, las indicaciones y la epicrisis (j) 11. La referencia y contrarreferencia del adulto o adulto mayor con enfermedad que causa fiebre de origen desconocido. (k) 12. Registro del tratamiento del adulto con enfermedad que causa fiebre de origen desconocido (l) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital/Instituto en:**   * Consulta externa * Hospitalización * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedades que causan fiebre de origen desconocido.    **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del tratamiento de las enfermedades que causan fiebre de origen desconocido en el adulto o adulto mayor  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con enfermedades que causan fiebre de origen desconocido. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONAREME** | ESTÁNDAR DE COMPETENCIA No. 18 | **VERSIÓN 1.**  **FECHA DE APROBACIÓN: 17-02-2012** |
| **TÍTULO DEL ESTÁNDAR DE COMPETENCIA.** | 1. Ejecutar interconsultas derivadas de otras especialidades, de acuerdo a guías técnicas vigentes o evidencias científicas actuales. | |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA/CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES.** | 18.1 Evaluar al paciente adulto o adulto mayor, motivo de la interconsulta. | |
| 18.2 Proponer el plan terapéutico para el paciente adulto o adulto mayor motivo de la interconsulta. | |

| **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA 18:**  Ejecutar interconsultas derivadas de otras especialidades, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o evidencias científicas actuales.** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | **CRITERIOS DE DESEMPEÑO.** | **CONOCIMIENTOS ESENCIALES.** | **RANGO DE APLICACIÓN.** | **EVIDENCIAS REQUERIDAS.** |
| * 1. Evaluar al paciente adulto o adulto mayor, motivo de la interconsulta. | 1. La H.C. previa es revisada en todo su contenido. 2. La anamnesis de la enfermedad actual es realizada en forma dirigida e incluye síntomas y signos destacados y funciones vitales. 3. El examen físico es dirigido e incluye una breve descripción de los hallazgos destacados. 4. Plantea diagnósticos presuntivos y diferenciales 5. Propone estudios auxiliares y procedimientos para el diagnóstico. 6. Efectúa otras recomendaciones que considere necesarias (citas, interconsultas, transferencias, etc). 7. La información es registrada adecuadamente en la H.C. en el formato de interconsulta. | 1. Semiología general (a, b, c) 2. Estudios auxiliares y procedimientos para el diagnóstico (e) 3. Clasificación y diagnóstico de las enfermedades (a, b, c, d) 4. Enfermedades de tratamiento médico y quirúrgico (d, e, f ) 5. Solicitud de la Interconsulta (f) 6. Registro de la evaluación en la HC. (g) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital /Instituto en:**   * Hospitalización. * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de cotejo y observación de dos evaluaciones de paciente adulto o adulto mayor motivo de interconsulta.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del diagnóstico de las enfermedades más frecuentes motivo de interconsulta, en el paciente adulto o adulto mayor.  **PRODUCTO:**  H.C. con registro de dos evaluaciones de paciente adulto o adulto mayor, motivo de interconsulta. |
| * 1. Proponer el plan terapéutico para el paciente adulto o adulto mayor motivo de la interconsulta | 1. Propone un plan terapéutico acorde con el diagnóstico. 2. La prescripción realizada corresponde al diagnóstico de la enfermedad. 3. El tratamiento toma en cuenta todas las patologías detectadas. 4. La referencia es propuesta de acuerdo a norma vigente. 5. El registro del tratamiento es realizado en la HC en el formato de interconsulta, de acuerdo a norma vigente. | 1. Plan terapéutico de acuerdo al diagnóstico propuesto (a, b, c) 2. Prescripción farmacológica y no farmacológica general y especializada del adulto o adulto mayor (a, b, c) 3. Interacciones medicamentosas (b, c) 4. Referencia y contrarreferencia (d) 5. Registro de la evaluación en la HC (e) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital /Instituto en :**   * Hospitalización. * Emergencia. | **DESEMPEÑO:**  Lista de cotejo y observación de la propuesta del plan terapéutico realizado a dos pacientes adultos o adultos mayores, motivo de interconsulta.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca de la terapéutica de las enfermedades más frecuentes motivo de interconsulta, en el adulto o adulto mayor.  **PRODUCTO:**  H.C. con registro de la propuesta del Plan terapéutico realizado a dos pacientes adultos o adultos mayores motivo de interconsulta. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONAREME** | **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA No.19** | **VERSIÓN 1**  **FECHA DE APROBACIÓN: 17-02-2012** |
| **TÍTULO DEL ESTÁNDAR DE COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con patología múltiple, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o evidencias científicas actuales.** | |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA/CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES.** | 19.1 Diagnosticar al paciente adulto o adulto mayor con patología múltiple. | |
| 19.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con patología múltiple. | |

| **ESTÁNDAR DE COMPETENCIA 19:**  Atender al paciente adulto o adulto mayor con patología múltiple, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o evidencias científicas actuales.** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | **CRITERIOS DE DESEMPEÑO.** | **CONOCIMIENTOS ESENCIALES.** | **RANGO DE APLICACIÓN.** | **EVIDENCIAS REQUERIDAS.** |
| * 1. Diagnosticar al paciente adulto o adulto mayor con patología múltiple. | 1. La evaluación clínica es realizada considerando los antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares relacionados con las enfermedades del paciente. 2. La anamnesis de la enfermedad actual es realizada en profundidad e incluye las enfermedades asociadas. 3. El examen físico es completo e incluye aspectos generales y preferenciales. 4. Los estudios de laboratorio y de imágenes son solicitados considerando los diagnósticos presuntivos y definitivos. 5. Los procedimientos diagnósticos son solicitados programados y realizados oportunamente y en función de los diagnósticos presuntivos. 6. Las interconsultas a otras especialidades son solicitadas oportunamente, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos y para el manejo de las patologías detectadas y tratamiento especializado. 7. Los diagnósticos permiten detectar los tipos de patología múltiple, de acuerdo a los resultados de la evaluación clínica, exámenes auxiliares y procedimientos realizados y se codifican de acuerdo al CIE 10. 8. Las evoluciones, complicaciones e informes se efectúan 9. La información obtenida es registrada adecuadamente en la historia clínica. 10. La referencia y contrarreferencia es efectuada oportunamente y de acuerdo a Normas vigentes. | 1. Semiología de la enfermedad principal y enfermedades asociadas o coexistentes (a,   b, c)   1. Estudios auxiliares para el diagnóstico de la enfermedad principal y enfermedades asociadas o coexistentes (d) 2. Procedimientos para el diagnóstico (e) 3. Interconsultas indicadas en la Guía clínica de la enfermedad principal y enfermedades asociadas (f) 4. Clasificación y diagnóstico de la enfermedad principal y de las enfermedades asociadas o co existentes. Guías clínicas (a, b, c, d, e, f, g) 5. Complicaciones de la enfermedad principal y de las enfermedades asociadas o co existentes (h) 6. Registro del diagnóstico en la H.C. y CIE 10 (i) 7. Referencia y contrarreferencia (j) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital /Instituto en:**   * Consulta externa. * Hospitalización. * Emergencia. * UCI | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación directa del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con patología múltiple.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del diagnóstico de patología múltiple, en el adulto o adulto mayor.  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del diagnóstico a dos pacientes adultos o adultos mayores con patología múltiple. |
| * 1. Tratar al paciente adulto o adulto mayor con patología múltiple. | 1. El plan de tratamiento que propone corresponde al diagnóstico de las patologías. 2. La prescripción realizada corresponde al diagnóstico de las patologías. 3. Las reacciones adversas (RAM) y los efectos secundarios a los medicamentos, son previstos, identificados y notificados de acuerdo a normas vigentes. 4. La indicación de exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes son indicados de acuerdo a la evolución del paciente con patología múltiple. 5. El tratamiento toma en cuenta signos de alarma y vigilancia de las complicaciones más frecuentes. 6. Las medidas generales u orientación a la familia son indicadas según las enfermedades detectadas. 7. El alta, las indicaciones y la epicrisis son realizadas, cuando corresponda 8. La referencia y contrarreferencia es realizada de acuerdo a norma vigente. 9. El registro del tratamiento es realizado en la HC de acuerdo a norma vigente. | 1. Tratamiento del adulto o adulto mayor patología múltiple. Guías clínicas (a , b, c, d, e, f, g) 2. Cuidados intermedios e intensivos del adulto o adulto mayor con patología múltiple (a, b) 3. Determinación de la severidad del cuadro clínico (a, b, c, d, e, f) 4. La prescripción farmacológica y no farmacológica del adulto o adulto mayor con patología múltiple (b, c, d, e, f) 5. Reacciones adversas al medicamento (RAM) y efectos secundarios (c) 6. Medidas generales u orientación a la familia del adulto o adulto mayor con patología múltiple (f) 7. El alta, las indicaciones y la epicrisis (g) 8. La referencia y contrarreferencia del adulto o adulto mayor patología múltiple (h) 9. Registro del tratamiento del adulto o adulto mayor patología múltiple (i) | **SEDE DE APRENDIZAJE:**  **Hospital /Instituto en:**   * Consulta externa. * Hospitalización. * Emergencia. * UCI. | **DESEMPEÑO:**  Lista de chequeo y observación directa del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con patología múltiple.  **CONOCIMIENTO:**  Prueba escrita acerca del tratamiento de patología múltiple en el adulto o adulto mayor.  **PRODUCTO:**  H.C. con registro del tratamiento a dos pacientes adultos o adultos mayores con patología múltiple |