

Guía – Protocolo Ruta de Riesgo o Presencia de Alteraciones Cardio Cerebro Vascular y Metabólica (RCCVM) del SSFM

GUÍA – PROTOCOLO RUTA DE RIESGO O PRESENCIA DE ALTERACIONES CARDIO CEREBRO VASCULAR Y METABÓLICA (RCCVM) DEL SSFM

Aprobó	Coronel José Benedicto Solano Vargas Subdirector de Salud Dirección General de Sanidad Militar
Revisó	SMSM. Saida María Durán Acosta Coordinadora Grupo Gestión de Riesgo en Salud
Elaboró	PS. Jenny Alexandra Torres Grupo Gestión de Riesgo en Salud

CONTROL DE APROBACIÓN

Aprobó:	Coronel José Benedicto Solano Vargas Subdirector de Salud DIGSA	
Revisó:	SMSM. Yenny Rocío Martínez Proceso GRERI Gestor de Calidad	SMSM. Saida María Durán Acosta Coordinador Grupo Gestión del Riesgo en Salud DIGSA
	SMSM. Edna del Pilar Martínez Páez Grupo Planeación Estratégica DIGSA Líder Área Sistemas Integrados de Gestión PROASIG	PD. Alexandra Martínez Vargas Coordinadora Grupo Planeación Estratégica DIGSA Representante de la Dirección
Elaboró:	OPS. Jenny Alexandra Torres Roldan Grupo Gestión del Riesgo en Salud	

Agradecimientos a quienes participaron

PS. Yuri Viviana Rincón Líder Ruta RCCVM Dirección De Sanidad EJC	SMSM. Sandra Milena Vásquez Líder Ruta RCCVM Dirección De Sanidad Armada	CT. Ginna Mildrey Sastoque N Líder Ruta RCCVM Jefatura Salud Fuerza Aérea
SMSM. Sindy Delgado Briceño Líder APS Dirección De Sanidad EJC	CT. Carlos Fernando Morales Médico familiar Dirección De Sanidad EJC- DMSOC	MY. Liliana Andrea Romero Líder Ruta RCCVM Jefatura Salud Fuerza -DMFA
CC Luisa Fernanda Morales Líder Ruta RCCVM Dirección De Sanidad Armada	Te. Syndy Guarín Rivera Médico internista Dirección De Sanidad EJC	PS. Sandra Juliana Aguirre Referente Ruta Enfermedades Respiratorias Crónicas. GRERI-DIGSA

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 6
2. JUSTIFICACIÓN 6
3. ACRÓNIMOS 7
4. FUNDAMENTO NORMATIVO 7
5. OBJETIVO GENERAL 8
6. ALCANCE 9
7. MARCO CONCEPTUAL, ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT) 9
7.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL 9
7.2. COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA 10
7.3. DIABETES MELLITUS 11
7.4. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA DIABETES MELLITUS TIPO 2 11
7.5. COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 12
7.6.1. TABAQUISMO 13
7.6.2. DISLIPIDEMIA 13
7.6.3. OBESIDAD Y SOBREPESO 14
7.6.4. EL SÍNDROME METABÓLICO 14
7.6.5. SEDENTARISMO 14
7.6.6. LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS 15
7.6.7. CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL 15
8. POLÍTICAS DE OPERACIÓN 15
8.1. PUERTA DE ENTRADA A LA RUTA (RCCVM) 16
8.2. ROL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE INTEGRAN LA RUTA RCCVM 16
8.3. INTERVENCIONES PARA REALIZAR DESDE LA RUTA RCCVM 18
8.4. REGISTRO DE LAS ATENCIONES 22
9. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN DEL TALENTO HUMANO EN LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA PERSONAS CON RIESGO O PRESENCIA DE ALTERACIONES CARDIO CEREBROVASCULAR Y METABÓLICAS 48
9.1. RESULTADO DE IMPACTO 49
9.2. RESULTADOS INTERMEDIOS “A TRAVES DE LAS ESTRATEGIAS DE DEMANDA INDUCIDA, BUSQUEDA ACTIVA, DEMANDA ESPONTANEA Y CANALIZACIONES” 49
9.3. RESULTADOS DE CALIDAD O COBERTURA 49
10. SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LA RUTA DE RIESGO O PRESENCIA DE ALTERACIONES CARDIO CEREBROVASCULARES Y METABÓLICAS 49
10.1. HITOS DE LA RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA RUTA DE RIESGO CARDIO 50
CEREBORVASCULAR Y METABÓLICAS 50
INDICADORES 51

FLUJOGRAMA

Flujograma 1. Tamizaje de identificación de riesgo en población >18 años 21
Flujograma 2. Atención Clínica integral a personas identificadas con factores de RCCVM 24
Flujograma 3. Atención inicial integral a personas identificadas con factores de RCCVM 26
Flujograma 4. Atención inicial integral a personas identificadas con factores de RCCVM 27
Flujograma 5. Atención inicial integral a personas identificadas con factores de RCCVM 28
Flujograma 6. Atención inicial integral a personas identificadas con factores de RCCVM 30
Flujograma 7. 1° Paso: Tamizaje y clasificación del IMC. Intervenciones individuales para el manejo de la Obesidad como factor de Riesgo de la Ruta CCVM 32
Flujograma 8. 2° Paso: Plan individualizado. Intervenciones individuales para el manejo de la Obesidad como factor de Riesgo de la Ruta CCVM 33
Flujograma 9. 3° Paso: Evaluar cumplimiento metas. Intervenciones individuales para el manejo de la Obesidad como factor de Riesgo de la Ruta CCVM 34

Flujograma 10. 4° Seguimiento. Intervenciones individuales de la Obesidad como factor de Riesgo de la Ruta CCVM 35
Flujograma 11. Atención inicial integral a personas identificadas con factores de RCCVM 37
Flujograma 12. Atención inicial integral a personas identificadas con factores de RCCVM 39
Flujograma 13. Atención inicial integral a personas identificadas con factores de RCCVM 40
Flujograma 14. Atención individual para Diabetes Mellitus tipo 2 43
Flujograma 15. Atención individual para HIPERTENSIÓN ARTERIAL 48

TABLAS

Tabla 1. Clasificación Presión Arterial 10
Tabla 2. Factores de Riesgo No Modificables 12
Tabla 3. Factores de Riesgo Modificables 12
Tabla 4. Clasificación del perfil lipídico 13
Tabla 5. Clasificación IMC 14
Tabla 6. Ruta Operativa RCCVM 18
Tabla 7. Registro de la atención para los pacientes identificados con factores de RCCVM 22
Tabla 8. Intervenciones individuales para personas identificadas con factores de RCCVM 22
Tabla 9. Intervenciones individuales para personas identificadas con factores de RCCVM 25
Tabla 10. Intervenciones individuales para personas identificadas con factores de RCCVM 26
Tabla 11. Intervenciones individuales para personas identificadas con factores de RCCVM 27
Tabla 12. Intervenciones individuales para personas identificadas con factores de RCCVM 28
Tabla 13. Intervenciones individuales para personas identificadas con factores de RCCVM 35
Tabla 14. Intervenciones individuales para personas identificadas con factores de RCCVM 38
Tabla 15. Intervenciones individuales para personas identificadas con factores de RCCVM 39
Tabla 16. Intervenciones individuales para personas identificadas con factores de RCCVM 41
Tabla 17. Intervenciones individuales para personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 41
Tabla 18. Intervenciones individuales para personas identificadas con factores de RCCVM 45
Tabla 19. Intervenciones individuales para HIPERTENSIÓN ARTERIAL 45
Tabla 20.Test Findrisk 57
Tabla 21. Clasificación riesgo diabetes o prediabetes por (FINDRISK) 58
Tabla 22. Recomendaciones para la prevención enfermedades cardiovasculares en las personas con factores de riesgo cardiovascular (según el riesgo individual total) 60
Tabla 24. Prueba ASSIST 63
Tabla 25. Clasificación del riesgo de consumo de sustancias ASSIST 66

ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Predicción del riesgo AMR B de la OMS/ISH, para los contextos en que NO se puede medir el colesterol sanguíneo. Personas con diabetes mellitus 59
Ilustración 2. Predicción del riesgo AMR B de la OMS/ISH, para los contextos en que NO se puede medir el colesterol sanguíneo. Personas sin diabetes mellitus. 60
Ilustración 3. Cálculo del riesgo Cardiovascular a 10 años -Hombres. Framingham 61
Ilustración 4. Cálculo del riesgo Cardiovascular a 10 años -Mujeres. Framingham 62

1. INTRODUCCIÓN

La Ruta de atención integral en salud (RIAS) para la población con Riesgo o presencia de Alteraciones Cardio Cerebrovasculares y Metabólicas (RCCVM) del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares se ha definido dentro del Acuerdo 070 del 2019, por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, como herramienta obligatoria en el "Capitulo III, Modelo de Gestión Integral del Riesgo en Salud, Articulo 25. Las Rutas Integrales de Atención en Salud son una Herramienta obligatoria que define a los integrantes del sistema del Sector Salud y de otros sectores, las intervenciones individuales, colectivas y poblacionales; acciones de gestión de salud pública requerida para la promoción y mantenimiento de la salud como la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de los individuos, familias y comunidades".
En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, estas constituyen un conjunto de trastornos a nivel del corazón y de los vasos sanguíneos de los cuales se destaca la enfermedad cardiovascular ateroesclerótica, cardiopatía isquémica y enfermedad coronaria que desencadenan eventos cerebrovasculares (ECV); convirtiéndose en la principal causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. (1)
La mayoría de las ECV se pueden evitar mediante la prevención y control de los factores de riesgo comportamentales prevenibles como el tabaquismo, la inactividad física, inadecuada alimentación y el consumo nocivo de alcohol e igualmente promover la práctica permanente de estilos de vida saludables. Asimismo, es primordial la detección temprana de las condiciones patológicas que incrementan el riesgo cardiovascular y metabólico para que sean tratadas oportunamente, como la prehipertensión, la prediabetes, el sobrepeso, la obesidad y la dislipidemia.
Sumando a lo anterior. el profesional de salud debe reconocer y gestionar oportunamente las acciones se seguimiento y control de los usuarios que ingresan a la Ruta de Riesgo o presencia de Alteraciones Cardio Cerebrovasculares y Metabólicas (RCCVM), con el fin de fortalecer la adherencia al tratamiento y el alcance de las metas establecidas de acuerdo con las comorbilidades de cada usuario.

2. JUSTIFICACIÓN

Con el ánimo de lograr un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y costos acordes a los resultados obtenidos, se busca una estrategia que permita el desarrollo de acciones anticipadas al diagnóstico de las enfermedades, traumatismos y finalmente acortar sus consecuencias disminuyendo el impacto de estas dentro de los momentos de curso de vida tanto a nivel individual como colectivo.

Esto implica la acción coordinada en la identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en su aparición y desenlace, originadas en los individuos, los colectivos y en el entorno donde viven, estudian, trabajan o se recrean, una adecuada clasificación de estos según se vean afectados por estas circunstancias y condiciones, así como el diseño y puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminarlas, disminuirlas o mitigarlas.

Razón por la cual y en concordancia al perfil epidemiológico emitido por el Grupo de Gestión del Riesgo en Salud, de la Dirección General de Sanidad Militar, se evidencia que la Hipertensión arterial es una de las cinco primeras causas de consulta por medicina general en el 85 % de los Establecimientos de Sanidad Militar y la diabetes mellitus, como primera causa de reporte en las Cuentas de Alto Costo del 100 % de los Establecimientos.

Dando cumplimiento a lo establecido por la Resolución 3202 de 2016 para la aplicabilidad de la Resolución 3280 del 02 de agosto del 2018, Resolución 276 del 04 febrero del 2019 emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y conforme a lo dispuesto en la Directiva Transitoria No. 01 de 30 de enero de 2019 emitida por la Dirección General de Sanidad Militar, se emitió la Circular Radicado No. 18660/MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRUSP-13 del 28 de Octubre del 2019, la cual se actualiza por medio del presente lineamiento.

Por ende, se emiten las siguientes directrices para la integración de los procesos que hacen parte de la operación de la Ruta Integral de Atención en Salud a personas con Riesgo o presencia de Alteraciones Cardio cerebrovascular y Metabólica (RCCVM) del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM). Cuyo marco de aplicabilidad va desde la caracterización, canalización, tamizaje, detección temprana, acceso a tratamiento oportuno hasta la

rehabilitación y control de la enfermedad de base, de la población >18 años afiliada al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares con factores de riesgo en clasificación morado o alto.

3. ACRÓNIMOS

ACV:	Accidente cerebrovascular
AHA:	Asociación Americana del Corazón
ARC:	Armada
CAC:	Cuenta de Alto Costo
DIGSA:	Dirección General de Sanidad Militar
DISAN:	Dirección de Sanidad Militar
DM:	Diabetes Mellitus
ECNT:	Enfermedades crónicas no trasmisibles
ECV:	Evento cerebrovascular
EJC:	Ejército Nacional
ESM:	Establecimiento de sanidad militar
FAC:	Fuerza Aérea
FDA:	Food and Drug Administration (Administración de alimentos y medicamentos)
FINDRISK:	Finnish Diabetes Risk Score
HB1Ac:	Hemoglobina glicosilada
HDL:	Lipoproteínas de alta densidad
HOMIL:	Hospital Militar
HTA:	Hipertensión Arterial
IAM:	Infarto agudo de miocardio
IMC:	Índice de masa corporal
JEFSA:	Jefatura de Salud de Fuerza Aérea
LDL:	Lipoproteínas de baja densidad
MAPA:	Monitoreo ambulatorio de la presión arterial
OMS:	Organización mundial de la salud
PA:	Presión arterial
PFSC:	Plan para el Fortalecimiento de la Salud Cardiovascular
PTOG:	Prueba de tolerancia oral a la glucosa
RCCVM:	Riesgo cardio cerebrovascular y metabólica
RRCCVM:	Ruta de riesgo cardio cerebrovascular y metabólica
SNC:	Sistema nervioso central
SSFM:	Subsistema de salud de Fuerzas Militares
TFG:	Tasa de Filtración glomerular
WCPT:	Confederación Mundial de Terapia Física

4. FUNDAMENTO NORMATIVO

- Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Resolución 429 de 2016. “Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud”. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Resolución 3202 de 2016. “Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones”. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Resolución 3280 del 2018. “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta integral de Atención en Salud para la población Materno perinatal y se establecen las directrices para su operación. Ministerio de Salud y Protección Social.

- Resolución 202 de 2021 “Por la cual se modifica el artículo 10 de la Resolución 4505 de 2012 y se sustituye su anexo técnico con el propósito de ajustarlo a la captación y registro de información relacionada con las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal”. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Acuerdo 070 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares “Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional”. Ministerio de Defensa Nacional – Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
- Circular Externa No 00000032 de Fecha 21 de octubre del 2019 “Directrices de alerta, instrucciones y recomendaciones relacionadas con las consecuencias nocivas a nivel sanitario por el uso de sistemas electrónicos de administración de nicotina y sin suministro de nicotina, SEAN/SSSN.
- Circular No 20190423532018523/MDN-COGFM-COARC-SECAR-JEDHU-DISAN-SSS-ASAS-29.25 29.60 de Fecha 26 de Julio del 2019 “Recomendación de actividad física por momento de curso de vida”. Dirección General de Sanidad Militar.
- Directiva Transitoria No 01 de Radicado 1418 /MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRUSP-23.2 de Fecha 30 de enero del 2019, “por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención en salud para la Población materno perinatal contenido en la Resolución 3280 de 2018 y lineamientos de salud ambiental para el SSFM”.
- Plan Estratégico para el Apoyo de la Cesación del Consumo de Tabaco y la Atención del Tabaquismo del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares Radicado No 13785/MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRUSP-86.13 de Fecha 08 de agosto del 2019.
- Plan para el Fortalecimiento de la Salud Cardiovascular (PFSC) Radicado No 14075/MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRUSP-86.13 de Fecha 13 de agosto del 2019.
- Guía de práctica clínica Hipertensión arterial primaria (HTA) Sistema General de Seguridad Social en Salud-Colombia. Abril 2013. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Guía de Manejo de Hipertensión Arterial DGSM (Código: MDN-CGFM-PROSAPU-DGSM- GI.95.1-2) de fecha 29 de agosto del 2014.
- Guía de Manejo de Diabetes Mellitus Tipo 2 DGSM (Código: MDN-CGFM-PROSAPU-DGSM-GI.95.1-5) de fecha 23 de septiembre del 2014.
- Guía para la Implementación de la Estrategia 4x4 SSFM DGSM (Código: MDN-CGFM-PROSAPU-DGSM-GI.95.1-8) de fecha 28 de octubre del 2014.
- Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años marzo 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad renal Crónica (Adopción). Mayo 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.

5. OBJETIVO GENERAL

Orientar a las Direcciones de Sanidad, Jefatura de Salud y los Establecimientos de Sanidad Militar (ESM) en la ejecución de la Ruta Integral de Riesgo Cardio cerebrovascular y Metabólico en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares a través de la implementación de acciones de gestión de salud pública y de gestión del riesgo que permitan modificar los principales factores de riesgo para disminuir la morbimortalidad y la carga de la enfermedad asociada a la enfermedad cardiovascular.

5.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Difundir los lineamientos de operación de la Ruta Integral de Riesgo Cardio cerebrovascular y Metabólico en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
- Capacitar al personal de salud involucrado en las atenciones de la población objeto de este lineamiento.
- Caracterizar la población teniendo en cuenta las condiciones sociales, económicas, culturales, con enfoque diferencial en salud de los usuarios a través de la ficha familiar.
- Clasificar el riesgo con el Test de la OMS, Framingham y Findrisk e ingresar a la Ruta aquellos con clasificación de riesgo morado o alto.

- Ejecutar intervenciones educativas a nivel individual, grupal y colectivo, de acuerdo con los hallazgos encontrados en salud para el manejo y control de las condiciones cardiovasculares y metabólicas, así mismo el apoyo para la cesación del consumo o exposición de tabaco en los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
- Articular la RIAS RCCVM con la RIAS de Promoción y mantenimiento de la Salud, RIAS Materno Perinatal y sus transversales.
- Realizar seguimiento a la implementación y evaluación de los resultados en salud de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de alteraciones Cardio cerebrovascular y metabólicas en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

6. ALCANCE

La Ruta Integral de Atención en Salud está dirigida para personas con Riesgo o Presencia de Alteraciones Cardio Cerebrovascular y Metabólicas (CCVM), de ejecución en todos los Establecimientos de Sanidad Militar, con el fin de identificar el riesgo Cardio cerebrovascular y metabólico en la población mayor de 18 años de edad, mediante la aplicación de tamizajes de riesgo realizados en el marco de la Ruta de Atención Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (PMS) del SSFM, por el médico general para confirmación diagnostica de la Hipertensión y/o Diabetes Mellitus Tipo 2, definición del plan de manejo individualizado, determinación del tratamiento farmacológico, valoración de lesión glomerular, seguimiento y monitoreo de los resultados de las acciones en salud implementadas en todos los niveles del SSFM (DIGSA, DISAN EJC- ARC, Jefatura Salud y Establecimientos de Sanidad Militar).
Ingresan a la Ruta usuarios que cumplan con alguno de los siguientes criterios:

- Personas con riesgo cardiovascular clasificado como moderado o alto identificado en la RIA de promoción y mantenimiento de la salud.
- Persona con riesgo de diabetes clasificado como moderado o alto, de acuerdo con el test de Findrisk.
- **No diagnosticados con HTA/DM2:** Persona con algún factor de riesgo asociado al desarrollo de enfermedad cardiovascular de origen ateroesclerótico como tabaquismo, consumo nocivo de alcohol, prehipertensión, prediabetes, sobrepeso, obesidad, dislipidemias, inactividad física, inadecuada alimentación.
- **Diagnosticados con HTA/DM2:** Personas con PA >140/90mmHg, niveles de glicemia en ayunas entre >126 mg/dl, glucosa post carga de ≥200mg/dl o hemoglobina glicosilada >6.5%.

No son sujetos de atención en esta ruta de riesgo, personas que ya se encuentran con diagnostico confirmado de Síndrome Coronario Agudo, Accidente cerebro vascular, Falla cardiaca y/o enfermedad renal crónica que requieren una atención más específica y en un nivel complementario.

Los roles y responsabilidades de los profesionales de la salud que integran la Ruta RCCVM., se encuentran descritos en el aparte No 6.1 de este documento.

7. MARCO CONCEPTUAL, ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT)

7.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La OMS define la tensión arterial como la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, que son grandes vasos por los que circula la sangre en el organismo. Se considera que la persona presenta hipertensión cuando su tensión arterial es demasiado elevada.

De la tensión arterial se dan dos valores: el primero es la tensión sistólica y corresponde al momento en que el corazón se contrae o late, mientras que el segundo, la tensión diastólica, representa la presión ejercida sobre los vasos cuando el corazón se relaja entre un latido y otro.

Para establecer el diagnóstico de hipertensión se han de tomar mediciones dos días distintos y en ambas lecturas la tensión sistólica ha de ser superior o igual a 140 mmHg y la diastólica superior o igual a 90 mmHg. (3)

La presión arterial puede variar según el grado de actividad física y la edad, pero los valores normales del adulto sano en reposo aceptados para la presión arterial sistólica y presión arterial diastólica deben estar en 120 mm Hg y 80 mm Hg respectivamente. (4)
La mayoría de las personas hipertensas ignoran que lo son, pues la enfermedad no siempre va acompañada de síntomas o signos de alerta, por lo que se dice que mata silenciosamente. Por tanto, es muy importante medir la tensión arterial periódicamente. (3)



Pueden presentarse síntomas como cefaleas matutinas, hemorragias nasales (epistaxis), ritmo cardiaco irregular, palpitaciones, alteraciones visuales, acúfenos y vértigo. La hipertensión grave puede provocar cansancio, náuseas, vómitos, confusión, ansiedad, dolor torácico y temblores musculares. (3)

Para el diagnóstico de Hipertensión Arterial, se sugiere adoptar para el Subsistema de Salud de Las Fuerzas Militares, la clasificación de Hipertensión Arterial de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), dado que al momento de desarrollo de la guía es que se ajusta mejor a las recomendaciones de manejo y a las necesidades del SSFM, como a continuación se describe:

Tabla 1. Clasificación Presión Arterial

CATEGORÍAS	VALORES
• Normal	• PAS < 120 - 129 mmHg y PAD < 80 - 84 mmHg
• Normal alta / Pre hipertensión	• PAS entre 130-139 mmHg o PAD 85 - 89 mmHg
• Hipertensión Estadio 1	• PAS 140 - 159 mmHg o PAD > 90-99 mmHg.
• Hipertensión Estadio 2	• PAS >160 mmHg o PAD > 100 -109 mmHg

Fuente: Modificado Artículo especial / Rev Esp Cardiol. 2013; 66(11): 880.e1-880.e

Las recomendaciones para el diagnóstico clínico de consultorio, en donde se establece un valor 140/90mmHg en por lo menos dos mediciones en días diferentes y sin que medie estrés emocional. Este valor no debe ser confundido con la meta de manejo intensiva para pacientes con alto riesgo cardiovascular (<140/90mmHg).

7.2. COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA

Cuando se está hablando de hipertensión arterial estamos hablando de un trastorno a nivel de los vasos sanguíneos donde se está presentando tensión constante. Lo que a su vez está generando un sobreesfuerzo a nivel cardiaco y se está dificultando la irrigación sanguínea y por ende hay disminución de la oxigenación de los tejidos y órganos.

La hipertensión arterial puede producir daños cardiacos graves. El exceso de presión puede endurecer las arterias, con lo que se reducirá el flujo de sangre y oxígeno que llega al corazón. Este aumento de presión y la reducción del flujo sanguíneo pueden causar:

- Dolor torácico (angina de pecho).
- Infarto de miocardio, que se produce cuando se obstruye el flujo de sangre que llega al corazón y las células del músculo cardiaco mueren debido a la falta de oxígeno. Cuanto mayor sea la duración de la obstrucción, más importantes serán los daños que sufra el corazón.

- Insuficiencia cardiaca, que se produce cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre y oxígeno a otros órganos vitales.
- Ritmo cardiaco irregular, que puede conllevar la muerte súbita.
- La hipertensión puede también causar la obstrucción o la rotura de las arterias que llevan la sangre y el oxígeno al cerebro, lo que provocaría un accidente cerebrovascular.

Asimismo, puede causar daños renales que generen una insuficiencia renal.

7.3. DIABETES MELLITUS

La diabetes sacarina o diabetes mellitus (que aquí denominaremos, para simplificar, «diabetes») es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no secreta suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula la concentración de glucosa en la sangre, es decir, la glucemia. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (es decir, la glucemia elevada), que, con el tiempo, daña gravemente muchos órganos y sistemas, sobre todo los nervios y los vasos sanguíneos. (5)

La diabetes sacarina de tipo 2 (denominada anteriormente diabetes no insulinodependiente o de inicio en la edad adulta) se debe que el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La mayoría de los diabéticos tienen el tipo 2, que, en gran medida, se debe al exceso de peso y a la falta de actividad física.

Los problemas del corazón son la principal causa de muerte entre diabéticos, especialmente aquellos que sufren de diabetes del adulto o tipo II (también denominada «diabetes no insulinodependiente»). Ciertos grupos raciales y étnicos (negros, hispanos, asiáticos, polinesios, micronesios, melanesios y amerindios) tienen un mayor riesgo de padecer diabetes. La Asociación Americana del Corazón (AHA) calcula que el 65% de los pacientes diabéticos mueren de algún tipo de enfermedad cardiovascular. Si usted sabe que sufre de diabetes, debe ser controlado por un médico, porque el buen control de los niveles de glucosa (azúcar) en sangre puede reducir su riesgo cardiovascular. (4)

Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.

7.4. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA DIABETES MELLITUS TIPO 2

El diagnóstico de la diabetes mellitus se puede hacer con cualquiera de los siguientes criterios:

- Glucemia plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl
- Glucemia plasmática a las dos horas de tomar una carga de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua ≥ 200 mg/dl. Esta es una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) y se toman dos muestras: una basal y otra a las 2 h de la carga.
- HbA1c en cualquier momento ≥ 6,5 % (Mide el porcentaje de glucosa sanguínea unida a la hemoglobina, la proteína que transporta oxígeno en los glóbulos rojos).
- En presencia de síntomas (poliuria, polidipsia y pérdida de peso) basta con una glucemia plasmática al azar ≥ 200 mg/dl para establecer el diagnóstico.

De acuerdo con lo establecido en la Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años, se habla de prediabetes con una glucemia de ayuno alterada entre 100 y 125 mg/dl e intolerancia a la glucosa con glucemia a las 2 horas entre 140 y 199 mg/dl en una PTOG.

Considerar realizar pruebas para detectar Diabetes Mellitus tipo 2 y prediabetes en pacientes asintomáticos adultos de cualquier edad con sobrepeso u obesidad (índice de masa corporal ≥24.9 kg/m2) y que tienen 1 o más factores de riesgo adicionales para Diabetes, FINDRISK en las personas sin estos factores de riesgo los análisis deben comenzar a hacerse a partir de los 18 años.

Si las pruebas son normales, de acuerdo con la Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años, la prueba se repite por lo menos cada 3 años. Para la detección de Diabetes o prediabetes son adecuadas la HbA1C, la GA o la PTOG después de75g de glucosa.

En pacientes con prediabetes se deben identificar y tratar otros factores de riesgo de Enfermedad Cardiovascular (Enfermedad Cerebro Vascular).

7.5. COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Como se describen en la Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años, con el tiempo, la diabetes puede generar una serie de complicaciones microvasculares (nefropatía, retinopatía, neuropatía) y macrovasculares (ACV, IAM), es decir, lesión de órgano blanco.

Es deber del SSFM hacer seguimiento y controlar los factores de riesgos Cardio cerebrovasculares y metabólicas, con el fin de disminuir la morbimortalidad de la población >18 años, toda vez que una hipertensión arterial y una diabetes no controlada desde sus múltiples causas (sedentarismo, obesidad, ateroesclerosis, consumo de tabaco y alcohol, estrés, entre otros), puede provocar infarto agudo de miocardio (IAM), ensanchamiento del corazón (Cardiomegalia), cardiomiopatía, y a largo plazo insuficiencia cardiaca, y con respecto a los vasos sanguíneos se puede desarrollar aneurismas y de ahí el desenlace de los Eventos Cerebrovasculares (ECV).

Una hipertensión arterial y una diabetes mellitus, no controlada también lleva a una falla renal, ceguera y al deterioro cognitivo.

7.6. FACTORES DE RIESGO CARDIO CEREBROVASCULARES Y METABÓLICOS

En el riesgo o presencia de alteraciones Cardio cerebrovasculares y metabólicas asociadas, existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular.

Los principales factores de riesgo pueden ser no modificables, tal como se muestra en la siguiente tabla: (4)

Tabla 2. Factores de Riesgo No Modificables

Factores de riesgo No Modificables
Sexo masculino y mujer posmenopausia
Edad Hombre ≥45 años, mujeres ≥55 años
Antecedentes familiares de enfermedad coronaria en infarto agudo miocardio en <55 o mujeres <65 años.
Antecedentes personales de enfermedad cardiovascular

Sin embargo, existen factores de riesgo modificables, precisamente los de mayor interés, ya que en ellos cabe actuar de forma preventiva:

Tabla 3. Factores de Riesgo Modificables

Factores de riesgo modificables	
Hipertensión	Obesidad IMC >30kg/m2)
Diabetes Mellitus tipo 2	Obesidad abdominal (Hombres >90cm, Mujeres >80cm)
Tabaquismo	Dieta rica en azúcar, sal, harinas y azúcar
Consumo problemático de alcohol	Sedentarismo
Dislipidemias (LDL alto y/o HDL bajo)	Estrés
Enfermedad renal crónica	

7.6.1. TABAQUISMO

El tabaquismo se asocia con pérdida de una década, y el dejar de fumar reduce dicho efecto en un 90%. Las mujeres deben ser advertidas del daño, evitar fumar y el humo ambiental del tabaco. Se recomienda proporcionar consejos en cada encuentro clínico, con opciones de terapia de reemplazo de nicotina, farmacoterapia y/o apoyo conductual como se indique. (6)

7.6.2. DISLIPIDEMIA

Uno de los principales factores de riesgo cardiovascular es el colesterol elevado, el colesterol, es una sustancia grasa (un lípido) transportada en la sangre, se encuentra en todas las células del organismo.

El hígado produce todo el colesterol que el organismo necesita para formar las membranas celulares y producir ciertas hormonas, el organismo obtiene colesterol adicional de alimentos de origen animal (carne, huevos y productos lácteos) o que contienen grandes cantidades de grasas saturadas. Cuando la sangre contiene demasiadas lipoproteínas de baja densidad (LDL o «colesterol malo»), éstas comienzan a acumularse sobre las paredes de las arterias formando una placa e iniciando así el proceso de la enfermedad denominada «aterosclerosis». Cuando se acumula placa en las arterias coronarias, existe un mayor riesgo de sufrir un ataque al corazón.

Se ha demostrado que el control de dichas alteraciones consigue disminuir la incidencia de episodios de origen isquémico. Diagnosticar las dislipidemias desde un punto de vista etiológico es muy importante, ya que el riesgo cardiovascular al que predispone cada una de ellas es diferente, dependiendo del tipo de lipoproteína que esté alterada y de su concentración. (7)

Para poder identificar el riesgo cardiovascular del individuo es necesario conocer la clasificación de las dislipidemias que, a grandes rasgos, se clasifican según su fenotipo lipídico o su etiología. De esta manera, podemos identificar 3 grandes grupos según el fenotipo lipídico: hipercolesterolemias (se manifiestan con un exceso de la concentración plasmática de colesterol [CT]), hipertrigliceridemias (se manifiestan con un exceso de la concentración plasmática de triglicéridos [TG]), o dislipidemias mixtas (se manifiestan con un exceso de CT y TG). Las que se manifiestan tan solo con un aumento de la concentración de CT plasmático reciben el nombre de hipercolesterolemias puras. Cuando hay concentraciones disminuidas de lípidos plasmáticos se denominan hipolipidemias, siendo la más frecuente la hipocolesterolemia. (7)

El perfil lipídico es útil como cribado en la población general, ayuda a estimar el riesgo cardiovascular individual y se emplea para el diagnóstico de las dislipidemias, teniendo en cuenta el sexo y la edad.

Tabla 4. Clasificación del perfil lipídico

LDL-Colesterol	**Valores de referencia**
<100	Optimo
100-129	Cerca del óptimo/arriba del óptimo
130-159	Fronterizo alto
160-189	Alto
≥190	Muy Alto
Colesterol Total	
<200	Deseado
200-239	Fronterizo Alto
≥240	Alto
HDL-Colesterol	
<40	Bajo
≥60	Alto

Fuente: National Institutes Of Health. Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)

Estos valores de laboratorio sirven como referencia, sin embargo, cada ESM debe guiarse por los rangos establecidos en cada laboratorio.
Importante tener en cuenta que el perfil lípido completo determina el estado del metabolismo de los lípidos corporales y ayuda a definir el tratamiento para cada paciente en su individualidad.

7.6.3. OBESIDAD Y SOBREPESO

El aumento del peso corporal definido como Obesidad es considerado como una enfermedad crónica que se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa a un nivel tal que la salud está comprometida. El impacto mayor en el estado de salud se presenta cuando este exceso de grasa está localizado a nivel del abdomen Los médicos miden la obesidad mediante el índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la talla en metros (IMC = kg/m2). Según el Instituto Nacional de los Pulmones, el Corazón y la Sangre de los Estados Unidos (NHLBI), se considera que una persona sufre de sobrepeso si tiene un IMC superior a 25 y que es obesa si la cifra es superior a 30.

Tabla 5. Clasificación IMC

Clasificación	**IMC (Kg/m2)**
Normo Peso	18.5-24.9
Exceso de Peso	≥25
Sobrepeso o Pre-Obeso	25-29.9
Obesidad Grado I o moderada	30-34.9
Obesidad Grado II o Severa	35-39.9
Obesidad Grado III o mórbida	≥40

Fuente: Revista Médica Clínica Las Conde. Definición y clasificación de la Obesidad. ELSIEVER 2012

7.6.4. EL SÍNDROME METABÓLICO

Hace referencia a un grupo de factores de riesgo metabólicos relacionados con la resistencia a la insulina. (7)

La International Diabetes Federation (IDF) ha establecido los criterios diagnósticos del Síndrome Metabólico (SM). El consenso Colombiano de Síndrome Metabólico acogió los criterios de la IDF para el diagnóstico.

Se considera que existe Síndrome Metabólico si al aumento del Perímetro Abdominal se agregan dos de los siguientes criterios:

- Triglicéridos séricos > 150 mg/dl.
- Colesterol HDL < 40 mg/dl en los varones o < 50 mg/dl en las mujeres.
- Presión arterial sistólica por > de 135 mmHg y/o presión arterial diastólica por > de 85 mmHg.
- Glucosa en plasma superior a 110 mg/dl y/o Diabetes Mellitus ya diagnosticada.

El SM incrementa hasta dos veces el riesgo de enfermedad cardiovascular y hasta cinco la probabilidad de DM2.
La prevalencia depende de la edad, la raza y el género. Si bien no todos los obesos y sedentarios cursan con síndrome metabólico, constituyen un subgrupo de la población susceptible de desarrollarlo dependiendo de los factores genéticos, ambientales y específicos.

7.6.5. SEDENTARISMO

La falta de actividad física, atlética o recreativa contribuye a un menor desarrollo de la capacidad y fortaleza cardiopulmonar y muscular, en consecuencia, más débil frente al impacto de otros factores de riesgo que entonces acentúan su efecto nocivo. Las personas inactivas tienen un mayor riesgo de sufrir un ataque al corazón que las personas que hacen ejercicio regular. El ejercicio quema calorías para mantener un peso saludable, ayuda a controlar los niveles de colesterol y la diabetes, y posiblemente disminuya la presión arterial. El ejercicio también fortalece el músculo cardíaco y hace más flexibles las arterias. (7)

Las personas que queman activamente entre 500 y 3.500 calorías por semana, ya sea en el trabajo o haciendo ejercicio, tienen una expectativa de vida superior a la de las personas sedentarias; incluso el ejercicio de intensidad moderada es beneficioso si se hace con regularidad. (7)

7.6.6. LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Se considera psicoactivo toda sustancia química de origen natural o sintético que al introducirse por cualquier vía (oral-nasal-intramuscular-intravenosa) ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central (SNC), ocasionando cambios específicos a sus funciones; que está compuesto por el encéfalo y la médula espinal, de los organismos vivos. Algunas de estas sustancias tienen efectos cardiovasculares importantes como el incremento del riesgo de isquemia miocárdica e infarto, aparición de disfunción ventricular, arritmias malignas y, por supuesto, un aumento del riesgo de muerte de origen cardiovascular. (8)

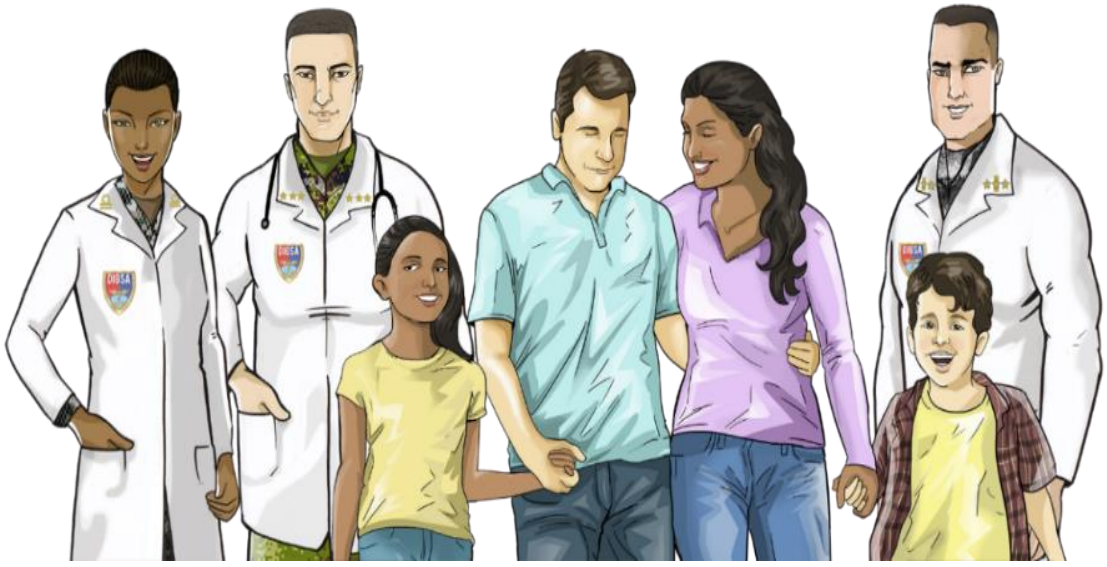
7.6.7. CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL

Cuando se consume alcohol a altas dosis aparecen efectos nocivos sobre el sistema cardiovascular (arritmias, hipertensión arterial, miocardiopatía alcohólica) o también sobre otros órganos como el hígado, el cerebro o una mayor incidencia de neoplasias. (9)

8. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

En el siguiente segmento se establecen los parámetros para la implementación del Lineamiento Operativo de la Ruta integral de atención en Salud para las personas con Riesgo o Alteraciones Cardio cerebrovascular y metabólicas (RCCVM), desde cada Establecimiento de Sanidad Militar (ESM); partiendo de la identificación de la puerta de entrada a la Ruta RCCVM, el rol de los profesionales de salud que integran la Ruta y las intervenciones.

La presente Ruta Integral de Atención en Salud para personas con Riesgo o presencia de alteraciones Cardio cerebrovascular y Metabólicas (RCCVM), no requerirá personal de salud exclusivo para su implementación, sin embargo, de acuerdo a las características poblacionales de cada ESM, estos deberán ajustar su capacidad instalada interna y de oferta en red externa de ser necesaria, que deberá estar en armonía con las necesidades de operación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (PMS) para el cumplimiento de las disposiciones dadas en la Directiva Transitoria No 01 de Radicado No 1418/MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRUPS-23.2 de Fecha 30 de enero del 2019 de la Dirección General de Sanidad Militar.



8.1. PUERTA DE ENTRADA A LA RUTA (RCCVM)

Desde las RIAS Promoción y Mantenimiento de la Salud, se debe canalizar a la población >18 años con resultado de tamizajes para el riesgo cardiovascular y metabólico moderado y alto a la Ruta Integral de Atención en Salud para personas con Riesgo o presencia de alteraciones Cardio cerebrovascular y Metabólicas (RCCVM), con el fin de realizar intervenciones multidisciplinarias que apunten a la disminución o mitigación del riesgo asociado a la enfermedad cardiovascular, sin embargo, dada la prevalencia de estas patologías se deben generar estrategias de búsqueda activa como se describen a continuación:

- **Canalización:** Hace referencia al conjunto de actividades de orientación y direccionamiento de las personas en cualquier momento del curso de vida, familias y comunidad; es una puerta de entrada a la presente ruta que activa las intervenciones contenidas en ella para la intervención de los riesgos identificados o reportados y que deben recibir tratamiento. También incluye la orientación a los servicios, el seguimiento de las personas y familiar canalizados para verificar la efectividad en el servicio de salud.

- **Demanda inducida:** Hace referencia a la acción individual de orientar y direccionar a la población identificada con riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular hacia los servicios de salud para recibir las intervenciones y acciones contenidas en la presente ruta.

- **Demanda espontanea:** Hace referencia a la solicitud que realiza cualquier persona por interés propio para recibir atención en los servicios de salud bien sea para promoción, prevención, diagnóstico o tratamiento para controlar los riesgos asociados a enfermedad cardiovascular y metabólica.

8.2. ROL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE INTEGRAN LA RUTA RCCVM

- El profesional de Medicina

Es el responsable de liderar el manejo clínico del usuario, la gestión del riesgo y favorecer la articulación con otras intervenciones. Los controles serán de forma trimestral en el paciente con control de metas óptimas. Además, será encargado de ingresar y analizará el producto de la información al sistema.

La misión fundamental del médico radica en establecer prioridades en la atención integral primaria, de acuerdo a la confirmación del diagnóstica de hipertensión o Diabetes, definir un plan de manejo individualizado, determinar el tratamiento no farmacológico y farmacológico, de acuerdo a las características clínicas y socio culturales de cada persona, valorar lesión glomerular y realizar los respectivos seguimientos, con el objeto de controlar los factores de riesgo, disminuir la carga de la enfermedad y la tasa de morbimortalidad.

- El profesional de Enfermería

Es el líder de la Rita RCCVM, es responsabilidad del profesional de enfermería realizar seguimiento al riesgo y promover acciones de autocuidado que contribuyan al control eficaz de las patologías de base, dar soporte en las labores de administración y articulación de intervenciones, búsqueda activa de usuarios, coordinación de suministro de medicamentos, entregar y verificar la prescripción de las órdenes de laboratorio de control, es el punto de contacto permanente entre el usuario y la Ruta. Los controles serán de forma trimestral en el paciente con control de metas óptimas.

- El profesional de Psicología

La población >18años con Riesgo o presencia de alteraciones Cardio cerebrovasculares metabólicas, es vulnerable a presentar factores de riesgo como el cansancio vital y el afrontamiento negativo de la enfermedad, que se va a ver reflejado en la adherencia o no al tratamiento. Por ende, el profesional de psicología brinda soporte a las intervenciones del equipo en la esfera emocional y psicosocial, en lo relativo a la reducción de la depresión, el estrés, la ansiedad, el trastorno del sueño, consumo de tabaco y alcohol, logrando un mejor conducta alimentaria y comportamental en el usuario con factores de riesgo cardio cerebrovasculares y metabólicas, por medio de estrategias educativas, acompañamiento y seguimiento, como la prueba de ASSIST que ayuda a la detección del consumo de alcohol y tabaco.

- El profesional en Nutrición

Su tarea es diagnosticar el estado nutricional del individuo con base en los indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos. Diligenciando la historia alimentaria y nutricional del paciente, evaluando el consumo de balance energético, para prescribir el plan alimentario individual según la situación particular y riesgo cardio metabólico. Así mismo, impartir la educación alimentaria y nutricional que garantice la comprensión por parte del paciente. El nutricionista está encargado de identificar el patrón de consumo y hábitos alimentarios para determinar el riesgo nutricional efectuando los ajustes en el plan dieto terapéutico.

La dieta tiene una influencia significativa en el desarrollo y la prevención de la enfermedad cardiovascular, los alimentos considerados saludables o perjudiciales han variado con el paso de los años. En esta área, el profesional de nutrición brinda soporte en evaluación nutricional y el diseño de estrategias educativas sobre las recomendaciones dietéticas, y otros temas relacionados con higiene en la preparación de alimentos y ajustes en la alimentación, de acuerdo a las características socioeconómicas y culturales de cada de persona o colectivo.

- El profesional de Trabajo Social

Este escenario profesional se enmarca en un contexto global donde se están generando importantes retos para los sistemas sanitarios como son el envejecimiento poblacional y el aumento de las enfermedades crónicas a lo que se suma el crecimiento de las desigualdades en salud. Donde las actuaciones de los profesionales de trabajo sociales sanitarios de atención primera en salud están orientadas hacia el abordaje de los problemas psicosociales individuales, familiares y a la intervención en la comunidad.
Por ende, estos profesionales en conjunto con otros profesionales de salud y de la comunidad brindan apoyo social y familiar tanto a la persona como al colectivo.

- El profesional de Fisioterapeuta

La actividad física regular y el ejercicio estructurado están asociados a numerosos beneficios para la salud, incluyendo la disminución del riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) y diabetes mellitus tipo 2, entre otras patologías. Sin embargo, a pesar de que estos beneficios sean conocidos y promovidos en los diferentes ESM, a través de los programas de promoción y mantenimiento de la salud, la inactividad física es una problemática a nivel mundial que ha sido identificada como una de las cuatro contribuyentes principales a la mortalidad prematura.
Es importante promover en la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio-cerebrovasculares y metabólicas, mayores niveles de actividad física, toda vez que siendo físicamente activos, se disminuyen los factores de riesgos que conllevan a las enfermedades crónicas no transmisibles.

Pinzón Ríos, Iván Darío (2014), en el libro el Rol del fisioterapeuta en la prescripción del ejercicio, señala que, el ejercicio físico se deriva del concepto de actividad física que es cualquier movimiento del cuerpo que genera gasto de energía por encima del nivel basal. El ejercicio entonces es toda actividad física planificada, estructurada y repetitiva que tenga por objetivo mejorar o mantener uno o más componentes de la condición física. Por lo tanto, la prescripción del ejercicio es el proceso ordenado y sistemático por el que se recomienda un régimen de actividad física y/o ejercicio de manera individualizada, según necesidades y preferencias, para obtener los mayores beneficios con los menores riesgos para la salud.
Es entonces, la prescripción del ejercicio una modalidad de intervención del fisioterapeuta, avalada por la Confederación Mundial de Terapia Física (WCPT) y soportada por la Ley 528 de 1999, que permite abarcar conceptos básicos del ejercicio físico y terapéutico dirigidos a nivel particular o colectivo donde se requieran acciones de este profesional.

Desde esta perspectiva, los profesionales de la salud requieren un trabajo multidisciplinario que involucra principalmente a fisioterapeutas para contrarrestar el avance de enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT), empleando acciones costo efectivas que logren cubrir a toda la población. Dentro de este equipo, los fisioterapeutas son los expertos en prescripción del ejercicio para personas sanas que requieran mejorar su estado físico, prevenir o recuperar lesiones, así como para individuos con alteraciones funcionales con necesidades y consideraciones específicas, apoyados por los demás integrantes del equipo de salud.

Por ende, el fisioterapeuta a través de la valoración inicial realiza un tamizaje de Riesgo, que le permite evaluar las condiciones fisiopatológicas del paciente, determinando factores de riesgo, vulnerabilidad, necesidades y requerimientos presentes en el individuo; con el fin de establecer intervenciones efectivas e individualizadas, en pro de mejorar, fortalecer y disminuir el impacto de la enfermedad o el compromiso del movimiento corporal humano, que en muchos de los casos implican limitaciones de actividades funcionales o restricciones de sus roles.

8.3. INTERVENCIONES PARA REALIZAR DESDE LA RUTA RCCVM

En la descripción de este procedimiento, se contemplan las actividades a realizar por las Direcciones de Sanidad EJC, ARC, Jefatura Salud FAC y los ESM, dando el direccionamiento para la prestación de los servicios de salud desde la Dirección General de Sanidad Militar, sin afectar el alcance vigente del Sistema de Gestión Integrado.

Tabla 6. Ruta Operativa RCCVM

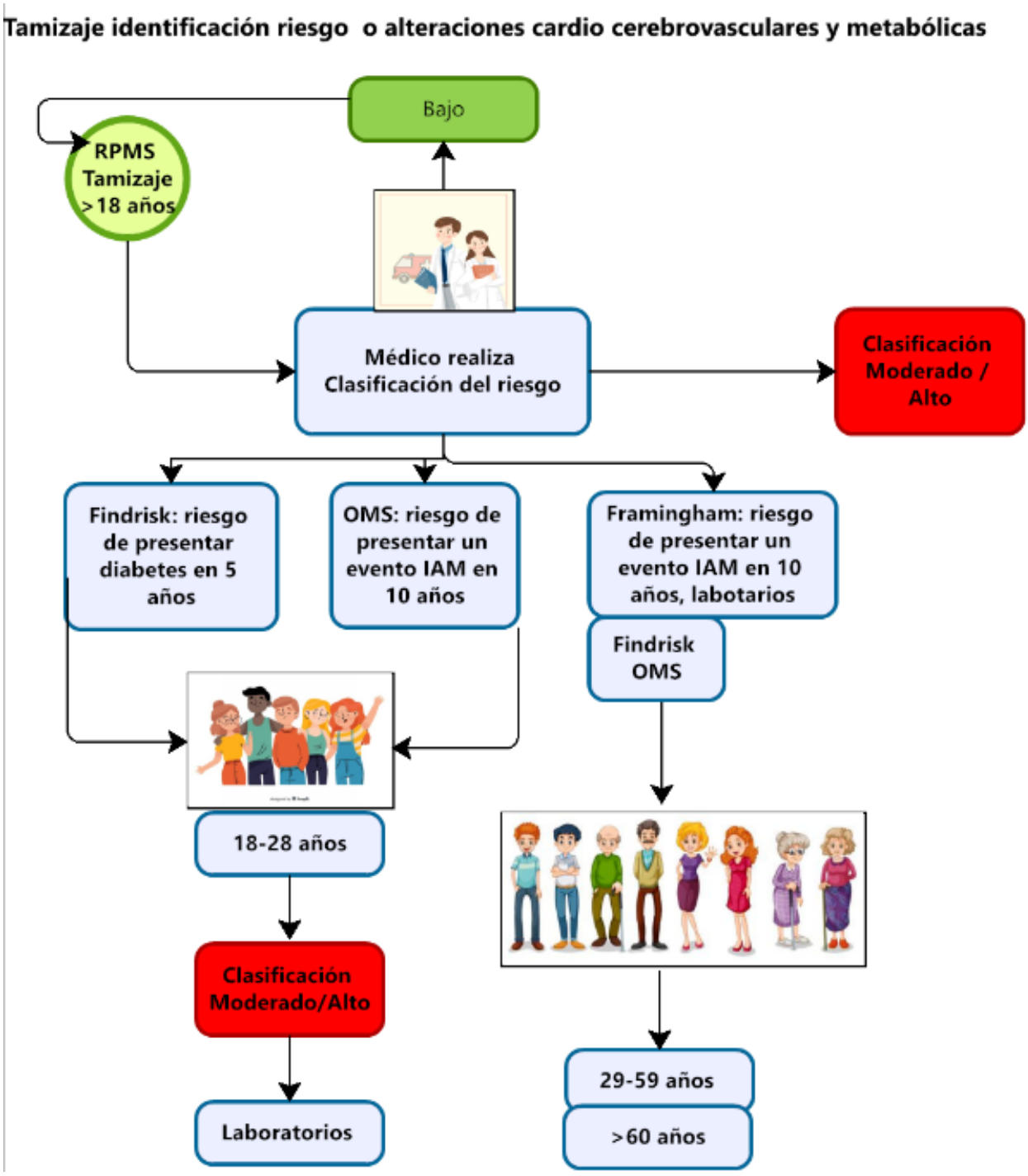
1. Valoración clínica integral inicial (Médico general-30minutos)	1.1	Realizar valoración clínica integral inicial registrar en la historia clínica y la matriz de seguimiento (anexo 6) la anamnesis, examen físico y medición de las medidas antropométrica (Presión Arterial, talla, peso, IMC, perímetro abdominal) y resultados de laboratorios. Responsable: Médico General.
	1.2	El profesional de medicina debe realizar tamizaje: Cada año para clasificar riesgo metabólico y cardiovascular Findrisk, Framinghan, OMS, de acuerdo con el momento de curso de vida: Juventud (18 años a 28 años 11 meses 29 días): • Finnish Risk Score (anexo 1) • Tabla de estratificación de riesgo cardiovascular de la OMS (anexo 2) Adultez (29 años a 59 años, 11 meses 29 días): • Finnish Risk Score • Tabla de estratificación de riesgo cardiovascular de la OMS • Tabla de estratificación de riesgo cardiovascular de Framingham. (anexo 3) Vejez (60 y más años): • Finnish Risk Score • Tabla de estratificación de riesgo cardiovascular de la OMS De acuerdo con el resultado de la clasificación del riesgo, realizar las siguientes intervenciones: **Riesgo bajo y sin factores de riesgo**. Fortalecer estilos de vida saludables desde la RIAS de promoción y mantenimiento de la salud. **Riesgo moderado o alto**. Se deriva a la RIAS de RCCVM para su manejo y seguimiento.
	1.3	Prescribir ordenes de laboratorio para usuarios con clasificación del riesgo cardiovascular y metabólico Moderado/Alto (glicemia basal, hemoglobina glicosilada, perfil lípido, creatinina y uroanálisis).
	1.4	Identificar factores de riesgo: Obesidad, sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol. Diligenciar campos en Historia clínica, matriz de seguimiento, test de ASSIST (anexo 4).
	1.5	Ingresar al grupo o clínica de Obesidad a los usuarios con sobrepeso y obesidad.
	1.6	Definir plan individual de manejo terapéutico inicial y de seguimiento.
	1.7	Brindar asesoría al usuario en su derecho a ser intervenido en las actividades transversales de la ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

		* Esta información es fuente de datos para el indicador Nro. **11 Proporción de mujeres en edad fértil de 18-49 años, con patologías de HTA y DM con acceso efectivo a métodos anticonceptivos.**
	1.9	Prescribir interconsulta con especialista de acuerdo con los factores de riesgo y comorbilidades.
. Valoración clínica integral de control (Medicina general – 30minutos)	2.1	Revisar y registrar en Historia clínica los resultados de laboratorios.
	2.2	Confirmar diagnóstico HTA/DM tipo 2, registrar en Historia clínica y en la matriz de seguimiento de la RCCVM.
	2.3	Ajustar plan de manejo individualizado de acuerdo con la confirmación diagnostica y registrar en la Historia Clínica.
	2.4	Prescribir terapia farmacológica según guía de práctica clínica y registrar en Historia clínica.
	2.5	Indagar sobre hábitos alimenticios y culturales, para determinar el manejo nutricional individualizado.
	2.6	Determinar el estado social, ambiental, económico y del entorno, para orientar el plan de manejo y lograr adherencia.
	2.7	Evaluar el nivel de actividad física indagando sobre la cantidad de actividad física diaria actual e ingresar al programa de prescripción del ejercicio.
	2.8	Prescribir cada 6 meses laboratorio de HbA1c para el seguimiento y control usuarios con DM tipo 2.
	2.9	Registrar resultado de laboratorio de HbA1c con el objetivo de verificar la adherencia al tratamiento de los usuarios diagnosticados con DM2. *Esta información es fuente de datos para el indicador Nro. **6 Porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus controlada (HbA1c <7%) en los últimos 6 meses.**
	2.10	Valorar la adherencia al tratamiento farmacológico, por medio del test Mosrisky (anexo 5).
. Plan de manejo individualizado (valoración inicial o control 30 minutos)	4.1	Valoración por nutrición, fisioterapeuta o deportólogo, medicina familiar, médico internista, enfermería, psicología, trabajo social, la frecuencia de las interconsultas son acordes al criterio medico de acuerdo con las comorbilidades del usuario.
	4.2	Prescribir ejercicio físico de acuerdo a las condiciones clínicas del usuario. Responsable: Fisioterapeuta, deportólogo o profesional de salud certificado.
4. Educación en salud (equipo multidisciplinario de los ESM)	5.1	Realizar actividades educativas a nivel individual, colectivo y grupal, conservando las listas de asistencia respectivas, en los siguientes temas: • Cesación de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas. • Hábitos y estilos de vida saludables. • Hábitos de higiene en la salud cardiaca y diabetes. • Actividad física y prescripción del ejercicio. • Integración a los servicios en salud a usuarios con discapacidad con Riesgo o Presencia de Alteraciones Cardio cerebro vasculares y metabólicas (RCCVM). • Estimulación cognitiva y sensorial en los usuarios con Riesgo o Presencia de Alteraciones Cardio cerebro vasculares y metabólicas (RCCVM). • Hábitos para cuidar la salud mental de los usuarios con Riesgo o Presencia de Alteraciones Cardio cerebro vasculares y metabólicas (RCCVM). • Desarrollar campañas educativas para el día mundial de la HTA. • Desarrollar campañas educativas para el día mundial de la DM. • Desarrollar campañas educativas para el día mundial de la Obesidad. • Desarrollar campañas educativas para el día de cesación de Tabaco. • Desarrollar campañas educativas para el día mundial del Riñón. *Esta información es fuente de entrada para los informes de gestión trimestrales enviados a las DISAN

		Responsable: líder de la Ruta de CCVM de los ESM.
5.Reporte trimestral (profesional de enfermería o líder de la Ruta RCCVM)	5.2	Descargar, consolidar y enviar a las DISAN y JEFSA-FAC, la base de datos nominal de los tamizajes realizados durante el mes y las consultas de control. Responsable: Líder de la Ruta de Riesgo o Presencia de Alteraciones Cardio cerebrovasculares y metabólicas (RCCVM) del ESM.
	5.3	Consolidar y depurar la información recibida de los ESM y realizar retroalimentación a los ESM de los hallazgos encontrados en los informes. Responsable: Líder de la Ruta de Riesgo o Presencia de Alteraciones Cardio cerebrovasculares y metabólicas (RCCVM) de las DISAN y JEFSA-FAC.
	5.4	Enviar a la DIGSA de manera trimestral los siguientes soportes: 1. Base de datos nominal de los tamizajes realizados durante el trimestre y las consultas de control. (Formato de Excel de la Ruta RCCVM) 2. Cargue de soportes de las intervenciones educativas realizadas durante el trimestre. Responsable: Líder de la Ruta de Riesgo o Presencia de Alteraciones Cardio cerebrovasculares y metabólicas (RCCVM) de las DISAN y JEFSA-FAC.
6.Reporte trimestral de seguimiento	6.1	Consolidar y depurar Base de datos nominal de los tamizajes realizados durante el trimestre y las consultas de control, enviadas por las DISAN y JEFSA-FAC. Responsable: Referente de la DIGSA
	6.2	Calcular el cumplimiento de los indicadores establecidos en la Ruta de Riesgo o Presencia de Alteraciones Cardio cerebrovascular y metabólicas (CCVM) Responsable: Referente de la DIGSA
	6.3	Realizar informe de gestión y socializar resultados del cumplimiento de los indicadores de la RCCVM con las DISAN y JEFSA-FAC. Responsable: Referente de la DIGSA
7. Seguimiento RCCVM	6.4	Realizar seguimiento a los ESM y establecer plan de mejora si es el caso en relación al cumplimiento de indicadores. Responsable: Líder de la Ruta de Riesgo o Presencia de Alteraciones Cardio cerebrovasculares y metabólicas (RCCVM) de las DISAN y JEFSA-FAC

A continuación, se describen las rutas de atención de los usuarios desde el momento en que el ingresan a la Ruta de Riesgo o Presencia de Alteraciones Cardio cerebrovasculares y metabólicas (RCCVM).

Flujograma 1. Tamizaje de identificación de riesgo en población >18 años



Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA.GRERI 2022

8.4. REGISTRO DE LAS ATENCIONES

Las consultas de la presente Ruta se deberán realizar de acuerdo con el momento de curso de vida, con su respectivo registro individual de la prestación de servicios (RIPS) y Códigos Únicos de Prestación de Servicio (CUPS), siendo el registro responsabilidad del personal asistencial de salud, tal y como se especifica a continuación:

Tabla 7. Registro de la atención para los pacientes identificados con factores de RCCVM

CUPS	DESCRIPCIÓN
VALORACIÓN CLÍNICA INTEGRAL INICIAL	
890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL
890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICIÓN Y DIETETICA
890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA
890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA
890211	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA
890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL
890203	CONSULTA DE PRIMERZ VEZ POR ONDONTOLOGÌA
890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA INTERNA
890263	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA FAMILIAR
890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OFTALMOLOGÍA
VALORACIÓN CLÍNICA INTEGRAL DE CONTROL	
890301	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA GENERAL
890306	CONSULTA DE CONTROL POR NUTRICIÓN Y DIETETICA
890308	CONSULTA DE CONTROL POR PSICOLOGÍA
890305	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERÍA
890311	CONSULTA DE CONTROL POR FISIOTERAPIA
890309	CONSULTA DE CONTROL POR TRABAJO SOCIAL
890303	CONSULTA DE CONTROL POR ODONTOLOGÍA
890366	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA INTERNA
890363	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA FAMILIAR
890376	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OFTALMOLOGÍA

Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA.GRERI 2022

Tabla 8. Intervenciones individuales para personas identificadas con factores de RCCVM

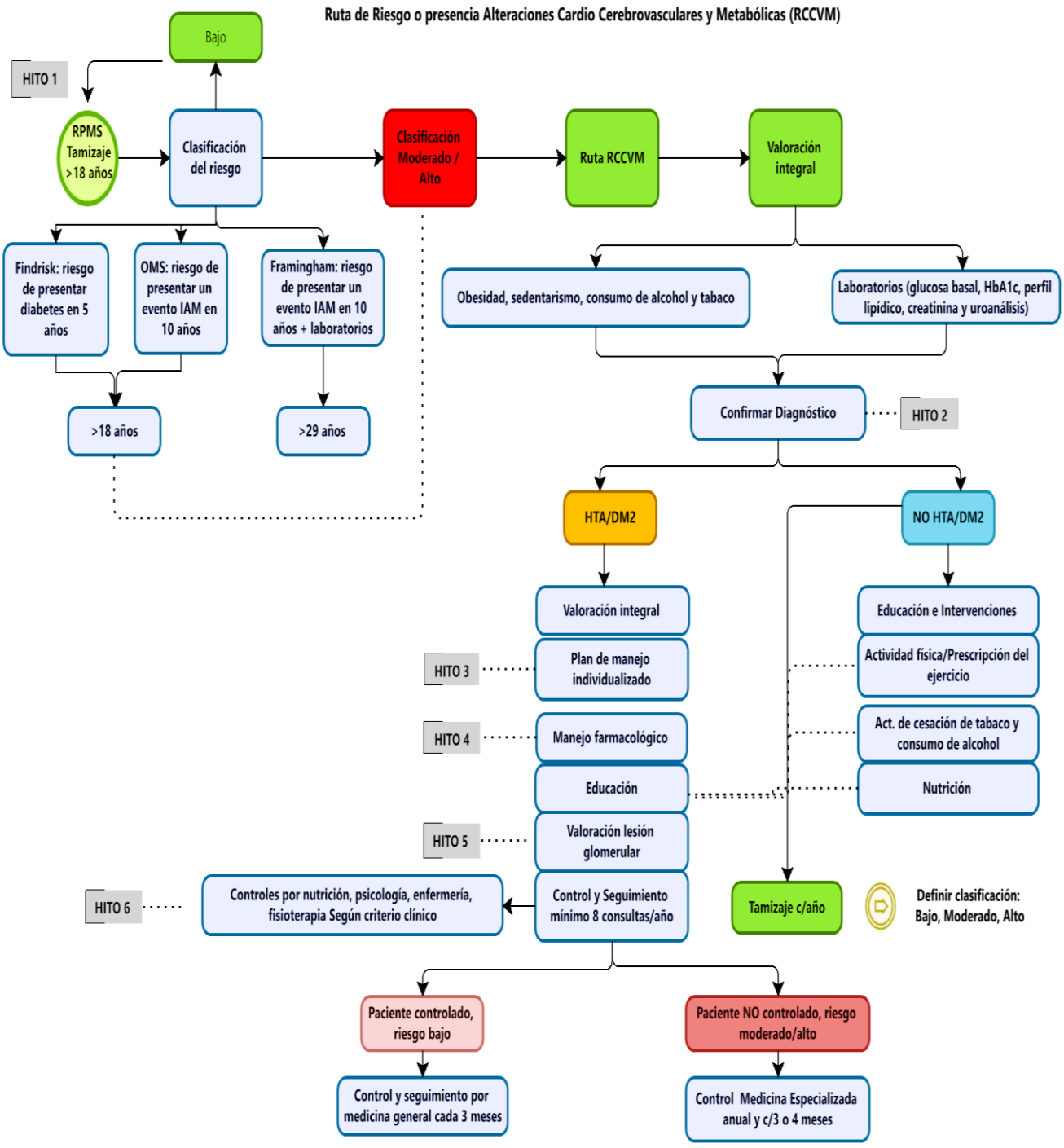
INTERVENCIONES / PROCEDIMIENTOS / ACTIVIDADES: VALORACIÓN CLÍNICA INTEGRAL INICIAL DIAGNÓSTICA	CUPS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA AL AÑO	TALENTO HUMANO
Para la identificación de riesgos asociados al desarrollo de enfermedades cardio cerebrovasculares y metabólicas y que requieren tratamiento. -**Valoración médica:** anamnesis y examen físico. -**Valoración condición física:** cantidad de actividad física y necesidad de prescripción de actividad. -**Valoración nutricional:** (talla, peso, IMC, perímetro abdominal, hábitos alimenticios). -**Valoración psicológica**: identificación de alteraciones mentales y/o consumo de SPA, cuestionario Assist. -**Valoración social:** Determinar el entorno de la persona, estado social, ambiental y económico.	890201	Consulta de primera vez por medicina general	1	Profesional en medicina entrenado
	890206	Consulta de primera vez por nutrición y dietética	1	Nutricionista
	890208	Consulta de primera vez por psicología	1	Psicología
	890205	Consulta de primera vez por enfermería	1	Enfermera/o
	890211	Consulta de primera vez por fisioterapia	1	Fisioterapeuta
	890209	Consulta de primera vez por trabajo social	1	Trabajo social
	903818	Colesterol total	1	Servicio Laboratorio Clínico
	903815	Colesterol de alta densidad	1	
	903816	Colesterol de Baja densidad	1	
	903868	Triglicéridos	1	
	903841	Glucosa en suero u otro fluido diferente a orina	1	

INTERVENCIONES / PROCEDIMIENTOS / ACTIVIDADES: VALORACIÓN CLÍNICA INTEGRAL INICIAL DIAGNÓSTICA	CUPS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA AL AÑO	TALENTO HUMANO
	903844	Glucosa curva de tolerancia	1	

Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA.GRERI 2022

Nota: Las atenciones por Nutricionista, Trabajo Social y Fisioterapeuta, se realizarán de acuerdo con la disponibilidad de talento humano y disponibilidad presupuestal de cada ESM y DISAN-JEFSA. Esta contratación de personal deberá tenerse en cuenta para próxima vigencia en el plan de compras.

Flujograma 2. Atención Clínica integral a personas identificadas con factores de RCCVM



Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA.GRERI 2022

Tabla 9. Intervenciones individuales para personas identificadas con factores de RCCVM

INTERVENCIONES / PROCEDIMIENTOS / ACTIVIDADES: TABAQUISMO (Paciente con Riesgo CIE10 Z720, Z716, Z50.8)	CUPS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA AL AÑO	TALENTO HUMANO
Atenciones intermedias: Corresponde a las consultas programadas para iniciar tratamiento del tabaquismo en las personas que han decidido dejar de fumar o vapear.	890201 890205 890208 890209	Consulta de control medicina general, enfermería, psicología, trabajo social.	6-8 Consultas con sesiones educativas.	Profesional de medicina general, enfermera/o, psicología y trabajo social
Atenciones avanzadas: Estas intervenciones tienen el objetivo de ofrecer tratamiento intensivo en las personas que no pudieron dejar de fumar con las anteriores intervenciones, presentaron recaídas, alta dependencia y/o con comorbilidades. **1.**Consulta inicial medicina y psicología, trabajo social o enfermería. **2.**Consulta de control por medicina y psicología, enfermería o trabajo social. **3.** Educación en salud individual o grupal o ambas.	890301 890305 890308 890309	Consulta de control medicina general, enfermería, psicología, trabajo social	10-12 Consultas con sesiones educativas	
Tratamiento farmacológico: Corresponde a la prescripción de medicamentos para el tratamiento de los síntomas de abstinencia en la persona que ha decido dejar el consumo de tabaco y según este indicado.		Medicina general	Según este indicado	

Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GRERI 2022

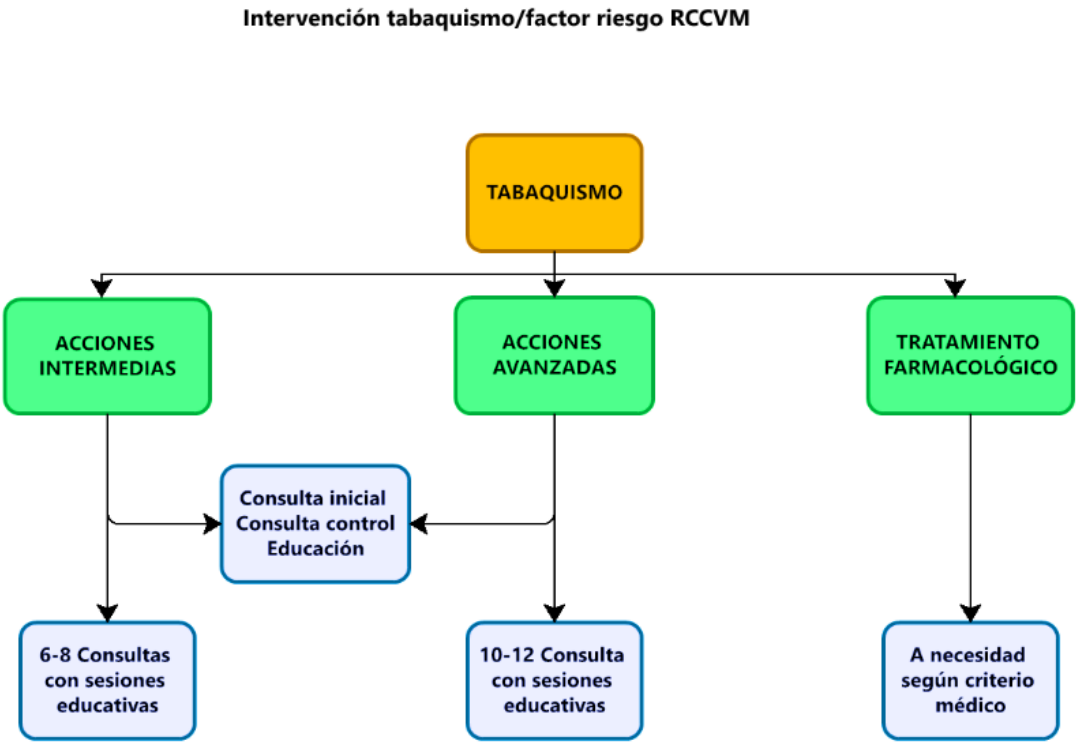
Tener presente que el SSFM tiene disponible para los consumidores de tabaco el Plan Estratégico para el Apoyo de la Cesación del Consumo de Tabaco y la Atención del Tabaquismo del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares vigente mediante Oficio No 13785/MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRUSP-86.13 de Fecha 08 de agosto del 2019.

Dentro de las intervenciones educativas es importante resaltar que el consumo de cigarrillos electrónicos tiene componentes tóxicos: además de la nicotina, que es tóxica y adictiva, los cigarrillos electrónicos contienen ingredientes como el propilenglicol, la glicerina y otros aditivos que se asocian a la irritación de la garganta y las vías respiratorias o el enrojecimiento de los ojos.

Riesgos asociados en salud:

- La nicotina ocasiona adicción y ha demostrado afectar el desarrollo neuronal en adolescentes.
- El uso de cigarrillos electrónicos durante al menos un año se asocia a un mayor Riesgo Cardiovascular y el uso diario duplica el riesgo de presentar infarto agudo de miocardio, probabilidad que aumenta si se tiene el antecedente de Hipertensión, Colesterol alto y Diabetes.
- Los Adolescentes que usan cigarrillos electrónicos tienen más probabilidades de consumir cannabis, no solo en su forma tradicionalmente quemada, sino también a través del vapeo, ya que los dispositivos de cigarrillos electrónicos pueden fomentar la experimentación y personalización del consumo.
- Los productos químicos presentes en el vapor del cigarrillo electrónico pueden causar daño celular y muta génesis, hallazgo que apoya la posibilidad de que la exposición a largo plazo aumente el riesgo de desarrollar cáncer. (10)

Flujograma 3. Atención inicial integral a personas identificadas con factores de RCCVM



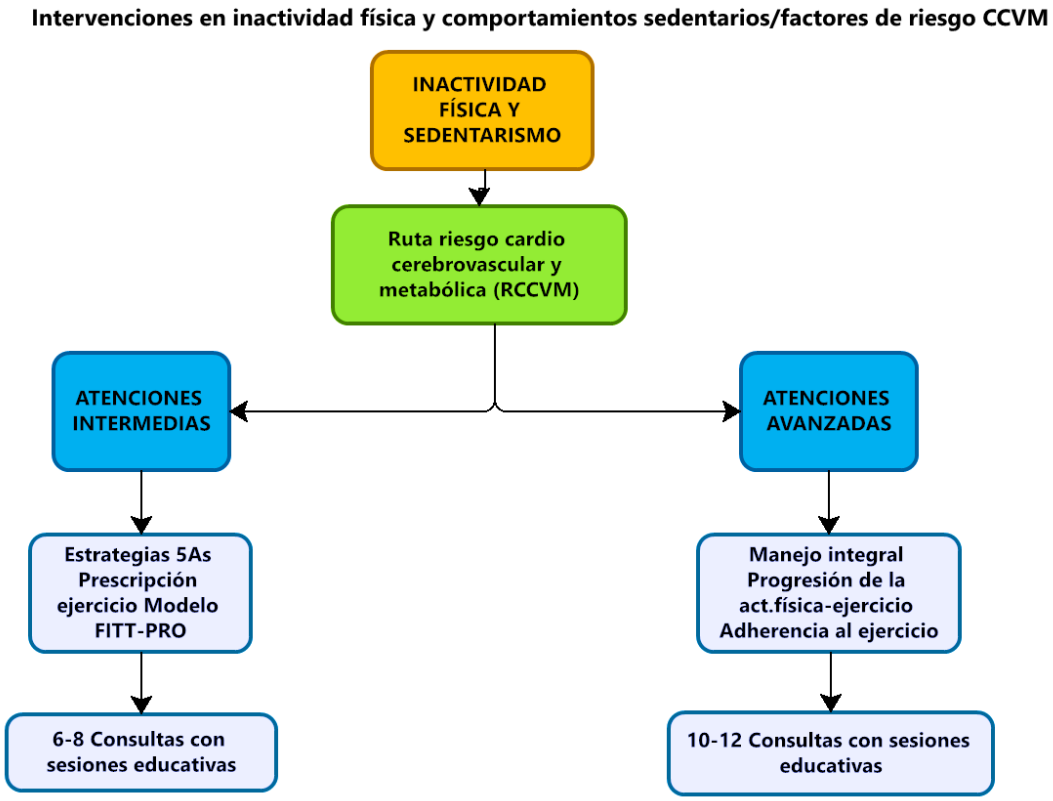
Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GRERI 2022

Tabla 10. Intervenciones individuales para personas identificadas con factores de RCCVM

INTERVENCIONES / PROCEDIMIENTOS / ACTIVIDADES: INACTIVIDAD FÍSICA Y COMPORTAMIENTOS SEDENTARIOS CIE10 Y93.9	CUPS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA AL AÑO	TALENTO HUMANO
Atenciones intermedias: intervención de consejería breve; aplicación estrategia 5As y las teorías multinivel de transformación del comportamiento, prescripción de ejercicio mediante el modelo FITT-PRO. Valoración clínica completa, recomendaciones de actividad física y prescripción de ejercicio según curso de vida, definición de plan de manejo y seguimiento, lo que permitirá alcanzar adherencia al ejercicio y consolidarla en 6 meses a un año.	890201 890205 890206 890211 890208	Consulta de primera vez por medicina general, enfermería, fisioterapia, nutrición y dietética y psicología.	6-8 Consultas con sesiones educativas	Profesional de medicina general, enfermería, psicología, Nutrición y dietética y fisioterapia
Atenciones avanzadas: ofrece manejo integral, progresión de la actividad física y el ejercicio, acompañamiento continuo y adherencia al ejercicio.	890301 890305 890308 890311 890306		10-12 Consultas con sesiones educativas	

Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GRERI 2022

Flujograma 4. Atención inicial integral a personas identificadas con factores de RCCVM



Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA.GRERI 2022

Tabla 11. Intervenciones individuales para personas identificadas con factores de RCCVM

INTERVENCIONES / PROCEDIMIENTOS / ACTIVIDADES: CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL CIE10 F1010	CUPS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA AL AÑO	TALENTO HUMANO
Si en la valoración inicial se aplicó el cuestionario de ASSIST y el resultado fue positivo, remitir a la RIAS de problemas y trastornos mentales, epilepsias y consumo de sustancias psicoactivas.	RIAS salud mental	RIAS salud mental	RIAS salud mental	RIAS salud mental

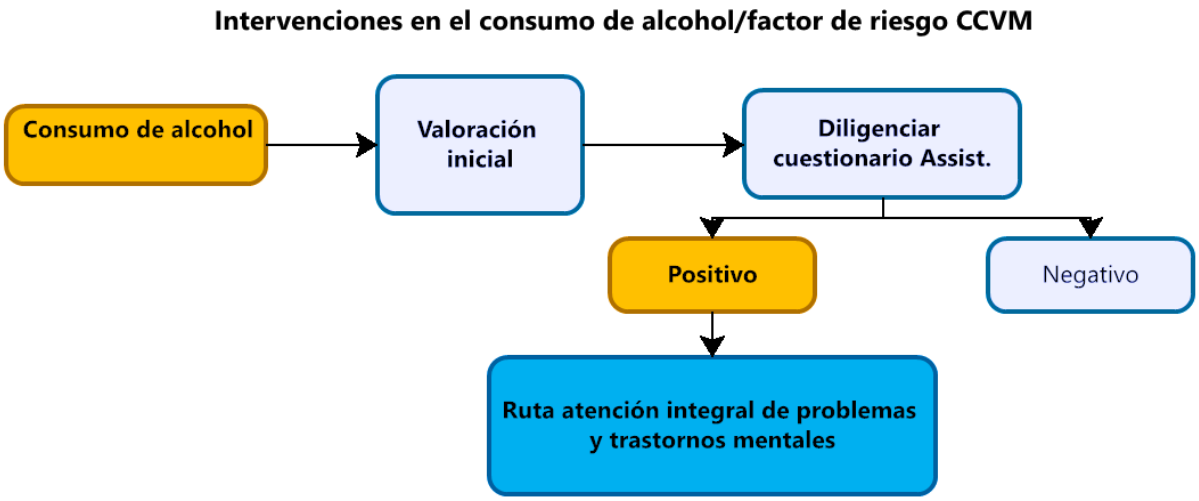
Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA.GRERI.2022

Para la detección de consumo de alcohol es importante utilizar algunas herramientas y guías validadas para Latino América que permiten realizar desde una detección temprana del consumo nocivo, así como la identificación de trastornos derivados del consumo de alcohol y así poder ofrecer algunas intervenciones breves para los cuales se recomienda la consulta de:

- ASSIST (11): La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. Manual para uso en la atención primaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 Enlace: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85403/9789275332368_spa.pdf;jsessionid=CFEA1971D3C20550943411A8F357590D?sequence=1cons

- AUDIT (12): Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: Pautas para su utilización en atención primaria. 2da edición https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf?ua=1b
- Intervención Breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. (13) Un manual para la utilización en Atención Primaria. https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf?ua=1&ua=1

Flujograma 5. Atención inicial integral a personas identificadas con factores de RCCVM



Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GRERI. 2022

Tabla 12. Intervenciones individuales para personas identificadas con factores de RCCVM

INTERVENCIONES / PROCEDIMIENTOS / ACTIVIDADES: INHADECUADOS HABITOS ALIMENTICIOS, SOBREPESO Y OBESIDAD	CUPS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA AL AÑO	TALENTO HUMANO
Valoración nutricional: primera consulta por el profesional de nutrición y dietética para instaurar el plan de alimentación individualizado en el paciente identificado con sobrepeso o hábitos alimenticios no adecuados. En caso de obesidad realizar manejo conjunto desde la RIAS de alteraciones nutricionales donde quedaran descritas las atenciones que se requieran.	890206	Consulta de primera vez nutrición y dietéticas	1	Profesional de nutrición y dietética
Prescripción de la actividad física: si el paciente requiere prescripción de la actividad física remitirse a las atenciones descritas para el este riesgo. Pacientes con riesgo cardiovascular alto o más requerirán valoración por medicina del deporte.	890211	Consulta de primera vez por fisioterapia	1	Profesional de fisioterapia
Educación en salud: sesiones orientadas a buscar el cambio conductual de los riesgos identificados y asociados, proporcionar estrategias, valorar la adherencia al tratamiento, reforzar capacidades para el cambio comportamental, evaluar dificultades, entre otros.	890201 890205 890208 890211 890206	Consulta de primera vez y de control por medicina general, psicología, enfermería, nutrición y dietéticas y fisioterapia.	Según indicaciones	Profesional de medicina general, psicología, enfermería, nutrición y dietéticas y fisioterapia

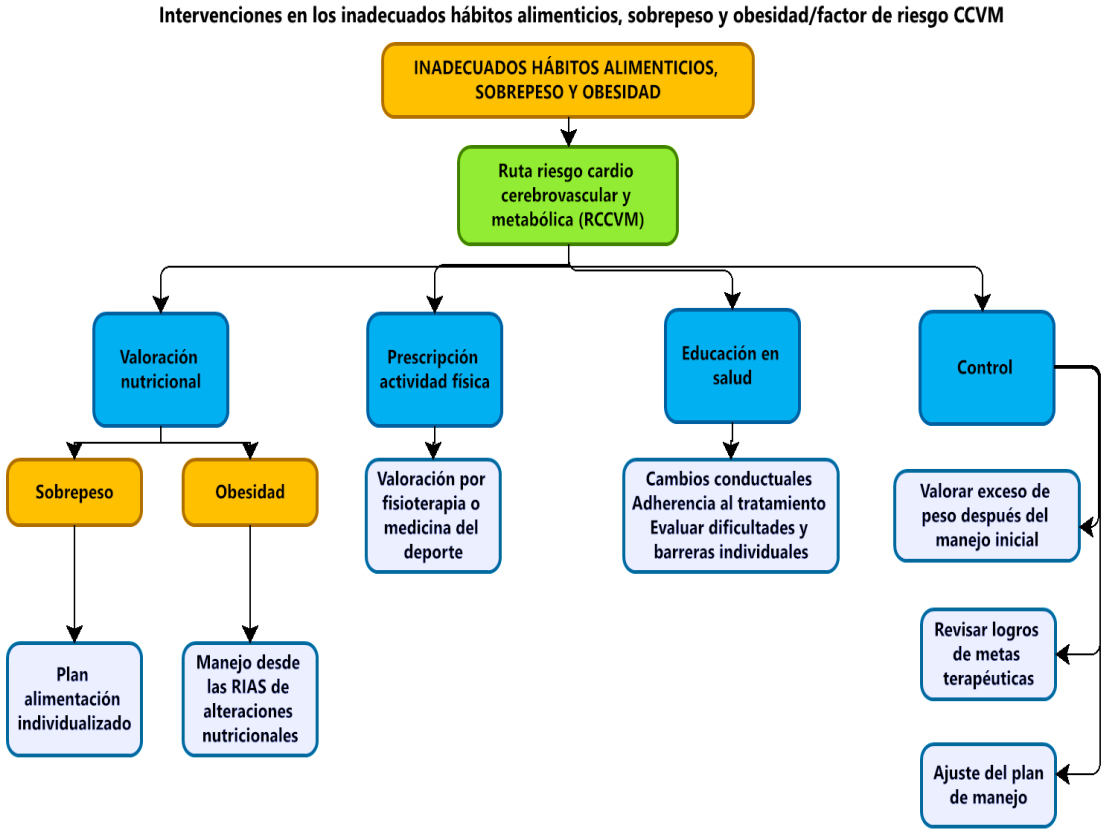
INTERVENCIONES / PROCEDIMIENTOS / ACTIVIDADES: INHADECUADOS HABITOS ALIMENTICIOS, SOBREPESO Y OBESIDAD	CUPS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA AL AÑO	TALENTO HUMANO
Control: atenciones y procedimientos necesarios para lograr el control del exceso de peso, luego del manejo inicial. Revisar logros y metas terapéuticas y ajuste del plan de manejo. En la valoración inicial y de control se definirá la necesidad de realización de exámenes.	890301 890305 890308 890311 890306		4 a 5 Consultas con sesiones educativas	

Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GRERI. 2022

En la actualidad se evidencia un incremento de la incidencia y la prevalencia de las enfermedades crónicas asociadas con el sobrepeso y la obesidad, que son motivo frecuente de consultas, hospitalizaciones y demanda de servicios de salud crecientes para atender las complicaciones y manejar las patologías causadas por estas dos entidades.

Situación que se ve incrementada por el sedentarismo, el estrés, los malos hábitos de alimentación y el tabaquismo, lo cual está afectando en forma negativa a la población del Subsistema de Salud de Fuerzas Militares; que elevan en forma importante el riesgo de sufrir diversas patologías entre las cuales están: Hipertensión arterial, dislipidemias, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, colelitiasis, osteoartritis, apnea obstructiva del sueño y otras neuropatías crónicas, como también incrementan el riesgo de presentar cáncer de colon, próstata, mama y endometrio.

Flujograma 6. Atención inicial integral a personas identificadas con factores de RCCVM



Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GRERI. 2022

Cada ESM como estrategia debe crear el "GRUPO DE OBESIDAD o CLÍNICAS DE OBESIDAD": Las clínicas de obesidad en el SSFM estarán conformadas por un equipo multidisciplinario así: Líder del grupo (enfermero profesional), Médico Internista, Medico General integrante de la Ruta de RCCVM, psicología, Nutricionista, Fisioterapeuta. Manejo especializado con endocrinólogo y cirujano general según sea el caso.

En el cual se deben llevar a cabo las siguientes intervenciones de cuidado:

- Tamizajes de peso y talla 2 veces al año, mínimo 1 vez al año.
- Clasificar el grado de Obesidad de acuerdo con el IMC.
- Ingresar a la RIAS RCCVM todos aquellos usuarios con IMC >25.
- Valorar y establecer estrategias de intervención sobre los factores de riesgo evidenciados durante la consulta clínica integral de cada usuario.
- Iniciar Tratamiento No farmacológico acompañado de las intervenciones y seguimiento de control del equipo médico multidisciplinario, lo que abarca un amplio y extenso manejo nutricional tanto en la dieta por medio de un plan individualizado, toda vez que los requerimientos metabólicos son diferentes para cada usuario teniendo en cuenta que son manejos diferentes para obesidad y sobrepeso. Además, se debe intentar una adaptación a los gustos,

costumbres y condiciones socio económicas de cada persona ya que, de lo contrario, el número de fracasos será elevado.

- Intervenciones y acompañamiento por nutricionista para fortalecer los hábitos y estilos de vida saluda, la prescripción de un plan alimenticio individualizado. (acortar los períodos de ayuno, evitar excesos de comida, alimentación por ansiedad).

- Ingreso programa de prescripción del ejercicio (PPE) como medida o estrategia que favorece la pérdida de peso y mejora el metabolismo del organismo, entre muchos otros beneficios a nivel cardiaco y hormonal. Es preciso que la prescripción del ejercicio se lleve a cabo un por fisioterapeuta o médico especialista, de manera que se tengan presente las comorbilidades, contraindicaciones y complicaciones de cada usuario.

- El consumo de alcohol debe disminuirse por su exceso de calorías, así como las bebidas con cafeína, que estimulan el aumento de ácido en el estómago y de ghrelina que aumenta el apetito. Los cambios en la dieta tienen que ser paulatinos y pactados de antemano.

- Tratamiento Psicológico: La terapia psicológica es una de las áreas básicas de control para el paciente. Se requiere como un soporte conjunto en el seguimiento de manera que se logre mayor adhesión al tratamiento y el mantenimiento a largo plazo del peso perdido. Algunas personas se sobrealimentan en respuesta a ciertos estados emocionales que han aprendido y relacionado con actos de comida.

- La aproximación psicológica ayuda al paciente a centrarse en los hábitos que lo han dirigido hacia la obesidad, logrando enfatizarse en las facetas de la conducta que han sido aprendidas. Los pacientes se benefician con las intervenciones cognitivo-conductuales que son útiles cuando se combinan con estrategias de ejercicio.

- Manejo farmacológico: Los fármacos nunca deben ser de primera elección en el tratamiento y solo en casos muy especiales serán indicados, pero siempre con la precaución de sus efectos secundarios. Para los obesos en quienes la ansiedad o la depresión obstaculiza la realización de una dieta, son eficaces los medicamentos como la Fluoxetina. El Orlistat actúa sobre la lipasa pancreática y disminuye la absorción de los triglicéridos en el intestino, con lo cual se eliminan con las heces. Algunos medicamentos presentan un efecto anti-obesidad como la Metformina esta se debe a un mecanismo similar de inactivación de componentes digestivos, por consiguiente, a la disminución de absorción de nutrientes.

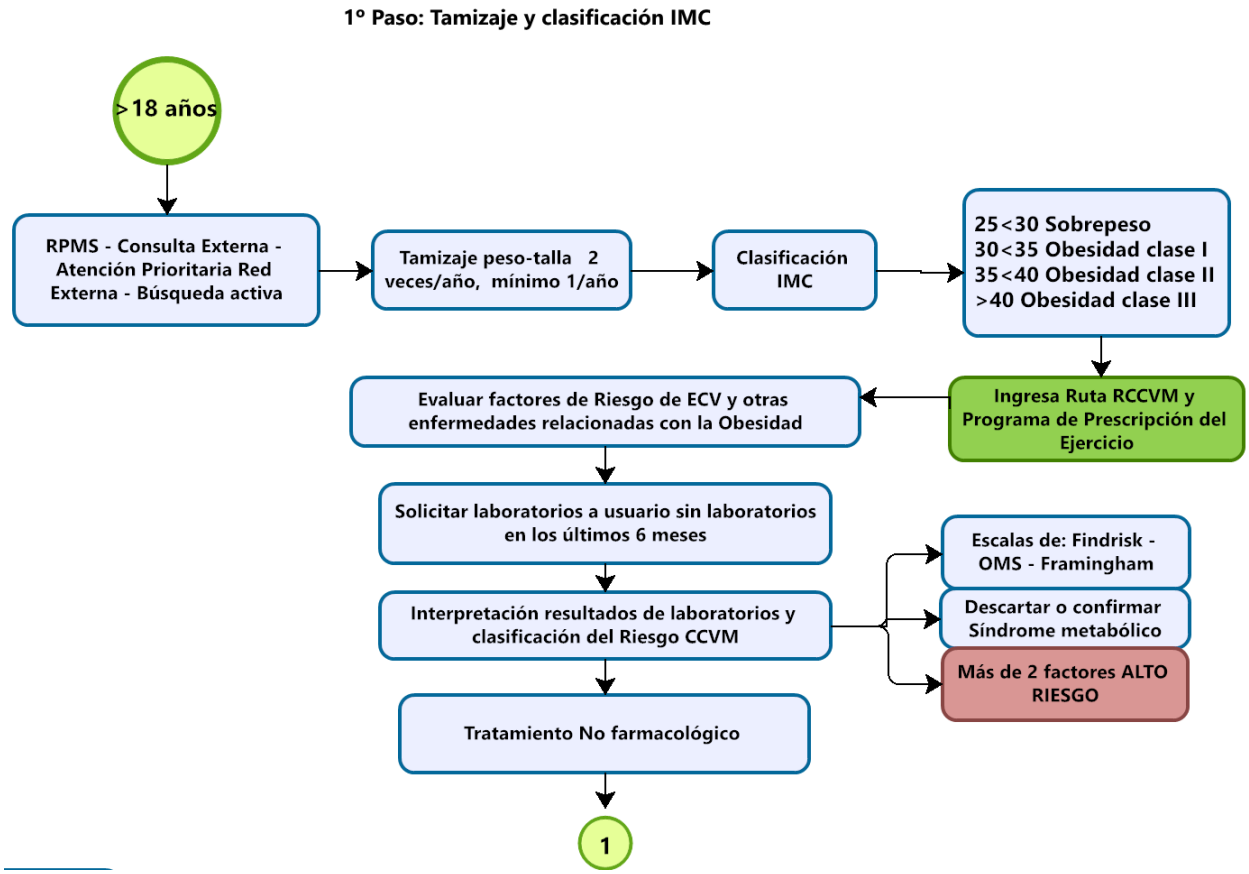
- Manejo Quirúrgico: De acuerdo con la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica y del Tracto Gastrointestinal el cuidado general de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía bariátrica requiere manejo multidisciplinario y programas que aborden tanto el cuidado perioperatorio como el manejo a largo plazo. Los pacientes deben comprender claramente cuáles son los beneficios previsibles, los riesgos y las consecuencias a corto y largo plazo del tratamiento quirúrgico. Así como la necesidad de seguimiento durante toda la vida, asesoramiento dietético y controles bioquímicos.

Las técnicas de cirugía bariátrica se apoyan en varios mecanismos que promueven la pérdida de peso:

- Técnicas restrictivas (reducción de la cámara gástrica)
- Limitación de la absorción gastrointestinal
- La combinación de restricción y limitación de la absorción

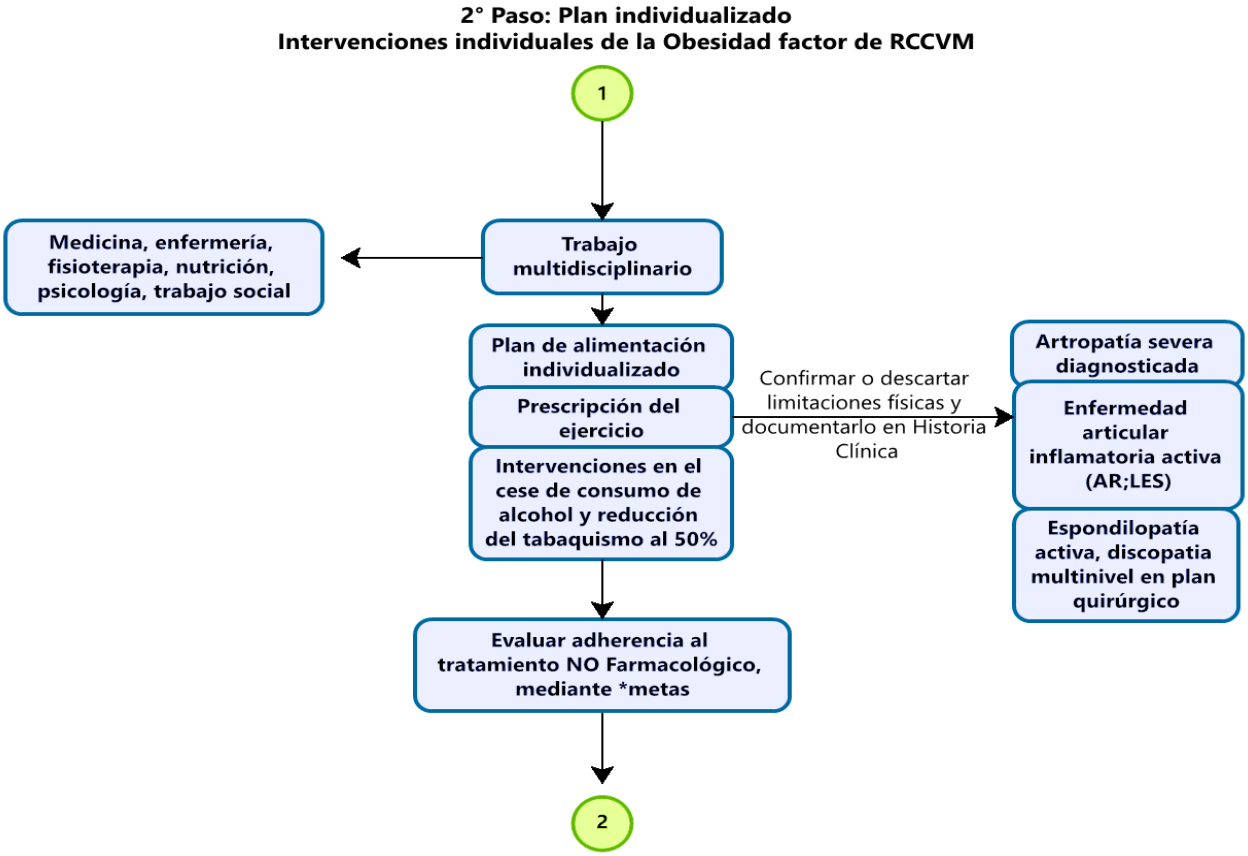
Para más información consultar el protocolo de Junta de Evaluación de Tecnologías en Procedimientos – cirugía bariátrica.

Flujograma 7. 1° Paso: Tamizaje y clasificación del IMC. Intervenciones individuales para el manejo de la Obesidad como factor de Riesgo de la Ruta CCVM



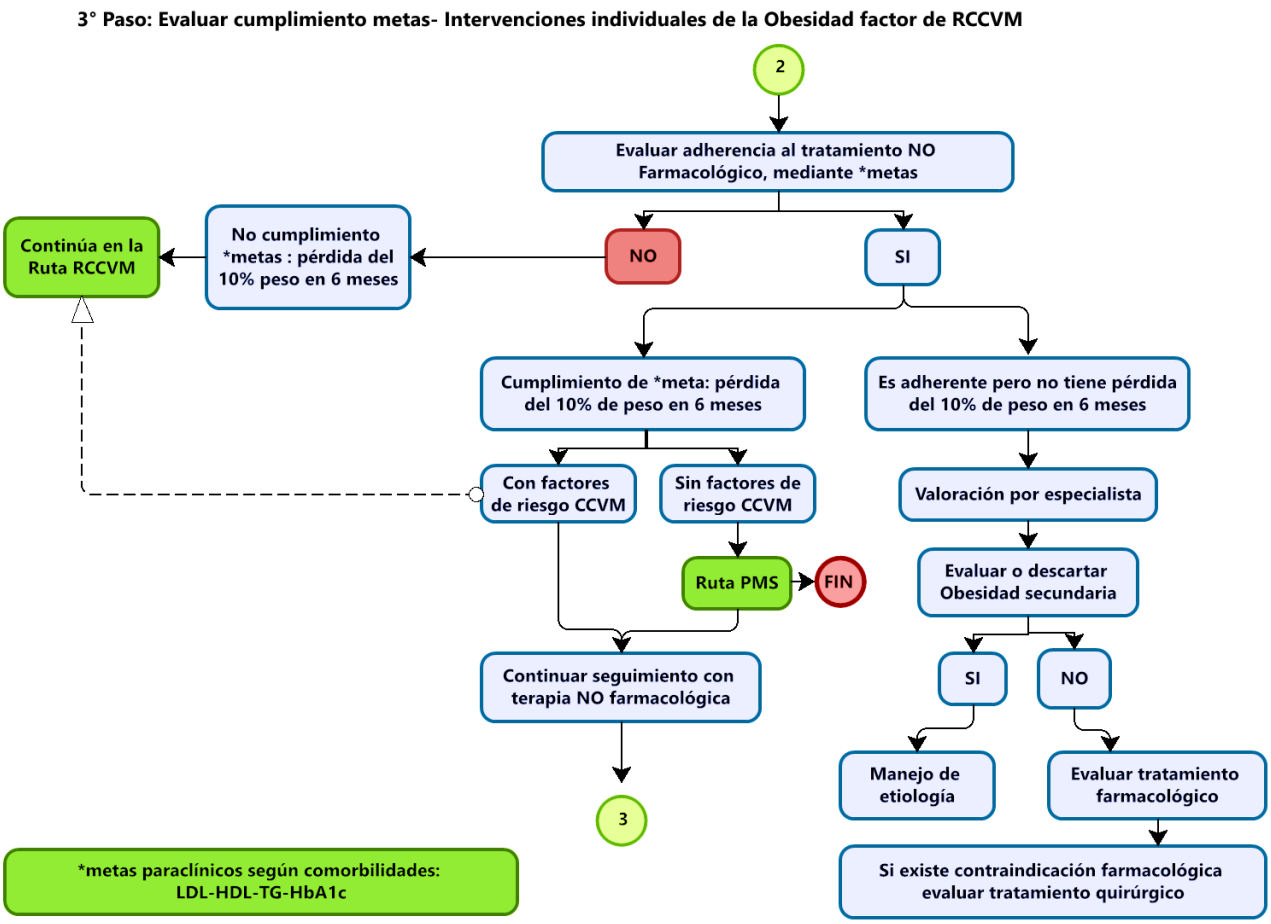
Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GREGI. 2022

Flujograma 8. 2° Paso: Plan individualizado. Intervenciones individuales para el manejo de la Obesidad como factor de Riesgo de la Ruta CCVM



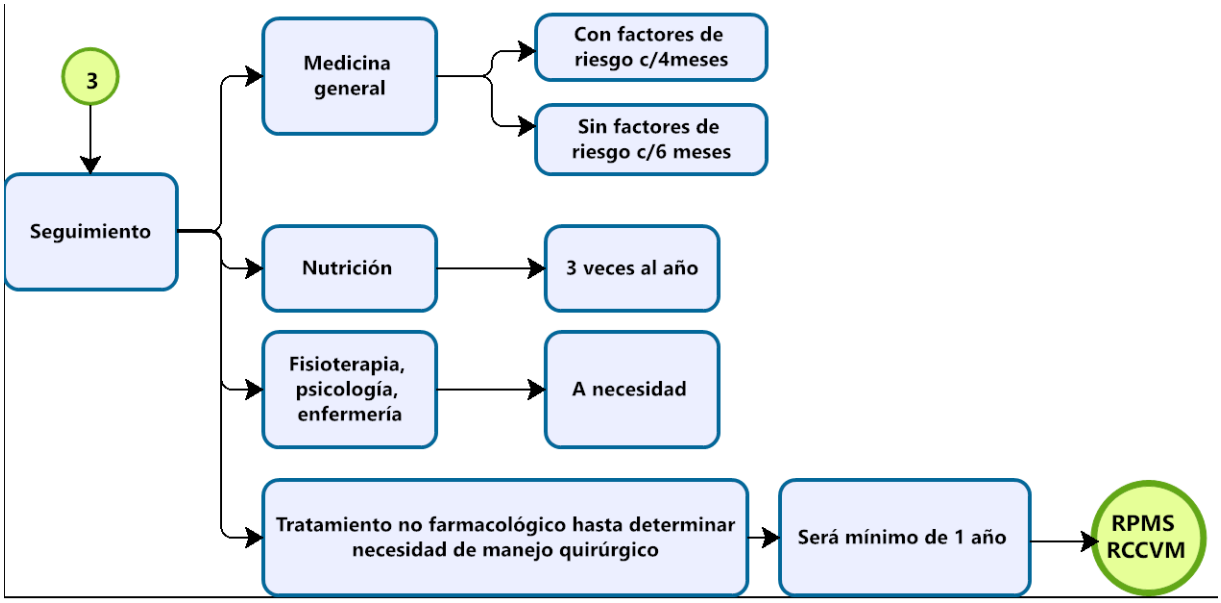
Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GREGI. 2022

Flujograma 9. 3° Paso: Evaluar cumplimiento metas. Intervenciones individuales para el manejo de la Obesidad como factor de Riesgo de la Ruta CCVM



Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GREGI. 2022

Flujograma 10. 4° Seguimiento. Intervenciones individuales de la Obesidad como factor de Riesgo de la Ruta CCVM



Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GREGI. 2022

Tabla 13. Intervenciones individuales para personas identificadas con factores de RCCVM

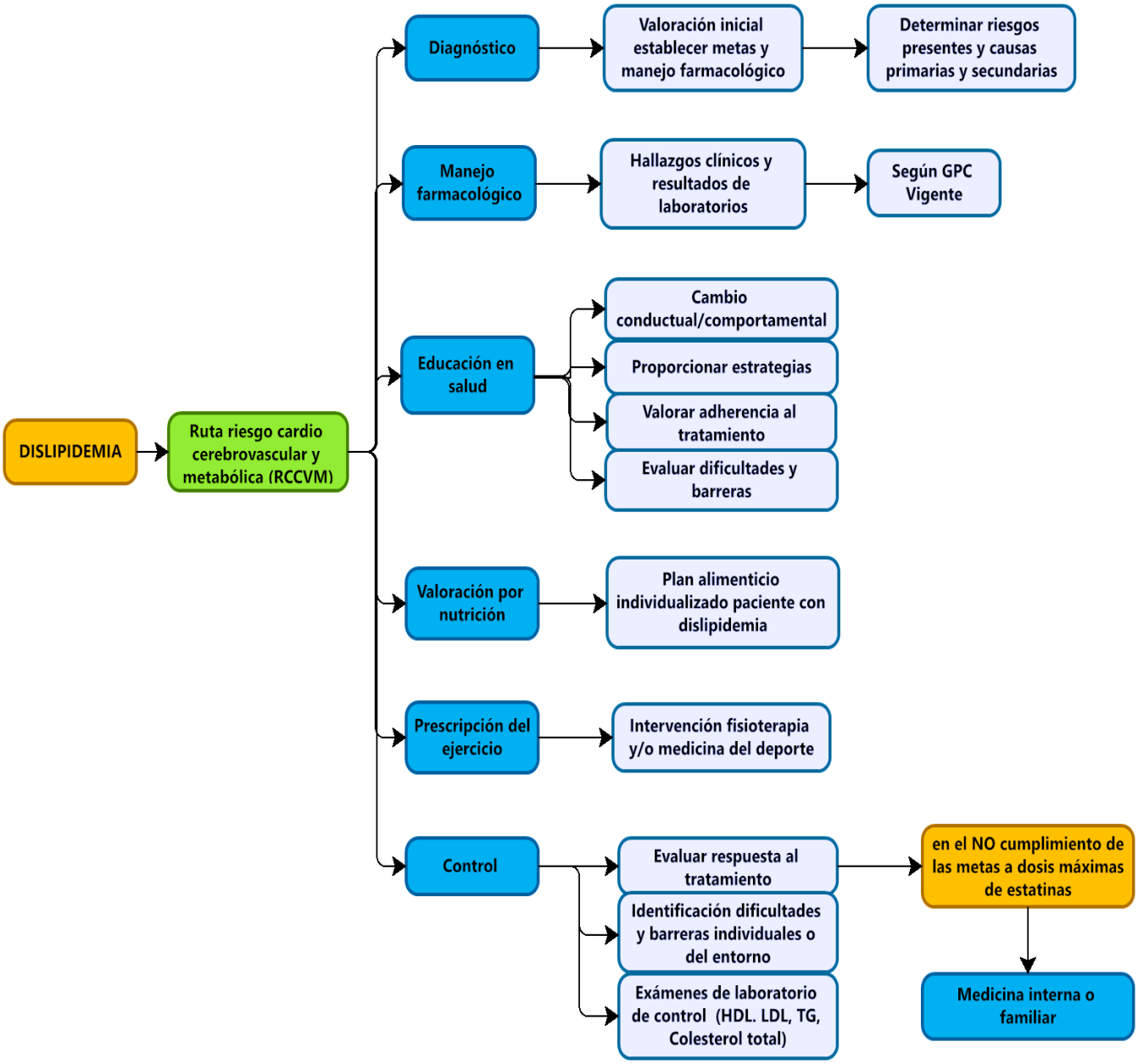
INTERVENCIONES / PROCEDIMIENTOS / ACTIVIDADES: DISLIPIDEMIA CIE10 E78.5, E78.6	CUPS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA AL AÑO	TALENTO HUMANO
Diagnóstico: durante la valoración inicial al ingreso de esta RIAS. Establecer metas del perfil lípido, manejo farmacológico e identificar riesgos presentes, causas primarias y secundarias de dislipidemias. Determinar el manejo de las comorbilidades presentes.	890201	Consulta de primera vez por medicina general	1	Profesional de medicina general
Manejo farmacológico: el médico determina tratamiento de acuerdo a los hallazgos clínicos, exámenes de laboratorio, lo recomendado en GPC vigentes.	890201	Consulta de primera vez por medicina general	3-4 Es la misma consulta de la valoración inicial	Profesional de medicina general
Educación en salud: Sesiones orientadas a buscar el cambio conductual de los riesgos identificados y asociados, proporcionar estrategias, valorar adherencia al tratamiento, reforzar capacidades para el cambio comportamental, evaluar dificultades.	890301 890306 890305	Consulta de control y/o seguimiento por medicina general, enfermería, nutrición y dietética	A necesidad	Equipo multidisciplinario
Valoración nutricional: primera consulta con el profesional de nutrición y dietética para instaurar el plan de alimentación individualizado en el paciente identificado con dislipidemia.	890206	Consulta de primera vez por nutrición y dietética	Después de la primera consulta una cita al mes y posteriormente cada 3 meses, para lograr adherencia	Profesional de nutrición y dietética
Prescripción actividad física: si el paciente requiere prescripción de la actividad física remitirse a las atenciones descritas para el este riesgo. Pacientes con riesgo cardiovascular alto o más requerirán valoración por medicina del deporte.	890211	Consulta de primera vez por fisioterapeuta	1	Profesional de fisioterapia

INTERVENCIONES / PROCEDIMIENTOS / ACTIVIDADES: DISLIPIDEMIA CIE10 E78.5, E78.6	CUPS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA AL AÑO	TALENTO HUMANO
Control médico: Evaluar respuesta al tratamiento, identificar dificultades y barreras individuales o del entorno para la adherencia al tratamiento, solicitar exámenes de control. Los exámenes se deben de realizar con la misma periodicidad de los controles médicos procurando que se tengan los resultados para la consulta de control. Si no se alcanzan las metas de perfil lipídico a dosis máximas de estatinas y cambios de estilos de vida, deber ser remitido a Medicina interna o medicina familiar.	890301 890306 890311 890308 890305	Consulta de primera vez medicina general, psicología, nutrición y dietética y fisioterapia	Según indicaciones	Profesional de medicina general

Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GRERI. 2022

Flujograma 11. Atención inicial integral a personas identificadas con factores de RCCVM

Intervenciones en dislipidemias/factor de riesgo CCVM



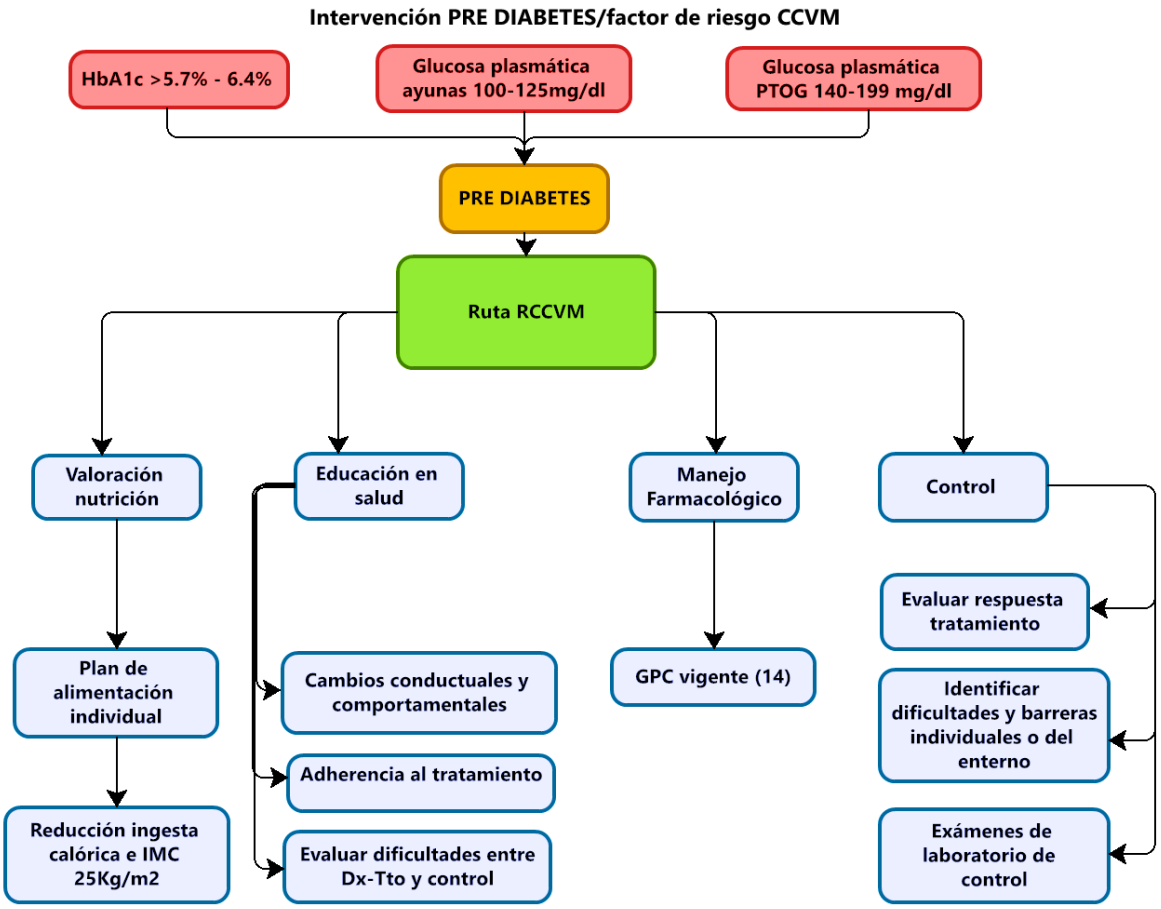
Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GRERI. 2022

Tabla 14. Intervenciones individuales para personas identificadas con factores de RCCVM

INTERVENCIONES / PROCEDIMIENTOS / ACTIVIDADES: PRE DIABETES	CUPS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA AL AÑO	TALENTO HUMANO
Diagnóstico: Durante la valoración inicial al ingreso de esta RIAS. HbA1c >5.7% - 6.4% Glucosa plasmática ayunas 100 a 125mg/dl Glucosa plasmática a las 2 horas durante 75g de PTOG 140-199mg/dl **Manejo farmacológico:** Iniciar manejo según indicaciones de la GPC. **Valoración nutricional:** Para valoración e iniciar manejo según se requiera. **Educación en salud:** Educar al paciente para lograr el cambio conductual y comportamental, proporcionar estrategias, valorar adherencia al tratamiento, evaluar dificultades entre diagnóstico, tratamiento y control de la prediabetes. **Control:** Evaluar respuesta al tratamiento instaurado, identificar dificultades y barreras individuales o del entorno para adherencia al tratamiento. Determinar manejo por otros profesionales de la salud. Exámenes de control según criterio el médico, prescripción actividad física y manejo por nutrición.	903426 903427	Hemoglobina glicosilada	1 vez o según necesidad	Profesional de medicina general
	903841	Glucosa en suero	A necesidad	
	903842	Glucosa pre y post carga de glucosa		
	890201 890206 890211 890205	Consulta de primera vez medicina general, enfermería nutrición y dietética y fisioterapia.	1 vez	
	890301 890306 890311 890305	Consulta de control y/o seguimiento por medicina general, enfermería nutrición y dietética y fisioterapia.	4 a 5 consultas para nutrición 6 a 8 consultas entre las demás especialidades incluyendo sesiones educativas.	

Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GRERI 2022

Flujograma 12. Atención inicial integral a personas identificadas con factores de RCCVM



Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GRERI. 2022

Tabla 15. Intervenciones individuales para personas identificadas con factores de RCCVM

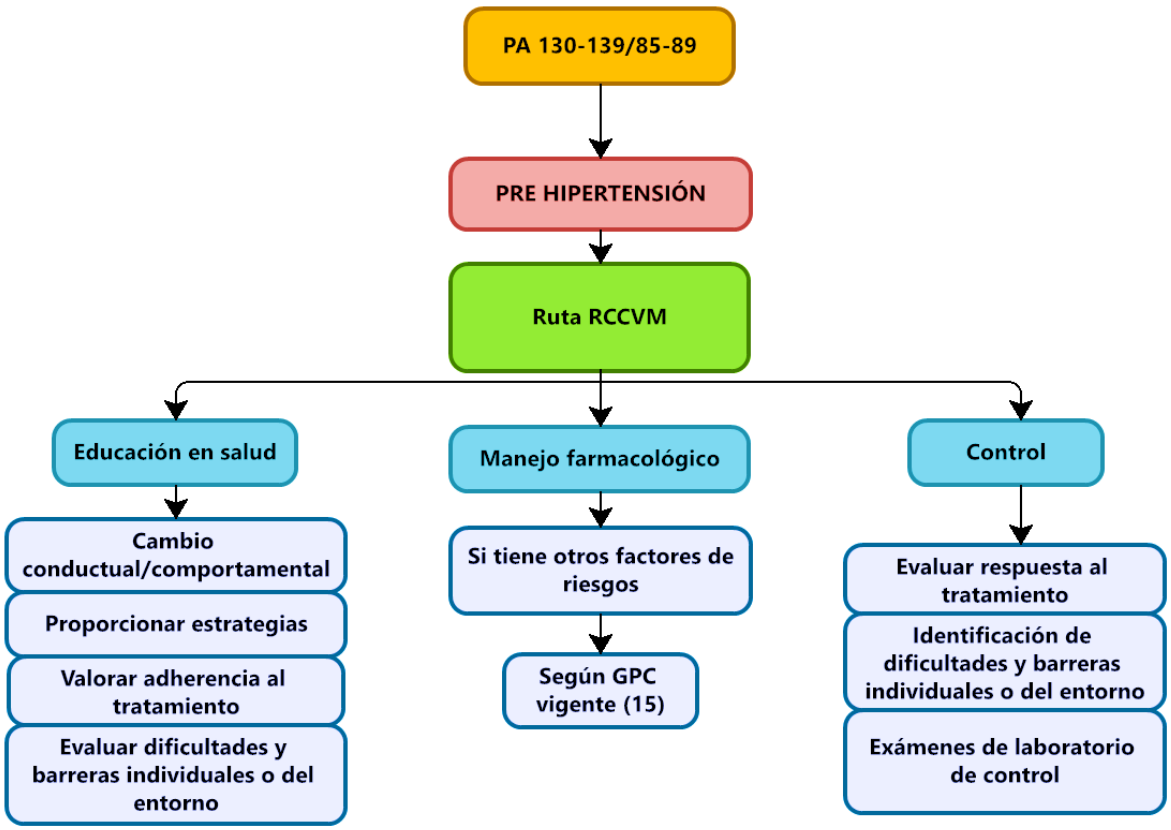
INTERVENCIONES / PROCEDIMIENTOS / ACTIVIDADES: PRE HIPERTENSIÓN	CUPS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA AL AÑO	TALENTO HUMANO
Diagnóstico: Durante la valoración inicial se identifican cifras tensionales de 130-139/85-89mmHg.	890201 890205	Consulta de primera vez por medicina general y enfermería	Anual	Profesional de medicina general
Manejo farmacológico: si el paciente tiene otros factores de riesgo, tener presente la edad para definir manejo farmacológico.	890201	Consulta primera vez por medicina general y enfermería	Según criterio médico	Profesional de medicina general
Educación en salud: Educar al paciente para lograr el cambio conductual y comportamental, de los riesgos identificados y asociados, proporcionar estrategias, valorar adherencia al tratamiento, evaluar dificultades.	890201 890205 890211	Consulta de control y/o seguimiento por medicina general, enfermería y fisioterapia	A necesidad	Profesional de medicina, enfermería, fisioterapia

INTERVENCIONES / PROCEDIMIENTOS / ACTIVIDADES: PRE HIPERTENSIÓN	CUPS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA AL AÑO	TALENTO HUMANO
Control: Evaluar respuesta al tratamiento instaurado, identificar dificultades y barreras individuales o del entorno para adherencia al tratamiento. Determinar manejo por otros profesionales de la salud. Exámenes de control según criterio el médico, prescripción actividad física y manejo por nutrición.	890301 890305 890311	Consulta de control y/o seguimiento por medicina general, enfermería y fisioterapia	A los 3 meses o anual hasta alcanzar metas, es decir <140/90	Profesional de medicina

Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA.GRERI. 2022

Flujograma 13. Atención inicial integral a personas identificadas con factores de RCCVM

Intervención PRE HIPERTENSIÓN/factor de riesgo CCVM



Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GRERI. 2022

Tabla 16. Intervenciones individuales para personas identificadas con factores de RCCVM

INTERVENCIONES / PROCEDIMIENTOS / ACTIVIDADES: CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA DIABETES MELLITUS 2	CUPS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA AL AÑO	TALENTO HUMANO
La confirmación diagnóstica se realiza mediante laboratorio: * Hemoglobina glicosilada de >6.5% * Glucosa plasmática en ayunas >126mg/dl * Glucosa plasmática a las 2 horas durante 75g de PTOG 200mg/dl * Glucosa plasmática aleatoria 200mg/dl. Tener en cuenta para los rangos de diabetes, en ausencia de hiperglucemia inequívoca (síntomas y signos), el diagnóstico requiere dos resultados anormales de la prueba de la misma muestra o en dos muestras separadas. Si el resultado de la prueba está cerca de los márgenes de umbral diagnóstico, se debe hacer seguimiento estrecho al paciente y repetir la prueba en 3 a 6 meses. Una vez confirmada la diabetes Mellitus II aplicar las atenciones individuales que se describen más adelante.	903426 903427	Hemoglobina glicosilada	Considerar los resultados de los exámenes de prediabetes o repetir según criterio médico	Profesional de medicina general
	903842	Glucosa pre y post carga de glucosa		

Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GRERI. 2022

Tabla 17. Intervenciones individuales para personas con Diabetes Mellitus Tipo 2

INTERVENCIONES / PROCEDIMIENTOS / ACTIVIDADES DIABETES MELLITUS 2	CUPS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA AL AÑO	TALENTO HUMANO
Valoración inicial: Consulta de primera vez para valorar integralmente al paciente con diagnóstico de diabetes mellitus II. Incluye la identificación de riesgos comportamentales (tabaquismo, alimentación no saludable, consumo de nocivo de alcohol, actividad física y comportamientos sedentarios entre otros) cardiovasculares, metabólicos, la salud bucal y otras comorbilidades para su tratamiento oportuno.	890201 890101	Consulta de primera vez por medicina general Atención (visita) domiciliaria, por medicina general.	En la misma consulta de valoración inicial.	Profesional de medicina
Detección temprana de lesión de órgano blanco: Valoración que se realiza en el marco de la consulta inicial, enfocándose en la detección temprana de lesión de órgano blanco que se pretende identificar durante la anamnesis, examen físico, exámenes y valoraciones por parte de otros profesionales de la salud. Siempre calcular tasa de filtración glomerular estimada.	890276	Oftalmólogo	1	Profesional de medicina, psicología, oftalmología
	895100	Electrocardiograma de 12 derivaciones	1	
	903815	Colesterol de alta densidad	Anual Paciente con dislipidemias a las 8 semanas de iniciado el tratamiento. Luego cada 3 meses hasta alcanzar metas y luego cada año	
	903816 903817	Colesterol de baja densidad		
	903818	Colesterol total		
	903868	Triglicéridos		
	890208	Psicología	1	
	890308	Control psicología	Según necesidad y criterio clínico	
	903825	Creatinina en suero	1	
	907106	Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria	1	
	903026 903208 903876	Microalbuminuria (relación proteinuria/creatinuria)	1	
	881331	Ecografía renal y vías urinarias	Una vez en la valoración inicial y luego control según	

INTERVENCIONES / PROCEDIMIENTOS / ACTIVIDADES DIABETES MELLITUS 2	CUPS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA AL AÑO	TALENTO HUMANO
			criterio médico y resultado	
Para el caso de la detección temprana de neuropatía diabética periférica el paciente deber ser valorado con monofilamento por medicina interna o medicina general o medicina familiar entrenados.	890266 890263	Consulta de primera vez por especialista en medicina interna Consulta de primera vez por especialista en medicina familiar.	1 vez	Profesional de medicina, especialista en medicina interna y familiar.
Educación en salud: Sesiones orientadas a educar al paciente buscando el cambio conductual de los riesgos identificados y asociados, proporcionar estrategias, valorar la adherencia al tratamiento, reforzar capacidades para el cambio comportamental, evaluar dificultades, entre otros.	890301 890305 890306	Consulta de seguimiento o control por medicina general, enfermería, nutrición	A necesidad, mínimo 10 horas en 6 a 12 meses	Profesional de medicina general, enfermería, nutrición
Manejo Farmacológico: De acuerdo a la valoración médica y los resultados de exámenes, el médico determina el inicio de manejo farmacológico.	890201	Consulta de primera vez por medicina general	Según criterio medico	Profesional de medicina general
Control: Corresponde a las valoraciones clínicas que realiza el médico para evaluar la respuesta al tratamiento instaurado, identifica dificultades y barreras individuales o del entorno para la adherencia al tratamiento , determina el manejo por otros profesionales de la salud, continuidad o ajustes al manejo farmacológico, exámenes de control, requerimientos de insumos para realizar las glucometrías y determinación de hemoglobina glicosilada cuando el médico lo indique o lo que requiera el paciente según criterio médico. Siempre calcular tasa de filtración glomerular estimada Incluye tratamiento de los factores de comportamentales: tabaquismo, alimentación no saludable, consumo nocivo de alcohol, inactividad física y comportamientos sedentarios. Si hay alteraciones de la salud bucal remitir a las respectivas RIAS de riesgo. En pacientes con difícil acceso geográfico se sugiere realizar el control de hemoglobina glicosilada con PCOT (Res 3100 de 2019) Pacientes con lesión de órgano blanco, difícil manejo o resultados de exámenes remitir a componente complementario para el manejo por equipo especializado y quienes determinaran su retorno al componente primario o manejo intercalado. Pacientes que requieren monitoreo continuo de glucosa tiene unas indicaciones especiales que deben ser determinadas por médico endocrinólogo o medicina interna entrenado. El SSFM debe priorizar los controles, valoraciones y exámenes de los pacientes con DM para evitar más complicaciones por demora en la oportunidad de la atención.	890301 890101	Consulta de seguimiento y/o control por medicina general Atención (visita) domiciliaria, por medicina general	Cada 3 meses hasta alcanzar metas de Hemoglobina A1c y glicemias. Luego cada 6 meses.	Profesional de medicina general
	903426	Hemoglobina glicosilada	Trimestral hasta alcanzar metas. Luego al menos 2 veces al año	Laboratorio
	903883	Glucosa semiautomatizada (Glucometría)	Toma y registro de glucometría en casa según indicación médica	Profesional de salud – entrenamiento a usuario y familia para glucometrías en casa.
	890206 890106	Consulta de primera vez por Nutrición y dietética Atención (visita) domiciliaria, por nutrición y dietética	1 vez	Profesional de nutrición y dietética
	890306	Consulta de seguimiento y/o control por nutrición y dietética	4 a 5 consultas para nutrición o según criterio del especialista	Profesional de nutrición y dietética

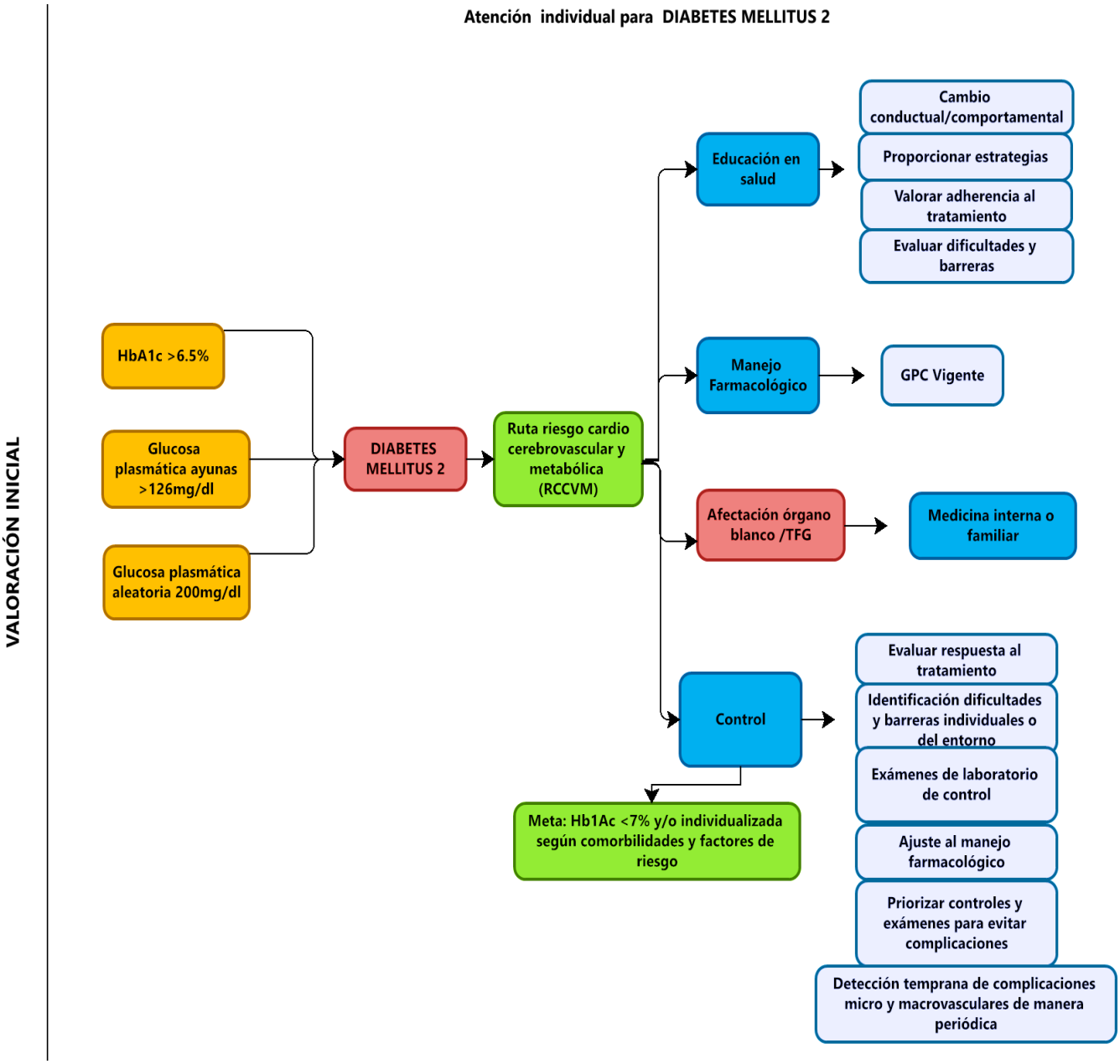
INTERVENCIONES / PROCEDIMIENTOS / ACTIVIDADES DIABETES MELLITUS 2	CUPS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA AL AÑO	TALENTO HUMANO
	890103 890203 890303	Atención (visita) domiciliaria, por odontología general Consulta de primera vez por odontología general Consulta de control o de seguimiento por odontología general	1 Paciente debe ser priorizado para consulta	Profesional de odontología
	903804	Albumina en orina de 24 Horas (B). Realizar solo si la RAC es positiva.	1	Laboratorio

Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GRERI. 2022

Con el fin de mejorar la articulación de la RIA de Diabetes y disminuir dificultades presentadas en el proceso de autorización de la entrega de glucómetro, tirillas y lancetas para el monitoreo de glucosa capilar, así como los costos adicionales que se han generado por la solicitud de laboratorios de diagnóstico y de control de Hb1Ac, desde la Ruta de RCCVM se debe tener presentes lo siguiente:

1. El diagnostico de diabetes mellitus se establece por medio de las recomendaciones consignadas en la GPC, el cual se realiza por única vez, queda confirmado y avalado por los datos de historia clínica, por lo tanto, no es necesario la confirmación repetida de este diagnostico por medio de glucometrías, glicemia pre y postpandrial o hemoglobina glicosilada, en el proceso autorizador.
2. El registro de glucometrías únicamente debe solicitarse a los usuarios a los cuales se les ha garantizado la entrega de los elementos de monitoreo.
3. El número de tirillas y lancetas pertinentes para cada paciente debe realizarse de acuerdo al esquema individualizado de insulinoterapia para cada usuario, dando a entender que el usuario requiere un mínimo necesario para el registro usual y un número adecuado para detectar situaciones de urgencia tanto en hiperglicemia como en hipoglicemia.

Flujograma 14. Atención individual para Diabetes Mellitus tipo 2



Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GRERI. 2022

Tabla 18. Intervenciones individuales para personas identificadas con factores de RCCVM

INTERVENCIONES / PROCEDIMIENTOS / ACTIVIDADES: CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	CUPS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA AL AÑO	TALENTO HUMANO
En la consulta de valoración inicial se puede realizar el diagnóstico mediante 3 mediciones con 1 min de diferencia entre ellas. Calcule el promedio de las últimas 2 mediciones. Interpretación: * PA de la primera lectura es de <130/85mmHg, no requiere ninguna otra medición * PA en consultorio entre 140-159/90-99mmHG confirmar el diagnóstico de HTA utilizando MAPA y automonitoreo en casa.	890201 890101	Consulta de primera vez por medicina general Atención (visita) domiciliaria, por medicina general	En la misma consulta de valoración inicial	Profesional de medicina
* PA ≥180/110mmHg y hay evidencia de enfermedad cardiovascular confirma HTA. * >160/100 Confirme en unos días a una semana. En zona rurales dispersas en donde no se cuente con MAPA o la oportunidad para su realización es prolongada, el diagnostico de HTA se debe confirmar en 2 a 3 consultas con intervalos de 1 a 4 semanas (dependiendo del nivel de la PA).	895004	Monitoreo ambulatorio de presión arterial sistémica	Según indicación médica	

Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad militar. SUBSA. GRERI. 2022

Tabla 19. Intervenciones individuales para HIPERTENSIÓN ARTERIAL

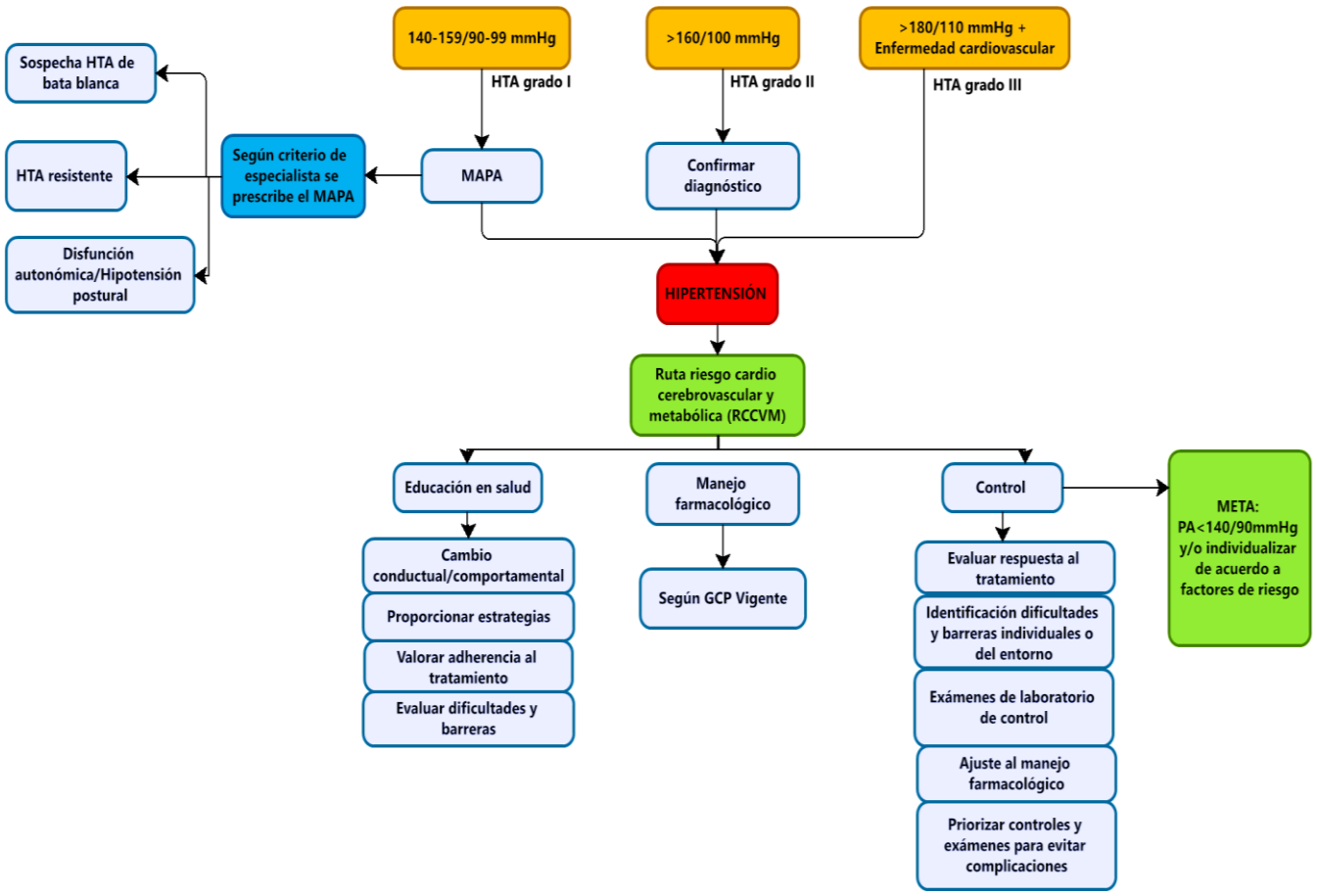
INTERVENCIONES / PROCEDIMIENTOS / ACTIVIDADES HIPERTENSIÓN ARTERIAL	CUPS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA AL AÑO	TALENTO HUMANO
Valoración inicial: Consulta de primera vez para valorar integralmente al paciente con diagnóstico de Hipertensión arterial. Incluye la identificación de riesgos comportamentales (tabaquismo, alimentación no saludable, consumo de nocivo de alcohol, actividad física y comportamientos sedentarios entre otros) cardiovasculares, metabólicos, la salud bucal y otras comorbilidades para su tratamiento oportuno.	890201 890101	Consulta de primera vez por medicina general Atención (visita) domiciliaria, por medicina general.	En la misma consulta de valoración inicial.	Profesional de medicina
Detección temprana de lesión de órgano blanco: Valoración que ser realiza en el marco de la consulta inicial y enfocada a la detección temprana de lesión de órgano blanco que se pretende identificar durante la anamnesis, examen físico, exámenes y valoraciones por parte de otros profesionales de la salud. Siempre calcular tasa de filtración glomerular estimada.	903864	Sodio	1	Profesional de laboratorio
	903859	Potasio	1	
	903825	Creatinina	1	
	903841	Glicemia ayunas	1	
	903801	Ácido úrico	1	
	895100	Electrocardiograma de 12 derivaciones.	1	Profesional de enfermería
HTA grado I: Manejo con estilos de vida saludable y control de médico cada 3 meses hasta alcanzar metas en HTA. En personas de 50 años o más iniciar manejo farmacológico con estilos de vida saludables. **HTA grado II:** Manejo farmacológico y control cada 3 meses. Pacientes con lesión de órgano blanco remitir a medicina interna o medicina familiar para valorar manejo y necesidad de enviar a componente complementario por equipo especializado y quienes determinaran su retorno al componente primario o manejo intercalado. Remitir a las especialidades médicas necesarias, según hallazgos clínicos, resultados de exámenes o lesión de órgano blanco.	881202	Ecocardiograma transtorácico	En valoración inicial solicitar cuando cumple con los siguientes criterios: HTA ≥ 5 años, HTA grado II, HTA con riesgo moderado/alto, HTA resistente o refractaria, HTA secundaria o SAHOS, sospecha de lesión de órgano blanco, otras comorbilidades	Profesional de la salud

INTERVENCIONES / PROCEDIMIENTOS / ACTIVIDADES HIPERTENSIÓN ARTERIAL	CUPS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA AL AÑO	TALENTO HUMANO
	903815	Colesterol de alta densidad	Anual. Paciente con dislipidemias a las 8 semanas de iniciado el tratamiento. Luego c/3 meses hasta alcanzar metas y luego c/año.	Laboratorio
	903816 903817	Colesterol de baja densidad		
	903818	Colesterol total		
	903868	Triglicéridos		
	907106	Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria	1	
	903026 903028 903876	Microalbuminuria (proteinuria/creatinuria)	1	
	881331	Ecografía renal y vías urinarias	Al inicio y luego según criterio clínico	Profesional de la salud
	890266 890263	Medicina interna o medicina familiar	1	Profesional de medicina interna o familiar
	890276	Medicina especializada en oftalmología	1	Profesional de oftalmología
Manejo farmacológico: De acuerdo a la valoración médica y los resultados de exámenes el médico determinara su inicio.	890201	Consulta de primera vez por medicina general	Según criterio médico	Profesional de medicina general
Educación en salud: Sesiones orientadas a educar al paciente para lograr el cambio conductual de los riesgos identificados y asociados, proporcionar estrategias, valorar la adherencia al tratamiento, reforzar capacidades para el cambio comportamental, evaluar dificultades, entre otros.	890301 890305 890306	Consulta control y seguimientos por medicina general, enfermería, nutrición y dietética	6-8 sesiones educativas	Profesional de medicina general, enfermería y nutrición y dietética
Control: Corresponde a las valoraciones clínicas que realiza el médico para evaluar la respuesta: *Al tratamiento instaurado, * Identificar dificultades y barreras individuales o del entorno para la adherencia al tratamiento *Determinar manejo para otros profesionales de la salud. *Determinar continuidad o ajustes al manejo farmacológico. *Exámenes de control * Sesiones educativas **HTA grado I:** Manejo con estilos de vida saludables y control médico C/3 meses, hasta alcanzar metas en HTA. En personas de ≥50 años, iniciar tratamiento farmacológico con estilos de vida saludables. **HTA grado II:** Manejo farmacológico y control C/3 meses Pacientes con lesión de órgano blanco remitir a medicina interna o medicina familiar para valorar manejo y necesidad de enviar a componente complementario por equipo especializado y quienes determinaran su retorno al componente primario o intercalado. Remitir a las especialidades médicas necesarias, según hallazgos clínicos, resultados de exámenes o lesión de órgano blanco.	890201 890101	Consulta de seguimiento y/o control por medicina general, nutrición y dietética	Cada 3 meses o según criterio médico	Profesional de medicina general y nutrición y dietética
	890106 890206	Atención (visita) domiciliaria, por nutrición y dietética Consulta por primera vez por l nutrición y dietética	1	Profesional de nutrición y dietética
	890306	Consulta de seguimiento y/o control nutrición y dietética.	4 a 5 consultas para nutrición o según criterio del especialista de acuerdo a la condición clínica del paciente.	Profesional de nutrición y dietética.
	890103	Atención (visita) domiciliaria, odontología	1	Profesional de salud y odontología

INTERVENCIONES / PROCEDIMIENTOS / ACTIVIDADES HIPERTENSIÓN ARTERIAL	CUPS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA AL AÑO	TALENTO HUMANO
Los ESM deben priorizar los controles, valoraciones y exámenes de los pacientes HTA para evitar complicaciones por demora en la oportunidad de la atención.	890203 890303	Consulta de primera vez Odontología Consulta de seguimiento y/o control por Odontología	paciente debe ser priorizado para esta consulta.	
	903804	Albumina en orina de 24 horas (B). Realizar solo si la RAC es positiva	1	Laboratorio

Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GRERI. 2022

Flujograma 15. Atención individual para HIPERTENSIÓN ARTERIAL



Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GRERI 2022

9. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN DEL TALENTO HUMANO EN LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA PERSONAS CON RIESGO O PRESENCIA DE ALTERACIONES CARDIO CEREBROVASCULAR Y METABÓLICAS

- Registros completos de las historias clínicas de la población de SSFM, tanto en la anamnesis como en el registro de resultados de laboratorios.
- Caracterización de toda la población del SSFM que está en riesgo de padecer afecciones cardiovasculares y metabólicas.
- Registros en historia clínica y en matriz de seguimiento y clasificación del riesgo de la población del SSFM a través de las herramientas “Conoce Tu Riesgo”, “Toma el Control” “Recetta A”, dispuestas por el MSPS, (Framingham, Finnish Diabetes Risk Score), esto permitirá estratificar a los usuarios hipertensos de acuerdo al nivel de riesgo, e identificar factores de riesgo como el sobrepeso, obesidad y diabetes; que permitirá medir: el aumento en el porcentaje de usuarios con Hipertensión controlados con cifras tensionales <140/90mmHg y usuarios con

Diabetes Mellitus tipo 2 con HbA1c <7%, disminución de la prevalencia de personas consumidoras de tabaco y aumento en el porcentaje de usuarios que lograron disminuir su IMC.

- Entrega oportuna de informes de gestión trimestrales de acuerdo con las fechas establecidas en los lineamientos de la DIGSA sobre la población con Riesgo o presencia de alteraciones Cardio cerebrovascular y Metabólicas.
- Entrega de evidencia a la DIGSA del desarrollo de actividades que promuevan hábitos y estilos de vida saludables en la población del SSFM.
- Mejorar la trazabilidad en la gestión del riesgo en salud de cada usuario que ingresa a la Ruta RCCVM.
- Aumento en las canalizaciones de los usuarios con Riesgo o presencia de alteraciones Cardio cerebrovascular y Metabólico.

9.1. RESULTADO DE IMPACTO

- Disminuir la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus tipo 2 entre la población de 30-70 años; así como disminuir la incidencia de infarto agudo de miocardio (IAM), accidentes cerebrovasculares y enfermedad renal crónica (esta información se encuentra registrada en el ítem de indicadores).

9.2. RESULTADOS INTERMEDIOS "A TRAVES DE LAS ESTRATEGIAS DE DEMANDA INDUCIDA, BUSQUEDA ACTIVA, DEMANDA ESPONTANEA Y CANALIZACIONES"

- Asistencia activa de la población >18 años a las consultas de control y a las actividades de promoción y mantenimiento de la salud.
- Aumento en la adherencia al tratamiento oportuno.
- Incrementar los hábitos de vida saludables en las personas identificadas con riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares.
- Profesionales de la salud comprometidos en la educación y seguimiento de la población con Riesgo o presencia de alteraciones Cardio-cerebrovascular y Metabólicas.
- Control de los riesgos asociados al desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

9.3. RESULTADOS DE CALIDAD O COBERTURA

- Aumentar la cobertura de atenciones para la detección temprana de lesión de órgano blanco en hipertensión y diabetes. (Ver matriz de seguimiento).
- Aumentar la captación de la población con hipertensión y diabetes mellitus tipo 2.
- Aumentar el porcentaje de usuarios con Hipertensión y Diabetes Mellitus tipo 2 controlados.

10. SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LA RUTA DE RIESGO O PRESENCIA DE ALTERACIONES CARDIO CEREBROVASCULARES Y METABÓLICAS

De acuerdo con las intervenciones propuestas en la Ruta Integral de Atención a personas con Riesgo Cardio-cerebrovascular y metabólico se definen los indicadores para el seguimiento a las atenciones ofrecidas en los servicios de salud del SSFM. Esto con el fin de monitorear, integrar, actualizar y sistematizar la información, desde las fuentes de información disponibles y visibilizar la necesidad de gestionar nuevas.

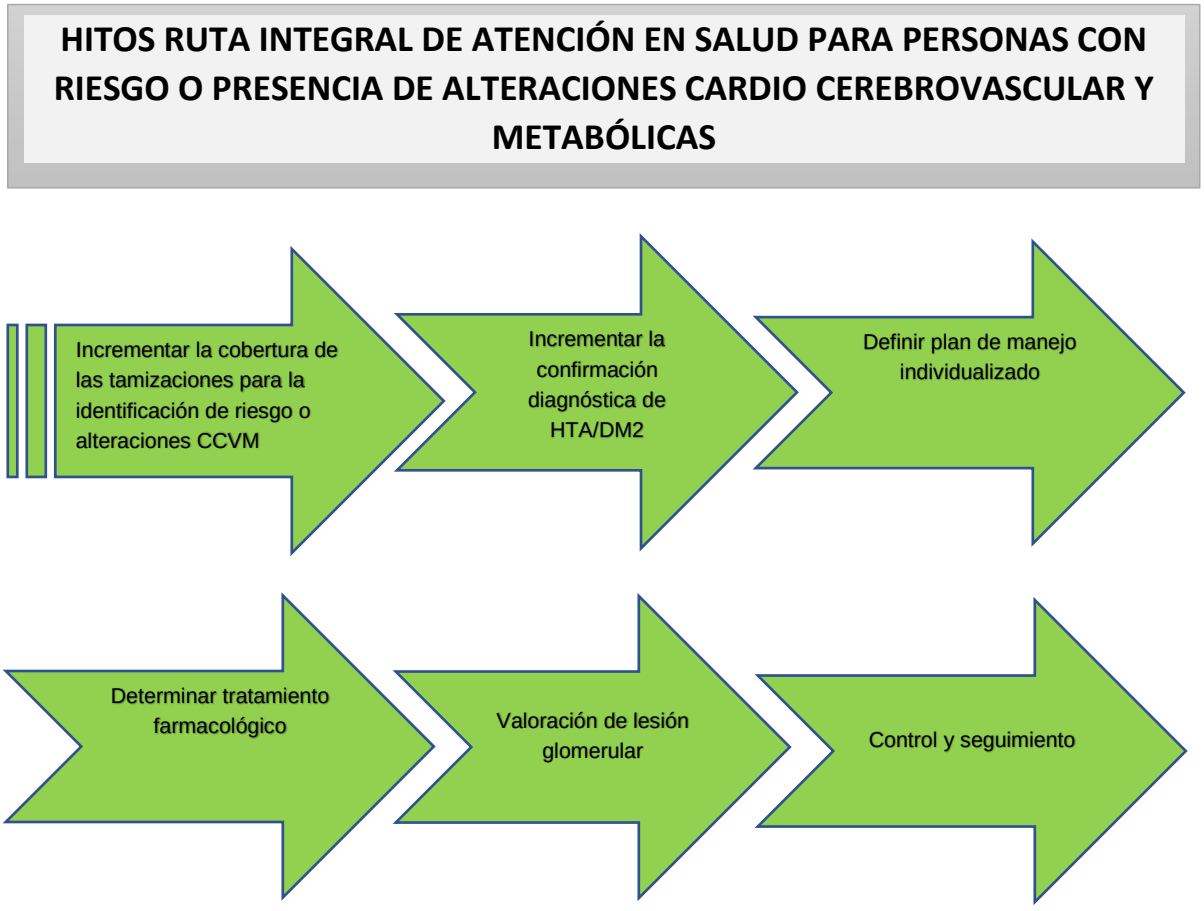
Los indicadores deberán ser reportados de acuerdo con la periodicidad descrita en la ficha de cada uno y serán consolidados por cada Dirección de Sanidad Ejército, Armada y Jefatura Salud Fuerza Aérea para ser remitidos a la Dirección General de Sanidad Militar en conjunto con los informes, de manera trimestral dirigido al Grupo Gestión del Riesgo en Salud.

10.1. HITOS DE LA RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA RUTA DE RIESGO CARDIO CEREBORVASCULAR Y METABÓLICAS

Los hitos ayudan a recoger una o varias intervenciones en salud y se pueden referir a aspectos como coberturas, accesibilidad, captación, oportunidad, entre otros. Así mismo, deben estar soportados por la evidencia científica. Por ejemplo, para el resultado esperado de Incrementar hábitos de vida saludables para el control de los riesgos asociados al desarrollo de ECV. Disminución de la morbilidad y mortalidad por ECV.

Una vez formulados los hitos se debe realizar la identificación de los indicadores que permitan su medición y seguimiento. Estos indicadores proporcionan información para:

- Generar alertas al personal de salud a cada Establecimiento de Sanidad Militar, en la gestión del riesgo.
- Identificar las falencias y demoras en el proceso de atención de salud.
- Generar planes de mejoramiento.



INDICADORES

Los indicadores de evaluación fueron adoptados y adaptados mediante la Resolución 256 de 2016 por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.



INDICADOR No. 1

1	**NOMBRE DEL INDICADOR**	**Porcentaje de personas con riesgo cardiovascular y metabólico inscritas a la ruta en el periodo.**	
OBJETIVO		Identificar el porcentaje de personas con Riesgo cardio-cerebrovascular y metabólico inscritos a la ruta	
FORMA DE CÁLCULO	Numerador:	Número de personas con tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico moderado y alto inscritos que ingresan a la ruta de RCCVM durante el periodo.	
	Fuente Del Numerador:	RCCVM-SALUDSIS	
	Denominador:	Total de personas con tamizajes para riesgo cardiovascular y metabólico durante el periodo	
	Fuente Del Denominador:	RPMS	
PERIODICIDAD	Trimestral		
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje		Meta: 100%
OBSERVACIONES	En el numerador se excluye aquellos casos con diagnóstico de diabetes, enfermedad arterial coronaria, accidente cerebrovascular y accidente isquémico transitorio, teniendo en cuenta el cruce a realizar de estas patologías excluidas con los RIPS.		
	El cálculo se hace en los niveles DIGSA – DISAN o JEFSA – ESM.		

INDICADOR No. 2

2	**NOMBRE DEL INDICADOR**	**Incidencia Hipertensión Arterial**	
OBJETIVO	Identificar el porcentaje de pacientes nuevos con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial.		
FORMA DE CÁLCULO	Numerador:	Número de personas con diagnóstico nuevo confirmado de hipertensión arterial.	
	Fuente Del Numerador:	Ruta RCCVM-SALUDSIS	
	Denominador:	Total de personas >18 años adscritas al SSFM	
	Fuente Del Denominador:	Censo- SALUDSIS	
PERIODICIDAD	Trimestral (Inicia calculo abril 2022)		
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje		Meta: <20%
OBSERVACIONES	En el numerador se excluye aquellos casos que ya fueron reportados con diagnóstico confirmados de Hipertensión arterial, teniendo en cuenta el cruce a realizar con los RIPS.		
	El cálculo se hace en los niveles DIGSA – DISAN o JEFSA – ESM.		

INDICADOR No. 3

3	**NOMBRE DEL INDICADOR**	**Incidencia Diabetes Mellitus 2**	
OBJETIVO		Identificar el porcentaje de pacientes nuevos con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus 2	
FORMA DE CÁLCULO	Numerador:	Número de personas con diagnóstico nuevo confirmado de Diabetes Mellitus 2	
	Fuente Del Numerador:	RCCVM-SALUDSIS	
	Denominador:	Total de personas >18 años adscritas al SSFM	
	Fuente Del Denominador:	Censo- SALUDSIS	
PERIODICIDAD	Trimestral		
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje		Meta:<20%
OBSERVACIONES	En el numerador se excluye aquellos casos que ya fueron reportados con diagnóstico confirmados de Diabetes Mellitus2, teniendo en cuenta el cruce a realizar con los RIPS.		
	El cálculo se hace en los niveles DIGSA – DISAN o JEFSA – ESM.		

INDICADOR No. 4

4	**NOMBRE DEL INDICADOR**	**Porcentaje de pacientes hipertensos controlados con cifras de TA <(140/90mmHg) menores de 60 años**	
OBJETIVO		Evitar y/o retardar la progresión de la enfermedad	
FORMA DE CÁLCULO	Numerador:	Número de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial con cifras tensionales < 140/90 mmHg en el último semestre, < 60 años.	
	Fuente Del Numerador:	Ruta RCCVM - RIPS-Salud.SIS	
	Denominador:	Total de pacientes < 60 años con diagnóstico de Hipertensión arterial inscritos a la ruta RCCVM	
	Fuente Del Denominador:	Ruta RCCVM, - RIPS- Salud.SIS	
PERIODICIDAD	Trimestral		
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje		Meta:100%
OBSERVACIÓN	El cálculo se hace en los niveles DIGSA – DISAN o JEFSA - ESM		

INDICADOR No. 5

5	**NOMBRE DEL INDICADOR**	**Porcentaje de pacientes hipertensos controlados TA <(140/90mmHg) mayores o iguales de 60 años**	
OBJETIVO		Evitar y/o retardar la progresión de la enfermedad	
FORMA DE CÁLCULO	Numerador:	Número de pacientes con diagnóstico de hipertensión Arterial con cifras de tensionales < 140/90 mmHg en el último semestre. > 60 años	
	Fuente del Numerador:	Ruta RCCVM – RIPS-Salud. SIS	
	Denominador:	Total de pacientes > 60 años con diagnóstico de Hipertensión arterial inscritos a la ruta RCCVM	
	Fuente el Denominador:	Ruta RCCVM – RIPS-Salud. SIS	
PERIODICIDAD	Trimestral		
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje		Meta:100%
OBSERVACIÓN	El cálculo se hace en los niveles DIGSA – DISAN o JEFSA - ESM		

INDICADOR No. 6

6	**NOMBRE DEL INDICADOR**	**Porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus controlada (HbA1c <7%) en los últimos 6 meses**	
OBJETIVO		Evitar y/o retardar la progresión de la enfermedad	
FORMA DE CÁLCULO		Numerador:	Número de pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitus con reporte de los últimos 6 meses de HbA1c <7%
		Fuente del Numerador:	Ruta RCCVM - RIPS-Salud. SIS
		Denominador:	Total de pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus inscritos a la ruta RCCVM
		Fuente del Denominador:	Ruta RCCVM – RIPS (CIE-10 con códigos entre E10-E149; O24-O249; P702) Salud. SIS
PERIODICIDAD		Trimestral	
UNIDAD DE MEDIDA		Porcentaje	Meta:100%
OBSERVACIÓN		El cálculo se hace en los niveles DIGSA – DISAN o JEFSA - ESM	

INDICADOR No. 7

7	**NOMBRE DEL INDICADOR**	**Porcentajes de pacientes con sobrepeso que alcanzaron IMC <25Kg/m2**	
OBJETIVOS		Validar la efectividad de las intervenciones en los factores de riesgos CCVM Controlar el exceso de peso y/o retardar la progresión de la enfermedad	
FORMA DE CÁLCULO		Numerador:	Número de personas que registran IMC <25Kg/m2 y que en el periodo anterior presentaban sobrepeso (según valores de IMC)
		Fuente del Numerador:	Ruta RCCVM – RIPS-Salud. SIS
		Denominador:	Total de personas con sobrepeso (según valores de IMC) del periodo anterior.
		Fuente el Denominador:	Ruta RCCVM- RIPS-Salud. SIS
PERIODICIDAD		Trimestral	
UNIDAD DE MEDIDA		Porcentaje	Meta:100%
OBSERVACIÓN		El cálculo se hace en los niveles DIGSA – DISAN o JEFSA - ESM	

INDICADOR No. 8

8	**NOMBRE DEL INDICADOR**	**Porcentaje de personas con dislipidemias que alcanzaron un nivel de LDL <130mg/dl**	
OBJETIVOS		Verificar la adherencia al tratamiento farmacológico Controlar los riesgos asociados a la ECV	
FORMA DE CÁLCULO		Numerador:	Número de personas con dislipidemias en el periodo anterior que alcanzaron un nivel de LDL <130mg/dl en corte actual
		Fuente del Numerador:	Ruta RCCVM- RIPS-Base Laboratorios
		Denominador:	Total de personas con dislipidemias reportados en el periodo anterior. (Desde E780 hasta E789)
		Fuente el Denominador:	Ruta RCCVM - RIPS
PERIODICIDAD		Trimestral	
UNIDAD DE MEDIDA		Porcentaje	Meta:100%
OBSERVACIÓN		El cálculo se hace en los niveles DIGSA – DISAN o JEFSA – ESM. Se realizará de manera progresiva identificando el número de establecimientos fuente de la información. Describir Nombre del ESM. Adjuntar base da laboratorios.	

INDICADOR No. 9

9	**NOMBRE DEL INDICADOR**	**Porcentaje de personas con HTA y DM con cálculo de Tasa de Filtración glomerular (TFG). Medición valida a partir del segundo Trimestre.**	
OBJETIVOS		Detección temprana de lesión de órgano blanco	
FORMA DE CÁLCULO		Numerador:	Número de pacientes con HTA/DM >18 años con valor de calculo de TFG por Crockoft - Gault en el trimestre
		Fuente del Numerador:	Ruta RCCVM, - RIPS-Salud. SIS
		Denominador:	Total de personas reportadas >18 años con HTA/DM sin TRR.
		Fuente el Denominador:	Ruta RCCVM – RIPS-Salud. SIS
PERIODICIDAD		Trimestral	
UNIDAD DE MEDIDA		Porcentaje	Meta: 100%
OBSERVACIÓN		El cálculo se hace en los niveles DIGSA – DISAN o JEFSA - ESM	

INDICADOR No. 10

10	**NOMBRE DEL INDICADOR**	**Efectividad de la prestación del servicio en los siguientes 15 días, posterior a las canalizaciones a las RIAS RCCVM**	
OBJETIVO		Lograr acceso efectivo a la RIAS CCVM de las personas identificadas en las acciones colectivas	
FORMA DE CÁLCULO		Numerador:	Número de canalizaciones a la RIAS RCCVM a las que se presta consulta dentro de los 15 días siguientes a la remisión
		Fuente del Numerador:	Ruta RCCVM, Cuenta de Alto Costo CAC - RIPS
		Denominador:	Total de canalizaciones a la RIAS RCCVM
		Fuente del Denominador:	Ruta RCCVM, Cuenta de Alto Costo CAC – RIPS
PERIODICIDAD		Trimestral	
UNIDAD DE MEDIDA		Porcentaje	Meta: 100%
OBSERVACIÓN		El cálculo y reporte del mismo se realiza en la DIGSA. En el momento se dará respuesta a SIRC de SDS Bogotá hasta que entre en funcionamiento el Módulo de Gestión del Riesgo en Salud. Salud. SIS	

INDICADOR No. 11

11	**NOMBRE DEL INDICADOR**	**Proporción de mujeres en edad fértil de 18-49 años, con patologías de HTA y DM con acceso efectivo a métodos anticonceptivos**	
OBJETIVO		Lograr aumentar el porcentaje de mujeres en edad fértil con alguna patología crónica que se encuentran en edades entre los 18 a 49 años y que se encuentren la ruta de SSR (Asesoría Planificación Familiar)	
FORMA DE CÁLCULO		Numerador:	Número de mujeres en edad fértil entre 18 a 49 años con diagnóstico de HTA y DM que se encuentren la ruta de SSR (Asesoría Planificación Familiar)
		Fuente del Numerador:	Ruta RCCVM – RIPS- Salud. SIS
		Denominador:	Total de mujeres en edad fértil entre 18 a 49 años con patologías crónicas HTA DM
		Fuente del Denominador:	Ruta RCCVM – RIPS -Salud. SIS
PERIODICIDAD		Trimestral	
UNIDAD DE MEDIDA		Porcentaje	Meta: 100%
OBSERVACIÓN		El cálculo se hace en los niveles DIGSA – DISAN o JEFSA - ESM	

La implementación de esta Ruta permitirá mejorar las condiciones de salud de los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de Fuerzas Militares.

La inobservancia e incumplimiento de las instrucciones impartidas conduce a la imposición de sanciones previstas en la ley, tanto a título personal como institucional.

Por lo anterior es deber de las Direcciones de Sanidad Ejército, Armada y Jefatura Salud Fuerza Aérea dar cumplimiento a este lineamiento y enviar los reportes necesarios que serán consolidados y centralizados, a través de la Subdirección de Salud de la Dirección General de Sanidad Militar.

REFERENCIA BIBLIOGRAFIA

(1) Organización mundial de la Salud. (2007) Prevención de las enfermedades cardiovasculares. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Directrices-para-evaluacion-y-manejo-del-riego-CV-de-OMS.pdf

(2) Organización Panamericana de la Salud. Las enfermedades del corazón siguen siendo la principal causa de muerte en las Américas. 29 septiembre 2021.En línea. https://www.paho.org/es/noticias/29-9-2021-enfermedades-corazon-siguen-siendo-principal-causa-muerte-americas#:~:text=Washington%2C%20D.C.%2029%20de%20septiembre,millones%20de%20vidas%20cada%20a%C3%B1

(3) OMS. Hipertensión. 17 de mayo de 2021. En línea. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension

(4) José María Lobos Bejaranoa, Carlos Brotons Cuixart. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. Vol. 43. Núm. 12 Diciembre 2011. En línea https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-factores-riesgo-cardiovascular-atencion-primaria-S0212656711004689.

(5) OMS. Diabetes. 13 de abril de 2021. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

(6) Garcia Mariana. Factores de riesgo cardiovascular desde la perspectiva de sexo y género. Rev. Colomb Cardiol. 2018. en línea. https://www.rccardiologia.com/previos/RCC%202018%20Vol.%2025/RCC_2018_25_S1/RCC_2018_25_S1_008-012.pdf.

(7) Estrategia para el diagnóstico de las dislipidemias. Recomendación 2018. Vol.12. Núm.4, páginas e21-e33 (octubre - diciembre 2019). En línea. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-del-laboratorio-clinico-282-articulo-estrategia-el-diagnostico-dislipidemias-recomendacion-S1888400819300479,

(8) Ministerio de Justicia y del derecho. Sustancias Psicoactivas. En línea. https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Paginas/Sustancias-Psicoactivas.aspx

(9) J. Fernandez Sola. Consumo de alcohol y riesgo cardiovascular. Vol 22 Nro. 3. ELSIEVER. Abril, 2005. En línea. https://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-consumo-alcohol-riesgo-cardiovascular-S1889183705715464

(10) Ministerio de salud y protección social en Colombia. Circular 0032 2019. Directrices de alerta, instrucciones y recomendaciones relacionadas con las consecuencias nocivas a nivel sanitario por el uso de sistemas electrónicos de administración de nicotina y sin suministro de nicotina, SEAN/SSSN. En línea. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20No.%2032%20de%202019.pdf

(11) ASSIST: La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. Manual para uso en la atención primaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 Enlace: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85403/9789275332368_spa.pdf;jsessionid=CFEA1971D3C20550943411A8F357590D?sequence=1cons

(12) AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: Pautas para su utilización en atención primaria. 2da edición https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf?ua=1b

(13) Intervención Breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en Atención Primaria. https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf?ua=1&ua=1

(14) Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica. Hipertensión arterial primaria (HTA). Colombia 2013 - Guía No. 18.

(15) Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. Colombia. Guía No. GPC-2015-51

ANEXO 1

Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISK). Instrumento de tamizaje diseñado para valorar el riesgo de desarrollar diabetes o prediabetes en un plazo de 5 años. Este cuestionario consta de ocho preguntas que involucran:

1. Edad
2. Índice de masa corporal, con la medición de peso y talla
3. Perímetro abdominal
4. Realización de actividad física
5. Consumo diario de frutas y verduras
6. Uso de medicación para la hipertensión arterial
7. Antecedentes personales de cifras elevadas de glicemia
8. Historia familiar de diabetes.

Tabla 20.Test Findrisk

Prueba FINDRISC para tamizaje de diabetes u otras anormalidades de la regulación de la glucosa Nombre: Teléfono:			
1. Edad	Menor 45 años		0 puntos.
	45-54 años		2 puntos.
	55-64 años		3 puntos.
	Más 64 años		4 puntos.
2. Índice de masa corporal: Peso ____Kg, Talla ____ mt, IMC: _____ kg/m^2	Menor de 25 Kg/m^2		0 puntos.
	Entre 25-30 Kg/m^2		1 puntos.
	Mayor de 30Kg/m^2		3 puntos.
3. Perímetro de cintura _____cm	Hombres	Menos de 94 cm	0 puntos.
		Igual o mayor a 94 cm	4 puntos.
	Mujeres	Menos de 90 cm	0 puntos.
		Igual o mayor a 90 cm	4 puntos.
4. ¿Realiza habitualmente (a diario) al menos 30 minutos de actividad física, en el trabajo y/o en el tiempo libre?:	Si		0 puntos.
	No		2 puntos.
5. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?:	Todos los días		0 puntos.
	N todos los días		1 puntos.
6. ¿Toma medicación para la hipertensión regularmente?:	Si		2 puntos.
	No		0 puntos.
7. Le han encontrado alguna vez valores de glucosa altos?	No		0 puntos.
	Si		5 puntos.
8. ¿Se le ha diagnosticado diabetes (tipo 1 o tipo 2) a alguno de sus familiares? (Nota: La diabetes “por edad” o “ya de viejo” también cuenta)	Si: padres, hermanos o hijos		5 puntos.
	Si: abuelos, tíos, primos hermanos		3 puntos.
	Otros parientes o ninguno		0 puntos.
Puntaje Total (máximo 26 puntos) ☐☐ Interpretación del puntaje: Igual o mayor a 12 = Alta probabilidad de tener Diabetes u otra anormalidad de la regulación de la glucosa			

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. Guía No. GPC-2015-51. Bogotá Colombia, marzo 2016.

A cada variable se le asigna un puntaje, la sumatoria de estos indicará el riesgo de padecer diabetes o prediabetes en los próximos 5 años, así:

Tabla 21. Clasificación riesgo diabetes o prediabetes por (FINDRISK)

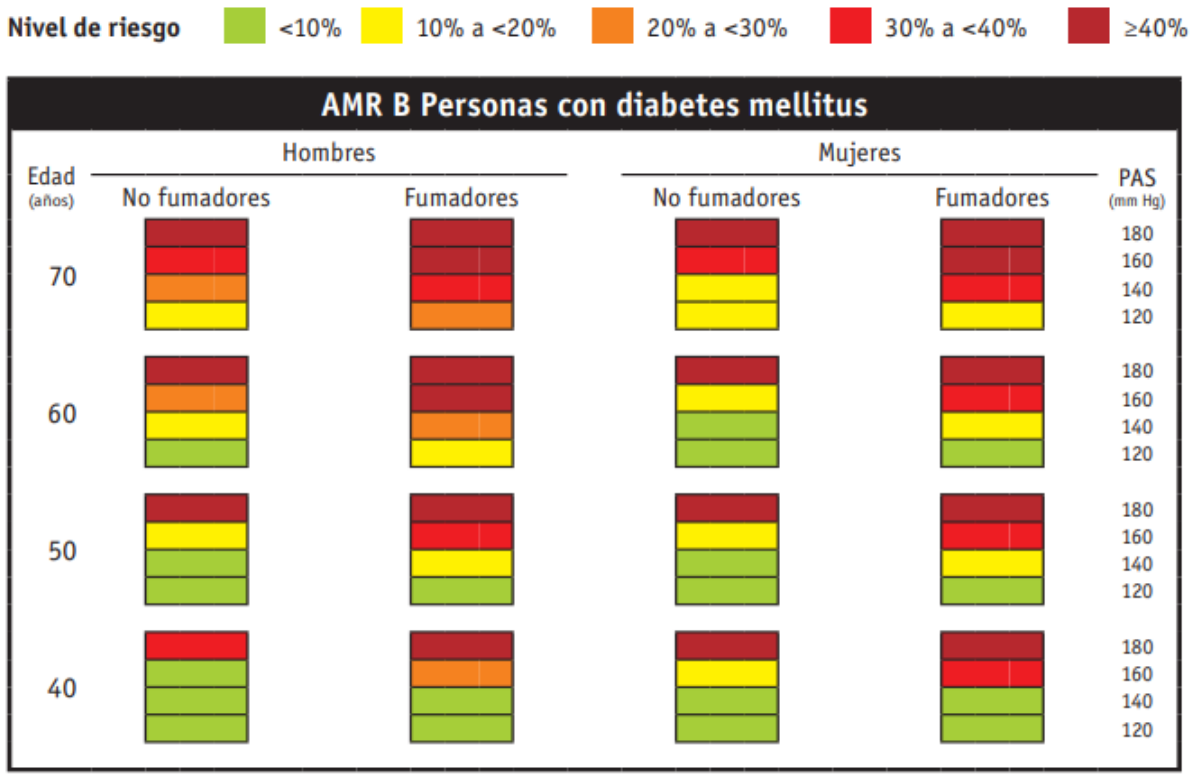
PUNTAJE	RIESGO	Puntos de buena práctica clínica
Menor de 10	**Bajo**	Instruir sobre la importancia de estilos de vida saludable y realizar nueva tamización a 1 año.
10 a 12	**Moderado**	
Mayor de 12	**Alto**	Realizar prueba diagnóstica de diabetes mellitus tipo 2, a través de medición de glucemia plasmática en ayunas.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. Guía No. GPC-2015-51. Bogotá Colombia, marzo 2016. Adecuado por DIGSA-GRERI 2022.

ANEXO 2

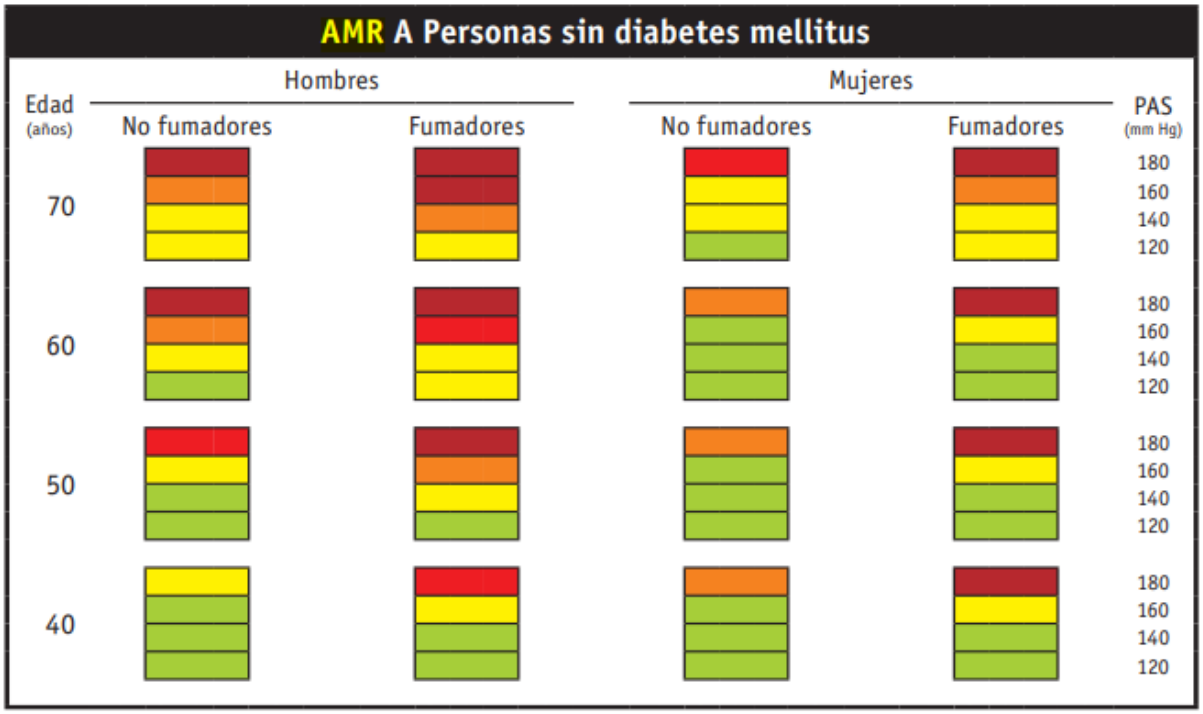
Tablas de estratificación de riesgo cardiovascular de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se utiliza para determinar el riesgo cardiovascular en la población de 18 años y más, mediante el cruce de 5 variables:
1. Diagnóstico de diabetes: Se cuenta con dos tablas, una para población con diagnóstico de diabetes mellitus y otra para la población sin esta patología.
2. Género
3. Edad
4. Consumo de tabaco y sus derivados
5. Presión arterial sistólica.

Ilustración 1. Predicción del riesgo AMR B de la OMS/ISH, para los contextos en que NO se puede medir el colesterol sanguíneo. Personas con diabetes mellitus



Fuente: OMS. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Ginebra 2008.

Ilustración 2. Predicción del riesgo AMR B de la OMS/ISH, para los contextos en que NO se puede medir el colesterol sanguíneo. Personas sin diabetes mellitus.



Fuente: OMS. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Ginebra 2008.

De acuerdo al cruce realizado teniendo en cuenta las variables antes mencionadas, se obtendrá un color específico el cual determina el grado de riesgo cardiovascular, como se muestra en la tabla a continuación:

Tabla 22. Recomendaciones para la prevención enfermedades cardiovasculares en las personas con factores de riesgo cardiovascular (según el riesgo individual total)

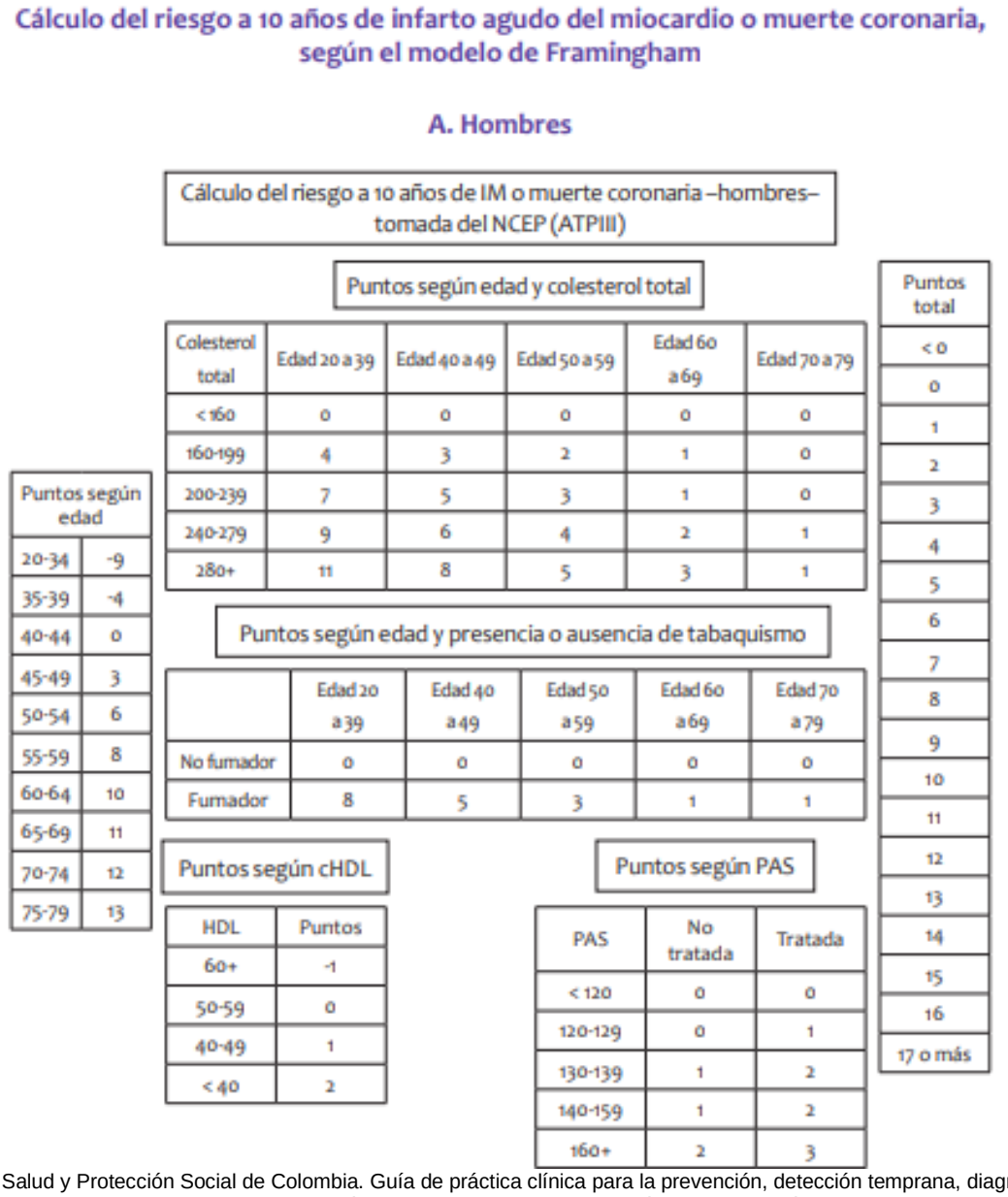
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
RIESGO BAJO <10%	Un bajo riesgo no significa “ausencia de riesgo”. Se sugiere un manejo centrado en cambios del modo de vida.
RIESGO MODERADO 10-<20%	Riesgo moderado de sufrir episodios cardiovasculares, mortales o no. Monitorización del perfil de riesgo cada 6-12 meses.
RIESGO ALTO 20%-< 30%	Riesgo alto de sufrir episodios cardiovasculares, mortales o no. Monitorización del perfil de riesgo cada 3-6 meses.
RIESGO MUY ALTO ≥ 30%	Riesgo muy alto de sufrir episodios cardiovasculares, mortales o no. Monitorización del perfil de riesgo cada 3-6 meses.

Fuente: OMS. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Ginebra 2008.

ANEXO 3

Tabla de estratificación de riesgo de Framingham. Se utiliza para determinar el riesgo cardiovascular en población adulta y adulta mayor. Adicionalmente se utiliza en jóvenes con riesgo cardiovascular moderado, alto, muy alto o extremadamente alto medido por las tablas de estratificación de riesgo de la OMS. Este cuestionario consta de cinco tablas en las cuales se evalúan las siguientes variables:

Ilustración 3. Cálculo del riesgo Cardiovascular a 10 años -Hombres. Framingham



Cálculo del riesgo a 10 años de infarto agudo del miocardio o muerte coronaria, según el modelo de Framingham

A. Hombres

Cálculo del riesgo a 10 años de IM o muerte coronaria –hombres– tomada del NCEP (ATPIII)

Puntos según edad y colesterol total

Colesterol total	Edad 20 a 39	Edad 40 a 49	Edad 50 a 59	Edad 60 a 69	Edad 70 a 79
< 160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0
200-239	7	5	3	1	0
240-279	9	6	4	2	1
280+	11	8	5	3	1

Puntos según edad	
20-34	-9
35-39	-4
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	11
70-74	12
75-79	13

Puntos según edad y presencia o ausencia de tabaquismo

	Edad 20 a 39	Edad 40 a 49	Edad 50 a 59	Edad 60 a 69	Edad 70 a 79
No fumador	0	0	0	0	0
Fumador	8	5	3	1	1

Puntos según cHDL

HDL	Puntos
60+	-1
50-59	0
40-49	1
< 40	2

Puntos según PAS

PAS	No tratada	Tratada
< 120	0	0
120-129	0	1
130-139	1	2
140-159	1	2
160+	2	3

Puntos total
< 0
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17 o más

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las dislipidemias en la población mayor de 18 años. 2014 - Guía No. 27 Bogotá Colombia, junio 2014

Ilustración 4. Cálculo del riesgo Cardiovascular a 10 años -Mujeres. Framingham

B. Mujeres

Cálculo del riesgo a 10 años de IM o muerte coronaria –mujeres– tomada del NCEP (ATPIII)

Puntos según edad y colesterol total

Colesterol total	Edad 20 a 39	Edad 40 a 49	Edad 50 a 59	Edad 60 a 69	Edad 70 a 79
< 160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	1
200-239	8	6	4	2	1
240-279	11	8	5	3	2
280+	13	10	7	4	2

Puntos según edad	
20-34	-7
35-39	-3
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	12
70-74	14
75-79	16

Puntos según edad y presencia o ausencia de tabaquismo

	Edad 20 a 39	Edad 40 a 49	Edad 50 a 59	Edad 60 a 69	Edad 70 a 79
No fumador	0	0	0	0	0
Fumador	9	7	4	2	1

Puntos según cHDL

HDL	Puntos
60+	-1
50-59	0
40-49	1
< 40	2

Puntos según PAS

PAS	No tratada	Tratada
< 120	0	0
120-129	1	3
130-139	2	4
140-159	3	5
160+	4	6

Puntos total
< 9
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25 o más

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las dislipidemias en la población mayor de 18 años. 2014 - Guía No. 27 Bogotá Colombia, junio 2014

A cada variable y cruce se le asigna un puntaje, el sumatorio total de estos equivale a un porcentaje de riesgo. De acuerdo con la validación realizada para este instrumento en Colombia, es necesario multiplicar este porcentaje con el factor de corrección (0.75), el resultado de esta operación indicara el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años, así:

- Riesgo Bajo: Porcentaje menor de 5%
- Riesgo Moderado: Porcentaje entre 5-9%
- Riesgo Alto: Porcentaje mayor de 10-19 %
- Riesgo Muy Alto: Porcentaje mayor de 20%

ANEXO 4

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) (11) fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en respuesta a la abrumadora carga que representa para la salud pública el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo. La prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar.

La versión 3.1 de la prueba ASSIST consiste en un cuestionario en versión de papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias y que debe ser administrado por un profesional de la salud. El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias:

Tabla 23. Prueba ASSIST

Pregunta 1. A lo largo de la vida, ¿Cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (Solo las que ha consumió sin receta médica)		
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	NO	SI
Alcohol (cerveza, vinos, licores, etc)	NO	SI
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	NO	SI
Cocaína (coca, crack, etc.)	NO	SI
Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	NO	SI
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.	NO	SI
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	NO	SI
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	NO	SI
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	NO	SI
Otras drogas, especifique: _____	NO	SI
Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"	Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista. Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.	

Pregunta 2. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
Alcohol (cerveza, vinos, licores, etc)	0	2	3	4	6
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.	0	2	3	4	6
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
Otras drogas, especifique: _____	0	2	3	4	6

Si la respuesta es “Nunca” a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.
Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

Pregunta 3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
Alcohol (cerveza, vinos, licores, etc)	0	3	4	5	6
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.	0	3	4	5	6
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
Otras drogas, especifique: _____	0	3	4	5	6

Pregunta 4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
Alcohol (cerveza, vinos, licores, etc)	0	4	5	6	7
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.	0	4	5	6	7
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
Otras drogas, especifique: _____	0	4	5	6	7

Pregunta 5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	5	6	7	8
Alcohol (cerveza, vinos, licores, etc)	0	5	6	7	8
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8

Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.	0	5	6	7	8
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
Otras drogas, especifique: _____	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

Pregunta 6. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	No, nunca	Si, en los últimos 3	Si, pero no en los últimos 3
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
Alcohol (cerveza, vinos, licores, etc)	0	6	3
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.	0	6	3
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
Otras drogas, especifique: _____	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

Pregunta 7. ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?	No, nunca	Si, en los últimos 3	Si, pero no en los últimos 3
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
Alcohol (cerveza, vinos, licores, etc)	0	6	3
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.	0	6	3
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
Otras drogas, especifique: _____	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

Pregunta 8. ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	No, nunca	Si, en los últimos 3	Si, pero no en los últimos 3
(Marque la casilla correspondiente)			
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

Fuente: La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. Manual para uso en la atención primaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010

Es importante que los profesionales de salud comprendan la puntuación de las respuestas antes de administrar el cuestionario. Si las respuestas del usuario no se codifican adecuadamente, la puntuación final puede ser errónea, lo que conlleva a una retroalimentación inadecuada y a una intervención potencialmente inadecuada.

El cuestionario ASSIST asigna una puntuación de riesgo a cada sustancia para después iniciar una conversación (intervención breve) con los usuarios sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', que determina la intervención más adecuada para cada nivel ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente).

Para cada sustancia sumar las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluir los resultados de las preguntas 1 y 8. Por ejemplo, una puntuación para cannabis se calcularía como: P2c+P3c+P4c+P5c +P6c+P7c.
Observe que la pregunta 5 para tabaco no está codificada, y se calcula como: P2a+P3a +P4a +P6a +P7a.

Tabla 24. Clasificación del riesgo de consumo de sustancias ASSIST

Clasificación del riesgo de consumo de sustancias ASSIST			
	Alcohol	Todas las demás sustancias	Intervenciones
Riesgo bajo	0 - 10	0 - 3	El usuario debe recibir el tratamiento normal para el cual asistieron a la consulta médica, y ser informados de sus puntuaciones si el tiempo lo permite.
Riesgo moderado	11 - 26	4 - 26	Deben recibir una intervención breve con una duración de 3 a 15 minutos.
Riesgo alto	27+	27+	Deben recibir una intervención breve con una duración de 3 a 15 minutos.

Fuente: La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. Manual para uso en la atención primaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010

ANEXO 5

Test de Morisky (31): Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento.

Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/ No. La pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas? Esta fórmula fue utilizada por Val Jiménez9 en la validación del test para la HTA.

ANEXO 6

Formato de Excel para seguimiento: Consiste de una estructura de Excel de 94 variables, diseñada por la DISAN EJC, la cual fue socializada con la DISAN ARC y JEFSA-FAC y de común acuerdo se estableció como herramienta de seguimiento para la población inscrita en la Ruta de CCVM.