

# PROGRAMA DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO



YINETH LÓPEZ GALLEGO  
ENFERMERA

# OBJETIVOS

- ✓ Garantizar atención integral en usuarios con HTA, DM y EPOC: Disminuir complicaciones asociadas al manejo inadecuado de las patologías.
- ✓ Lograr adherencia al tratamiento farmacológico y a las medidas no farmacológicas.



# HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- Elevación de cifras tensionales + factores de riesgo modificables y no modificables
- La HTA afecta a alrededor de mil millones de personas en el mundo. Se estima que llegará a 1.500 millones en 2025.
- La PA elevada es la causa más importante de muerte prematura en el mundo.
- La HTA es uno de los más importantes factores de riesgo de FA, ERC y deterioro cognitivo.

# FACTORES DE RIESGO DM-HTA

## • MODIFICABLES

✓ Dislipidemia

✓ Glicemia

✓ Obesidad

✓ Tabaquismo

✓ Alcoholismo

✓ Sedentarismo

✓ Dieta

✓ Estrés

Metabólicos

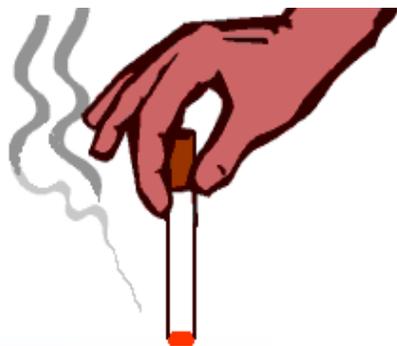
## • NO MODIFICABLES

✓ Edad: >65 años

✓ Género: Mujeres menopáusicas

✓ Grupo étnico

✓ Herencia: ECV prematura en O DM en padres o abuelos.



# CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

## CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL EN ADULTOS SEGÚN OMS BHS-ESH-ESC

CATEGORIA	PAS mmHg	PAD mmHg
Optima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal Alta	130 -139	85-89
HIPERTENSIÓN		
Estadio 1	140-159	90-99
Estadio 2	160-179	100-109
Estadio 3	180-209	110-119

Fuente: British Hipertensión Society (BHS), European Society Hipertensión (ESH), European Society Cardiology (ESC), Sociedad Española de Hipertensión (SEH)

# CLASIFICACIÓN DE SOBREPESO-OBESIDAD

## CLASIFICACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD SEGUN IMC

CLASIFICACIÓN	RESULTADO
Bajo Peso	< 18.5
Peso Normal	18.5 a 24.9
Sobre Peso	25 a 29.9
Obesidad Grado I	30 a 34.9
Obesidad Grado II	35 a 39.9
Obesidad Grado III	> 40

Guía de HTA 2007 Ministerio de la Protección Social

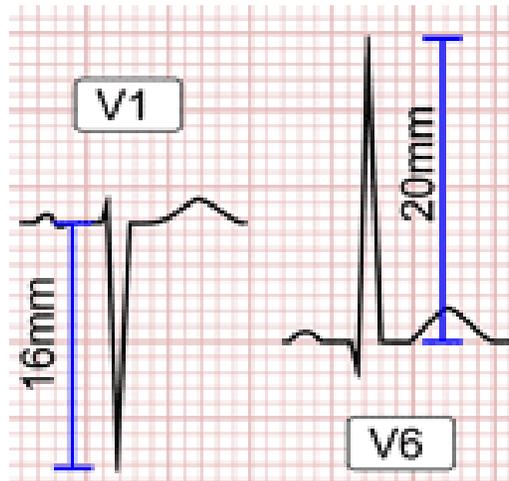
# LESIÓN DE ORGANO BLANCO

SISTEMA	HALLAZGO	CLASIFICACIÓN DE RIESGO	LESION A ORGANO BLANCO
<b>CORAZÓN:</b>	Resultados de E.K.G. o Ecocardiograma	Hipertrofia Ventricular Izquierda: HVI electrocardiográfica (índice de Sokolow-Lyon > 3,5 mV; RaVL > 1,1 mV; producto de la duración por el voltaje de Cornell > 244 mV*ms), o	SI
<b>VASCULAR:</b>	Doppler Carotideo: Si hay engrosamiento pared arterial y placa ateroscleróticas:	Si tiene LOB Vascular	SI
<b>RENAL</b>	Hombres: Creatinina Sérica Mujeres: Creatinina Sérica	1.3 a 1.5 mg/dl (+) LOB Riñón 1.2 a 1.4 mg/dl (+) LOB	SI
	Si presenta: Microalbuminuria	30 – 300 mg/24 horas (+) LOB Riñón	SI
<b>METABOLIC</b> o	HTA + DM2 Asociada Revisar Glicemia en Ayunas	En ayunas > de 126 mg/dl o Postprandial > de 198 mg/dl	SI
<b>OJO</b>	Fondo de ojo	Grado 1 o mas	SI

Adaptada de la resolución 4003

# HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA

- La presencia de daño orgánico, especialmente HVI, ERC o retinopatía avanzada, añade riesgo de morbimortalidad CV y se debe explorar como parte de la evaluación del riesgo de pacientes hipertensos.



# ENFERMEDAD RENAL CRONICA

- Consignar en la HC la tasa de filtración glomerular y clasifíquela en cada consulta.

## Cálculo del filtrado glomerular

**Ecuación de Cockcroft-Gault:** Clearance  
calculado CI creatinina (ml/min)

$$\frac{(140 - \text{Edad}) \times \text{Peso (Kg)}}{\text{Creatinina Plasmática (mg/dl)} \times 72}$$

(x 0,8 en mujeres)

# CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO SEGÚN PRESIÓN ARTERIAL Y FACTORES DE RIESGO			
TENSIÓN ARTERIAL	ESTADÍO I	ESTADÍO II	ESTADÍO III
FACTORES DE RIESGO	PAS 140 – 159 Ó PAD 90 – 99	PAS 160 – 179 Ó PAD 100 – 109	PAS > 179 Ó PAD > 109
SIN FACTORES DE RIESGO	RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO	RIESGO ALTO
1 A 2 FACTORES DE RIESGO	RIESGO MODERADO	RIESGO MODERADO	RIESGO MUY ALTO
3 O MÁS FACTORES DE RIESGO Ó LOB Ó DIABETES	RIESGO ALTO	RIESGO ALTO	RIESGO MUY ALTO
CONDICIONES CLÍNICAS ASOCIADAS	RIESGO MUY ALTO	RIESGO MUY ALTO	RIESGO MUY ALTO

Esquema de Clasificación de Riesgo Cardiovascular a 10 años de la ESH-ESC, adoptada por la Guía de atención de HTA. Min. Protección Social. Colombia. Mayo de 2007.

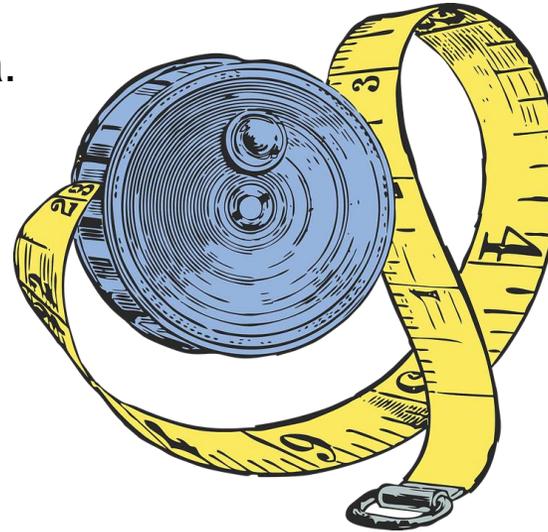
**NOTA: Remita al paciente a medicina interna si su clasificación es Riesgo alto o muy alto**

❖ Verificar adherencia al tratamiento con el test de Morinsky

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Sí	No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí	No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	No
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí	No

# EXÁMEN FÍSICO

- Signos vitales: Temperatura, FC, FR.
- Tensión arterial sentado, acostado y de pie.  
Peso y Talla: IMC con su clasificación
- Circunferencia abdominal: se mide en el punto medio entre el borde costal inferior y el borde superior de la cresta iliaca.
- En hombres debe ser <94 cm
- En mujeres debe ser <90 cm
- TFG en cada consulta



# PLAN DE INTERVENCIÓN

Analiza exámenes de laboratorio y solicita si es el caso.

LABORATORIOS DE INGRESO AL PROGRAMA SEGÚN RIESGO.

**RIESGO ALTO Y MUY ALTO ES REMITIDO A MEDICINA INTERNA**

EXÁMENES/ RIESGO CVC	BAJO	MODERAD O	ALTO Y MUY ALTO
Hemograma	X	X	X
Glicemia basal	X	X	X
Perfil Lipídico	X	X	X
Parcial de orina completo	X	X	X
Creatinina sérica	X	X	X
Microalbuminuria		X	X
Hemoglobina glicosilada			X
Electrocardiograma	X	X	X
Ecocardiograma			X

Anexo técnico resolución 4003

#### 4.12.2 EXÁMENES DE LABORATORIO DE CONTROL A USUARIOS DE RIESGO BAJO

A los pacientes con riesgo cardiovascular bajo se les debe realizar una serie de exámenes de laboratorio básicos con el fin de identificar factores de riesgo que modifiquen su clasificación de riesgo, con la siguiente periodicidad:

EXÁMENES	ANUAL	BIANUAL
Hemograma		X
Glicemia basal	X	X
Perfil Lipídico		X
Parcial de orina completo	X	X
Creatinina sérica	X	X
Electrocardiograma		X

**Si el usuario con RCV bajo es adherente se puede citar cada 6 meses.**

Anexo técnico resolución 4003

#### 4.12.3 EXÁMENES DE LABORATORIO A USUARIOS EN RIESGO MODERADO

A estos usuarios con riesgo cardiovascular Moderado se debe realizar los siguientes exámenes de laboratorio, con la siguiente periodicidad:

EXÁMENES	ANUAL	BIANUAL
Hemograma		X
Glicemia basal	X	X
Perfil Lipídico		X
Parcial de orina completo	X	X
Creatinina sérica	X	X
Microalbuminuria	X	X
Electrocardiograma	X	x

Anexo técnico resolución 4003

# PLAN DE INTERVENCIÓN

- Clasifica en ingreso o reclasifica en control el riesgo cardiovascular: «Bajo, moderado, alto o muy alto.»Aplicar framingham
- Verifica, motiva y registra asistencia a grupo de HTA. En caso de que no asista se reporta a la auxiliar de enfermería.
- Verifica o realiza la remisión a especialista.  
Oftalmología, medicina interna RCV bajo y moderado 1 vez al año.

# PLAN DE INTERVENCIÓN

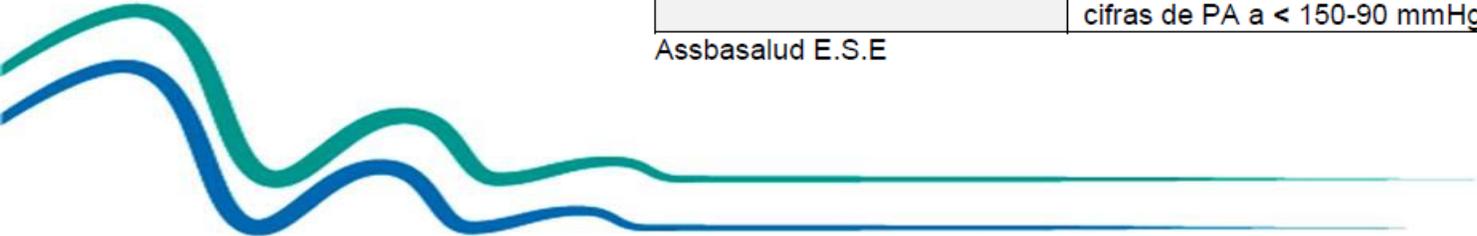
- Verifica y/o realiza remisión a enfermería para intervención de factores de riesgo sin importar el RCV.
- Registrar periodicidad del próximo control (Para ajuste de medicación al mes se atiende como morbilidad.)
- Ofrecer recomendaciones de estilo de vida saludable. (Prescribir de 30 a 60 min de ejercicio de moderada intensidad como caminar, trotar, nadar, montar bicicleta al menos 4 de los 7 días de la semana)
- Formulación de medicamentos

# PLAN DE INTERVENCIÓN

- Asigna, actualiza y registra las tareas y metas dejadas al usuario para modificar factores de riesgo.

FACTOR DE RIESGO	META
Tabaquismo	Disminución gradual hasta cesación completa
Cifras de presión arterial aumentadas	TAS < 140 mm HG, TAD < 90 mm/Hg
Cifras de glicemia aumentadas (DM)	Glicemia basal entre 70 y 130 ( según ADA 2013) , y una pos prandial de 2 horas menor de 180
Sobrepeso u obesidad	Disminuir grados de obesidad. De obesidad a sobrepeso y de sobrepeso a IMC Normal.
Sedentarismo	Si no hay discapacidad, lograr el hábito 3 veces por semana mínimo.
Dislipidemia	Se recomienda el uso de estatinas en HTA con RCV Moderado para lograr un objetivo de LDL menor de 115. (SEC/SEH 2013). Incrementar HDL ( > 40 en hombres, y > de 50 en mujeres), disminuir colesterol < de 200 mgr/dl y triglicéridos < de 145 mgr/dl
Circunferencia abdominal aumentada	Lograr CA < 88 en mujeres y < de 102 en hombres.
Consumo de sal Aumentado.	Disminuir el consumo de sal y retirar salero de la mesa.
Adulto mayor	En sujetos mayores de 80 años se recomienda el descenso de las cifras de PA a < 150-90 mmHg pero > 100/60 mmHg.

Assbasalud E.S.E



# PLAN DE INTERVENCIÓN

- Remitir a los programas de detección temprana y protección específica
- 1. Tamizaje de cáncer de cuello uterino
- 2. Tamizaje de cáncer de mama, 1 vez al año a partir de los 40 años. Remisión a mamografía, a partir de los 50 hasta las 69 años, cada 2 años
- 3. Tamizaje para cáncer de próstata a partir de los 50 años cada 5 años
- 4. Tamizaje para cáncer de colon (sangre oculta en heces) a partir de los 50 años cada 2 años hasta los 75 años.
- 5. Higiene oral
- 6. Control de planificación familiar
- 7. Prueba treponémica según riesgo
- 8. Prueba para VIH, hepatitis B y C según riesgo
- 9. Vacunación

**Criterios a tener en cuenta para evaluación veracidad, oportunidad y calidad del dato en la base de Seguimiento riesgo cardiovascular y metabólico**

- 1. Datos de caracterización del usuario (fecha de nacimiento, ubicación, teléfono, edad, sexo)**
- 2. Fecha de Ingreso al programa**
- 3. Fecha de la última atención.**
- 4. Diagnóstico y Fecha de HTA y/o DM**
- 5. Medidas antropométricas registradas (se evaluará en asistencia técnica que la información está actualizada a la fecha de control).**
- 6. Presión Arterial Sistólica y Diastólica**
- 7. Perfil Lipídico (Col. Total, Hdl, Ldl, Trig)**
- 8. Hemoglobina glicosilada**
- 9. Creatinina Sérica (Según Algoritmo Dx ERC)**
- 10. Relación Albuminuria creatinuria (Según Algoritmo Dx ERC)**
- 11. TFG- COCKCROFT GAULT**
- 12. Estadío de ERC**
- 13. Clasificación del RCV según anexo de la Res. 4003/2008**
- 14. Diligenciar casilla de consumo de medicamentos IECA- ARA para los HTA diabéticos (Hipoglicemiantes e Insulina)**

# DM: DIAGNÓSTICO

En los adultos con 45 años de edad o más, se tendrán en cuenta los siguientes criterios diagnósticos de la guía nacional:

a) Glicemia plasmática en ayunas  $>126$  mg/dl **en dos ocasiones.**

b) Glicemia postcarga de 2hs  $>200$  mg/dl

c) Glicemia  $>200$  mg/dl a cualquier hora del día con presencia de síntomas clásicos.

Poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso.



# PARACLÍNICOS

## 4.15.4 EXÁMENES DE LABORATORIO A USUARIOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 SIN COMPLICACIONES

Se deben realizar los exámenes de laboratorio relacionados con la siguiente periodicidad:

EXÁMENES	INICIAL	TRIMESTRAL	ANUAL	BIANUAL
Hemograma	X			X
Glicemia basal	X	X		
Perfil Lipídico	X		X	
Parcial de orina completo	X		X	
Hemoglobina glicosilada	X	X		
Creatinina sérica	X		X	
Microalbuminuria	X		X	
Electrocardiograma	X		X	

# CONSULTA DE CONTROL DE LA DM

- ✓ La consulta se maneja igual que un control de HTA, con una periodicidad trimestral.
- ✓ Debe consignarse en HC la clasificación de la DM: DM insulino, no insulino, con complicaciones o sin complicaciones.
- ✓ Si solamente se maneja un diagnóstico de DM sin complicaciones, debe acudir a medicina interna, oftalmólogo, nutrición y psicología una vez al año.
- ✓ DM con complicaciones deberá ser manejada por **Medicina Interna**.
- ✓ Medidas preventivas para pie diabético.

**Educación!!!**

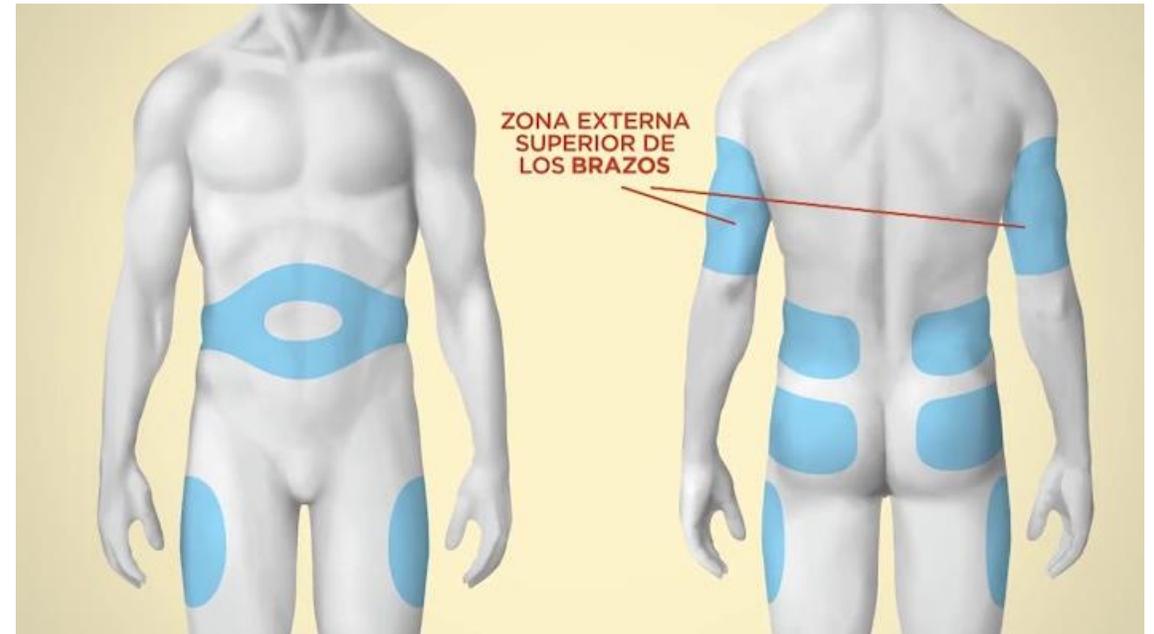
# DM CON COMPLICACIONES

- Los criterios de remisión del paciente para manejo por medicina especializada son:
- Paciente con diagnóstico simultáneo de DM2 e hipertensión arterial. (Riesgo alto) o con condiciones clínicas asociadas.
- Paciente con sospecha de nefropatía diabética, retinopatía diabética avanzada, neuropatía diabética con factores de alto riesgo para pie diabético.



# INSULINAS

- Resolver dudas e inquietudes a cerca de:
  - ✓ Técnica de administración correcta de las insulinas
  - ✓ Sitios de aplicación
  - ✓ Almacenamiento correcto
  - ✓ Signos y síntomas de hipoglicemia
  - ✓ Recuperación rápida de hipoglicemias



# LINEAMIENTOS EPOC



YINETH LOPEZ GALLEGO  
ENFERMERA

# EPOC

El EPOC de acuerdo a la OMS no es una sola enfermedad sino un concepto general que designa diversas afectaciones pulmonares crónicas que limitan el flujo de aire en los pulmones , es prevenible , tratable y conduce a incapacidad e incluso la muerte. El estudio de Prevalencia de la EPOC en Colombia -PREPOCOL (2005) realizado por la Fundación Neumológica Colombiana, determinó que a nivel nacional 9 de cada 100 personas mayores de 40 años tenían EPOC



## Objetivo del programa

- ✓ Brindar atención integral al usuario diagnosticado con EPOC que permita la detección ,tratamiento y el control de los factores de riesgo con el fin de realizar captación temprana y reducir las complicaciones .

### POBLACIÓN OBJETO

- ✓ Pacientes mayores de 40 años con factores de riesgo para desarrollar la Enfermedad , sintomáticos respiratorios por más de 6 meses (disnea, tos , espectoración ) y que posean antecedente de exposición prolongada al humo de tabaco, leña y así como los afiliados con diagnóstico confirmado de EPOC

# Detectar tempranamente el EPOC

- Un paciente con más de 40 años de edad, que presente cualquiera de los siguientes indicadores, es un caso probable y se debe realizar una espirometría, y la presencia de un FEV1 (volumen espiratorio forzado en el 1 seg)/CVF (capacidad vital forzada) postbroncodilatador  $<0,70$  confirma la existencia de una limitación crónica al flujo aéreo y la EPOC.



# Indicadores clave para considerar el diagnóstico de EPOC

Disnea que suele ser:

Progresiva (se agrava con el tiempo)  
en general, empeora con el esfuerzo  
persistente

Tos crónica:

Puede ser intermitente e improductiva



Expectoración crónica:

Cualquier cantidad de  
producción crónica de  
esputo puede indicar una  
EPOC

Bronquitis frecuente , pérdida  
de peso , intolerancia al  
esfuerzo , despertares  
nocturnos , edema de tobillos  
dolor en pecho ,

# Antecedentes de exposición a factores de riesgo

- ✓ Humo de tabaco
- ✓ Exposición al humo de combustibles, utilizados para cocinar y calentar dentro del hogar
- ✓ Polvo y sustancias químicas ocupacionales.
- ✓ Biomasa ( madera no procesada o carbón vegetal )
- ✓ Antecedentes familiares de EPOC



## Ayudas diagnósticas

- ✓ Espirometría
- ✓ Radiografía simple de tórax
- ✓ Cálculo del índice de masa corporal (IMC)
- ✓ Índice de Barthel instrumento para detectar 10 actividades básicas de la vida diaria , escala utilizada para la valoración funcional de paciente con EPOC
- ✓ Electrocardiograma
- ✓ Hemograma
- ✓ Pulsioximetría
- ✓ Tabla de valoración de disnea

# Lectura de espirometrías

- ✓ Diagnóstico de la enfermedad: la espirometría es indispensable para confirmar el diagnóstico de la EPOC, es necesario que el paciente tenga una espirometría obstructiva después de usar el broncodilatador. El diagnóstico de obstrucción se hace cuando la relación VEF1 (volumen espiratorio forzado en el 1 seg)/CVF (capacidad vital forzada) es menor de 70
- ✓ Gravedad de la obstrucción: para graduar la severidad de la obstrucción se usa el VEF1 post broncodilatador, a menor VEF1 más severa la obstrucción y más grave la EPOC.
- ✓ la EPOC se caracteriza por que la obstrucción no es reversible.
- ✓ Se recomienda hacer la espirometría cada año. Este control busca evaluar los cambios en el VEF1 e identificar los pacientes en quienes la obstrucción avanza rápidamente.



CUESTIONARIO BREVE PARA TAMIZAJE DE EPOC

Datos básicos

Fecha: DD/MM/AAAA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años
Asegurador: \_\_\_\_\_ Prestador: \_\_\_\_\_

Cuestionario "Could it be COPD"1

Si responde a estas preguntas, esto le ayudará a saber si usted podría tener EPOC

Table with 4 columns: N°, Pregunta, Sí, No. Contains 5 screening questions about cough, phlegm, breathing, age, and smoking.

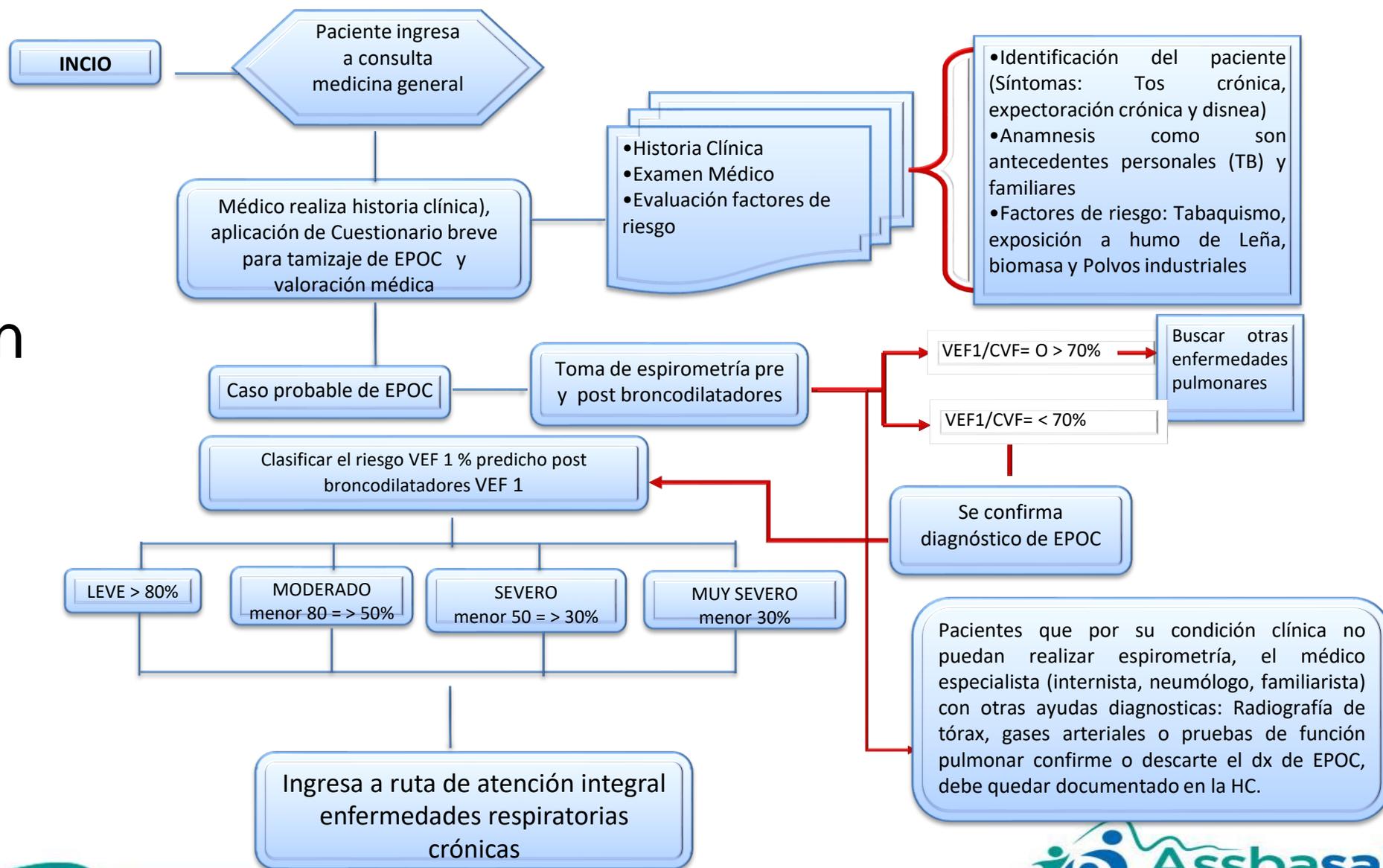
Si contestó Sí a tres o más de estas preguntas, pregúntele a su doctor si usted podría tener EPOC y debería realizar una prueba simple de respiración, llamada espirometría.

Si la EPOC es detectada temprano, hay pasos que podría tomar para prevenir mayor daño pulmonar y hacerlo sentir mejor

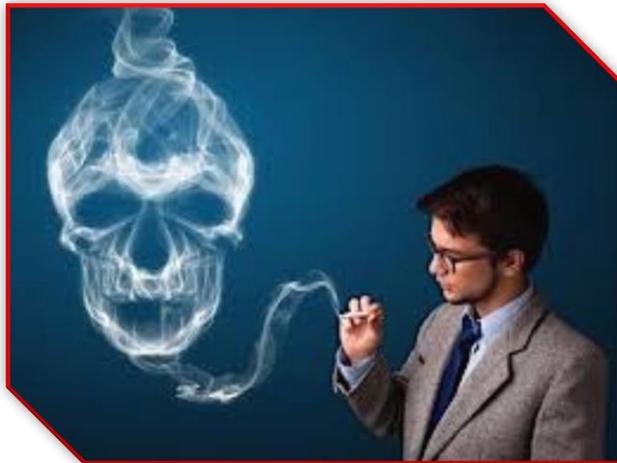
1 Cuestionario "Could it be COPD", cortesía de "The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)"

Cuestionario breve para tamizaje de EPOC

# Ruta de confirmación diagnóstica de EPOC



# Exacerbación de la EPOC



- ✓ Infecciones virales y bacterianas:
- ✓ Contaminación ambiental
- ✓ Incumplimiento de tratamiento



# CLASIFICACIÓN DE ANTHONISEN PARA LA EXACERBACIÓN DE EPOC

SEVERIDAD DE LA EXACERBACIÓN	TIPO DE EXACERBACIÓN	CARACTERÍSTICAS
SEVERA	Tipo 1	Aumento de la disnea, volumen del esputo y purulencia del esputo
MODERADA	Tipo 2	2 de los 3 síntomas descritos
LEVE	Tipo 3	1 de los 3 síntomas asociado a uno o más de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"><li>- Tos</li><li>- Sibilancias</li><li>- Aumento de frecuencia respiratoria</li><li>- Aumento de frecuencia cardiaca</li><li>- Fiebre</li><li>- Infección respiratoria superior en los últimos 5 días</li></ul>

# Manejo integral según severidad de la EPOC

## - Frecuencias de atenciones al año

Profesional / Estadio	Leve	Moderado	Severo	Muy severo
Medicina general	2	2	2	2
Medicina Interna	1	2	1	4
Neumología	1	1	3	4
Enfermería	1	2	2	2
Nutrición	1	2	2	2
Terapia Física	1	2	2	2
Terapia respiratoria	1	2	2	2
Trabajo social*	1	2	2	2

# AYUDAS DIAGNÓSTICAS Y EXÁMENES DE LABORATORIO DE INGRESO SEGÚN SEVERIDAD

EXÁMENES	EPOC LEVE	EPOC MODERADO	EPOC SEVERO
ESPIROMETRIA	X	X	X
HEMOGRAMA		X	X
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX	X	X	X
ELECTROCARDIOGRAMA	X	X	X
PERFIL LIPÍDICO		X	X
BACILOSCOPIA	X	X	X

# Ayudas diagnósticas y exámenes de laboratorio según riesgo

## EPOC leve

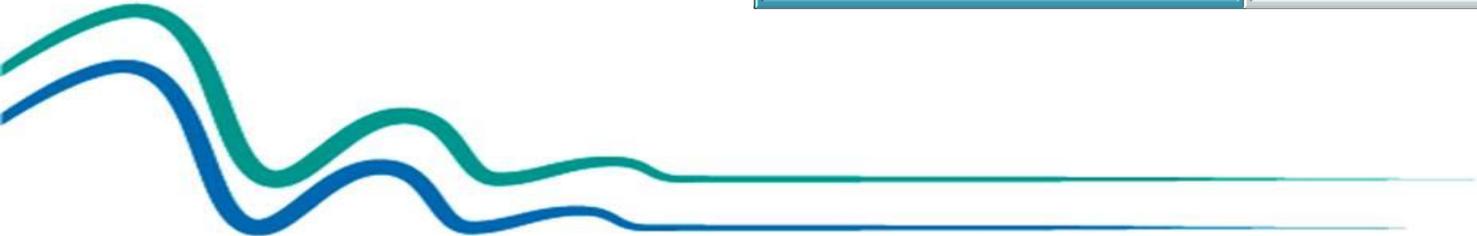
EXÁMENES	CADA AÑO	CADA CINCO AÑOS
ESPIROMETRIA	X	
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX		X
ELECTROCARDIOGRAMA	X	
BACILOSCOPIA	X	

# EPOC moderado

EXÁMENES	CADA AÑO	CADA DOS AÑOS	CADA CINCO AÑOS
ESPIROMETRIA	X		
HEMOGRAMA		X	
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX			X
PERFIL LIPIDICO	X		
ELECTROCARDIOGRAMA	X		
BACILOSCOPIA	X		

# EPOC severo

EXÁMENES	CADA AÑO	CADA CINCO AÑOS
ESPIROMETRIA	X	
HEMOGRAMA	X	
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX		X
PERFIL LIPIDICO	X	
ELECTROCARDIOGRAMA	X	
BACILOSCOPIA	X	



# FICHA EPOC

**Clasificación de Riesgo GOLD:** Gold 3

Etapas: B Sintomas: Alteraciones de la calidad de vida Exacerbaciones: 3  
o más al año VEF1/CVF: <70% VEF1: 30-49%

**Evaluar Factores de Riesgo Modificados**

Dieta Inadecuada  Si  No

Sedentarismo  Si  No

Biomasa  Si  No

Factor Genético  Si  No

Polvos y sustancias químicas ocupacionales  Si  No

Contaminación Ambiental  Si  No

Estres Emocional  Si  No

Exposición a humo de cigarrillo  Si  No

Fuma  Si  No

**Participación Grupos:**  Si  No  
Requiere participación en grupos?

**Vacunas:**  
El paciente no registra vacunas de Influenza en el Último Año  
El paciente no registra vacunas de Neumococo en el Último Año

**Paraclinicos:**  Si  No Visualizar Resultados

CodParaCII	Paradínico	Última Fecha SINCA	Alterado / Normal
1	Espirometría		<input type="radio"/> Alterado <input checked="" type="radio"/> Normal
2	Rayos X		<input type="radio"/> Alterado <input checked="" type="radio"/> Normal
3	Hemograma		<input type="radio"/> Alterado <input checked="" type="radio"/> Normal
4	Perfil Lipídico		<input type="radio"/> Alterado <input checked="" type="radio"/> Normal
5	Baciloscopia		<input type="radio"/> Alterado <input checked="" type="radio"/> Normal
6	EKG		<input type="radio"/> Alterado <input checked="" type="radio"/> Normal

**Barthel:**  Aplica  No Aplica

Comer: Necesita ayuda 5

Lavarse (Bañarse): Dependiente 0

Vestirse: Dependiente 0

Arreglarse: Independiente 5

Deposición: Incontinente 0

Micción: Incontinente 0

Usar el retrete: Dependiente 0

Traslado Sillon/Cama: Dependiente 0

Deambulación: Dependiente 0

Subir/Bajar escaleras: Dependiente 0

**TOTAL:** Dependencia Total 10

**Tratamiento con Oxígeno:**  Si  No

**Tabla de DISNEA**  
Grado: 1  
Disnea al caminar deprisa o al subir una pendiente poco pronunciada

**Test de Morinsky:**  
Test de Morinsky  
¿Se olvida de usar alguna vez los medicamentos para su EPOC?  Si  No  
Es descuidado con la hora en que debe usar la medicación?  Si  No  
Cuándo se encuentra bien ¿Deja de usar la medicación?  Si  No  
Si alguna vez le sienta mal ¿Deja de usarla?  Si  No

**Remisión:**  
Remisión  
Deterioro acelerado  Si  No  
Mala respuesta al tratamiento  Si  No Recuerde que esta persona la debe remitir  
Sospecha Core pulmonare  Si  No

**Elegir Paquete Laboratorio:** PAQUETE ÚNICO DE EPOC

# FICHA EPOC

Cuestionario tamizaje epoc:

- Si  No
- 1) ¿Tose muchas veces la mayoría de los días?  Si  No
- 2) ¿tiene flemas o mocos la mayoría de los días?  Si  No
- 3) ¿Se queda sin aire mas facilmente que otras personas de su edad?  Si  No
- 4) ¿Es mayor de 40 años?  Si  No
- 5) ¿Actualmente fuma o es exfumador?  Si  No

**Si presenta 3 o mas respuestas positivas usted podría tener EPOC**

# ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA



Para el diagnóstico de la Enfermedad renal crónica, se recomienda seguir el Algoritmo de diagnóstico sugerido por la Cuenta de Alto Costo en su documento “Instructivo para el reporte de información Resolución 2463/2014”

Pronóstico de la enfermedad renal crónica, por Categorías de TFG y de Albuminuria: KDIGO 2012				Categorías de albuminuria persistente		
				Descripción y rango		
				A1	A2	A3
				Normal a incremento leve	Incremento moderado	Incremento severo
				< 30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	<300 mg/g >30 mg/mmol
Categorías TFG (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) Descripción y rango	G1	Normal o alto	≥90	Verde	Amarillo	Naranja
	G2	Disminución leve	60-89		Amarillo	Naranja
	G3a	Disminución de leve a moderada	45-59	Amarillo	Naranja	Rojo
	G3b	Disminución de moderada a severa	30-44	Naranja	Rojo	Rojo
	G4	Disminución severa	15-29	Rojo	Rojo	Rojo
	G5	Falla renal	<15	Rojo	Rojo	Rojo

Verde: riesgo bajo (si no hay otros marcadores de enfermedad renal, no hay enfermedad renal crónica); Amarillo: riesgo mayor moderado; Naranja: riesgo alto; Rojo: riesgo muy alto. TFG: tasa de filtración glomerular.

HTA Y/O DM

CREATININA SÉRICA

NO

Estudios complementarios

SÍ  
Estimar la TFG

INDETERMINADO

NO ES

<60 ml/min

≥ 60 ml/min

Repetir en máx. 3 meses

Si no se repite la toma

INDETERMINADO

<60 ml/min

≥ 60 ml/min

SI TIENE ERC

Repetir en máx. 6 meses

<60 ml/min

SI TIENE ERC

CONTINUAR EL ALGORITMO:

**TFG  $\geq$  60 ml/min**

Relación Albuminuria/Creatinuria  
o Albuminuria 24h

$\geq 30\text{mg/gr}$

Cuando la RAC o albuminuria 24h es  $>300$   
el seguimiento se puede realizar con  
Proteinuria/creatinuria o Proteinuria 24h

Repetir en máx. 4 meses

Sí es  $\geq 30\text{mg/gr}$

**SÍ TIENE ERC**

Sí es  $<30\text{mg/gr}$

Repetir en máx. 6 meses

Sí es  $\geq 30\text{mg/gr}$

**SÍ TIENE ERC**

Sí es  $<30\text{mg/gr}$

**NO TIENE ERC**

Alteración  
presente por más  
de 3 meses

**TFG  $\geq$  60 ml/min**

Relación Albuminuria/Creatinuria  
o Albuminuria 24h

Uroanálisis, citoquímico o  
parcial de orina

<30mg/gr  
<3mg/mmol



Normal

Anormal

- Hematíes
- Cilindros
- Proteínas

Tomar otros estudios para  
identificar la causa de la  
alteración

**NO TIENE ERC**

# Consideraciones sobre el algoritmo ERC

- ✓ Para el cálculo de la TFG, no deben haber transcurrido más de 90 días entre el peso y la creatinina.
- ✓ El periodo de tiempo entre la 1ra y 2da toma del laboratorio clínico alterado para el estudio de la ERC no debe superar los 4 meses.
- ✓ El periodo de tiempo entre la 2da y 3ra toma de laboratorio clínico alterado para el estudio de la ERC, no debe superar los 3 meses.
- ✓ Los pacientes clasificados en etapa 4 que tengan TASA DE FILTRACION GLOMERULAR menor o igual a 20 ml/min, deben ser remitidos a nefrología para definir construcción de acceso vascular, o terapia de diálisis peritoneal. El nefrólogo realizará el manejo de enfermedades asociadas como anemia, enfermedad ósea.
- ✓ Pacientes clasificados en etapa 5 (estadío 5), deben ser de manejo exclusivo por nefrología. En esta etapa se define inicio de diálisis, o trasplante renal.

# PARACLÍNICOS CONTROL Y SEGUIMIENTO ERC NEPS

EXAMEN	ESTADIO 1	ESTADIO 2	ESTADIO 3A	ESTADIO 3B	ESTADIO 4
Parcial de orina	180 días	180 días	180 días	180 días	120 días
Creatinina en sangre	180 días	180 días	Entre 90 a 121 días	Entre 90 a 121 días	Entre 60 a 93 días
Glicemia	180 días	180 días	180 días	180 días	60 días
Colesterol Total	180 días	180 días	180 días	180 días	120 días
Colesterol HDL	180 días	180 días	180 días	180 días	180 días
Colesterol LDL	180 días	180 días	180 días	180 días	180 días
Triglicéridos	180 días	180 días	180 días	180 días	120 días
Hemoglobina glicosilada (HbA1c) (solo para diabéticos)	180 días	180 días	180 días	180 días	120 días
Relación Albumina/Creatinuria	180 días	180 días	180 días	180 días	180 días
Hemoglobina sérica	365 días	365 días	365 días	365 días	180 días
Hematocrito	365 días	365 días	365 días	365 días	180 días
PTH	No requerida	No requerida	365 días	365 días	180 días
Albúmina	No requerida	No requerida	No requerida	365 días	365 días
Fósforo sérico	No requerida	No requerida	No requerida	365 días	365 días

## CONSULTA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL ERC. NEPS

PROFESIONAL	ESTADIO 1	ESTADIO 2	ESTADIO 3	ESTADIO 4
Médico General	Cada 4 meses	Cada 3 meses	Cada 2 meses	Mensual
Médico Internista	Cada 6 meses	Cada 4 meses	Cada 3 meses	Cada 2 meses
Médico Nefrólogo	Cada 12 meses	Cada 6 meses	Cada 4 meses	Cada 3 meses
Psicología	Cada 6 meses	Cada 6 meses	Cada 4 meses	Cada 4 meses
Nutrición	Cada 6 meses	Cada 6 meses	Cada 4 meses	Cada 3 meses
Enfermería	Cada 6 meses	Cada 6 meses	Cada 6 meses	Cada 6 meses
Trabajo social	Cada 6 meses	Cada 6 meses	Cada 6 meses	Cada 6 meses

¿DUDAS E INQUIETUDES?



GRACIAS...