SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA

ACCIÓN O PROCESO INTEGRAL E INTEGRADO: Cuidado Continuo por una Vida con Bienestar

LINEA OPERATIVA O SUBPROCESO: Alta Externalidad

ACCIÓN DE BIENESTAR: Jornadas de tamizaje para la salud pública – Cuídate, sé feliz

VIGENCIA: OCTUBRE 1 DE 2025 A 30 DE JUNIO 2027

Bogotá D.C. 2025 - 2027

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Contenido

1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar 4

2. Descripción de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar 5

3. Talento humano en salud a cargo 32

4. Periodicidad del reporte 34

5. Metodología para la tamización 34

6. Realización en la ruralidad 43

7. Indicadores 43

8. Referencias bibliográficas 44

9. Anexos 49

FICHA TÉCNICA ACCIÓN DE BIENESTAR o ACCIÓN DE GESTIÓN PARA EL BIENESTAR: Jornadas de tamizaje para la salud pública – Cuídate, sé feliz.

1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

A nivel mundial, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan la mayor carga de enfermedad y mortalidad, representaron aproximadamente 7,3 billones de casos, 43,8 millones de muertes y 1,73 mil millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) a nivel global, lo que equivale a más del 70% de todas las muertes, con una prevalencia global de 91.034 casos por 100.000 habitantes y una tasa de mortalidad ajustada por edad de 529,7 por 100.000 habitantes (1-3). Las principales causas son las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, con factores de riesgo predominantes como la hipertensión arterial, los riesgos dietéticos, el tabaquismo, el sedentarismo y el aumento sostenido del índice de masa corporal (2-4). Su impacto varía según región, sexo y nivel socioeconómico, con un incremento notable de la obesidad y la diabetes en países de ingresos bajos y medios (5-9).

En Colombia y Bogotá, las ECNT también constituyen la principal causa de mortalidad y carga de enfermedad, con desigualdades marcadas en lo social, económico y regional. En Bogotá, además, la transición demográfica hacia una población más envejecida aumenta el riesgo de condiciones crónicas no diagnosticadas, lo que incide directamente en la mortalidad. En respuesta, la política pública nacional y distrital ha priorizado la detección temprana y el abordaje integral de estas enfermedades, enmarcados en normativas y políticas como la Resolución 3280 de 2018 y el Plan de Desarrollo Distrital 2024–2028 “Bogotá Camina Segura”, que buscan mejorar el acceso equitativo, incluyente y de calidad a los servicios de salud.

Como parte de estas acciones, Bogotá implementa el Plan Estratégico y Operativo para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas en Bogotá, con metas de reducción de la mortalidad prematura para el 2027. Para el logro de lo anterior y en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, se desarrolla la estrategia “Cuídate, Sé Feliz”, que promueve la **tamización** en espacios públicos para la detección temprana de riesgos cardiovasculares, metabólicos, respiratorios, determinar el riesgo en cáncer y herramientas para la recomendación de actividad física, complementada con actividades de gestión del riesgo y promoción de hábitos saludables, incluida la salud visual, auditiva y comunicativa. Esta estrategia articula esfuerzos intersectoriales y comunitarios para responder a las prioridades en salud pública del Distrito.

1.1 Objetivo General

Fortalecer la identificación oportuna de personas con riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer mediante la aplicación de herramientas de tamización estandarizadas en las personas que asisten a los puntos “Cuídate, Sé Feliz” en el espacio público de Bogotá con el fin de promover y reforzar hábitos de vida saludable.

2. Descripción de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

Descripción de la acción:

Esta acción de gestión para el bienestar corresponde a la línea operativa de alta externalidad.

Actividades para realizar dentro del proceso de gestión y alcance

1. Tamización de riesgo cardiovascular

1.1. Justificación:

En entornos comunitarios y de espacio público, la literatura recomienda el uso de la versión no basada en laboratorio de las Tablas de Riesgo Cardiovascular de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que emplea variables como edad, sexo, presión arterial sistólica, tabaquismo e índice de masa corporal, sin necesidad de colesterol sérico ni glucemia, lo que la hace especialmente adecuada en contextos con recursos limitados o en campañas comunitarias de tamizaje (10,11).

La evidencia muestra que esta versión presenta una concordancia sustancial con la basada en laboratorio, con buena sensibilidad para identificar personas en alto riesgo cuando se emplea un umbral del 10% para la intervención (10,11). Otras escalas, como la versión sin laboratorio del Framingham Risk Score, también han mostrado utilidad, aunque suelen clasificar a un mayor porcentaje de población como de alto riesgo frente a la OMS, con implicaciones en la asignación de recursos (12).

Las Tablas de Riesgo Cardiovascular de la OMS estiman el riesgo absoluto de un evento cardiovascular mayor en los próximos 10 años. Debe usarse en Colombia la tabla de la subregión de América Latina Central (AMR B), que incluye a varios países de la región (13,14). Estas tablas cuentan con dos versiones (con y sin laboratorio), ambas con alta concordancia en la estratificación del riesgo, lo que permite su uso de manera intercambiable según la disponibilidad de recursos. Disponible en: https://www.who.int/news/item/02-09-2019-who-updates-cardiovascular-risk-charts

1.2. Población objeto:

Las Tablas de Estratificación de Riesgo Cardiovascular de la OMS están diseñadas para aplicarse en personas de 40 a 75 años sin antecedentes de enfermedad cardiovascular (enfermedad isquémica cardíaca, enfermedad cerebrovascular o enfermedad vascular periférica).

No incluye a personas menores de 40 años principalmente porque la estimación del riesgo absoluto a 10 años en este grupo etario es muy baja, incluso en presencia de factores de riesgo significativos. Esto se debe a que la incidencia de eventos cardiovasculares en adultos jóvenes es muy baja, lo que limita la capacidad de los modelos para discriminar adecuadamente el riesgo y, por ende, la utilidad clínica de la estratificación en este rango de edad.

No obstante, aunque los adultos jóvenes con factores de riesgo pueden tener un riesgo absoluto bajo a 10 años, su riesgo acumulado o de por vida puede ser considerablemente mayor, por ello en la práctica se aceptan las siguientes aproximaciones:

- En personas menores de 40 años, puede estimarse el riesgo aproximando la edad a 40 años, siempre y cuando se explique explícitamente a la persona que la herramienta fue diseñada y validada para población ≥40 años.
- En este grupo se recomienda interpretar el resultado con cautela para evitar sobreestimar el riesgo y generar alarma innecesaria.
- Cuando el resultado sugiera riesgo alto o mayor, la persona debe ser canalizada, considerando que probablemente existen otros factores de riesgo distintos a la edad que explican dicho resultado, y se deberá complementar la valoración con escalas institucionales (p. ej., PREVENT, Framingham 30 años, Healthy Heart Score, PDAY entre otras), explicar que el resultado de dichas pruebas puede diferir del obtenido en el punto de tamización.
- Desde la perspectiva de análisis poblacional de la SDS y las subredes, se sugiere considerar a las personas menores de 40 años como una cohorte diferenciada y de seguimiento específico.

En personas mayores de 75 años, se puede aproximar la edad máxima de la tabla a 75 años. En este grupo etario, en general debe asumirse que el riesgo cardiovascular es alto o muy alto, y es probable que la estimación de la tabla se acerque al riesgo real, dada la acumulación de factores de riesgo relacionados con la edad.

Adicionalmente, se precisa que en personas con antecedentes personales o familiares de enfermedad cardiovascular mayor (infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebrovascular, angina, enfermedad vascular periférica u otros eventos vasculares mayores) el riesgo debe considerarse, por definición, alto o muy alto, independientemente del valor que arroje la tabla en el punto de tamización. En estos casos es factible aplicar

la escala como herramienta educativa, pero el mensaje a la persona debe ser claro: el antecedente cardiovascular por sí mismo ya la ubica en un nivel de riesgo elevado y requiere controles médicos periódicos y adherencia estricta a las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas.

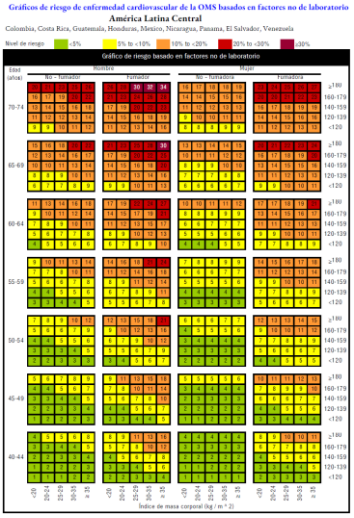
El mismo criterio aplica para personas con enfermedad renal crónica, aquellas en manejo farmacológico por dislipidemia (incluyendo uso de estatinas u otros hipolipemiantes) y para personas con diagnóstico de diabetes mellitus en tratamiento médico, especialmente con uso de insulina. En todos estos grupos la tamización puede realizarse, pero la interpretación debe enfatizar que la presencia de estas condiciones sitúa a la persona en una categoría de alto riesgo, incluso si la tabla mostrara un valor diferente, y que por tanto debe encontrarse vinculada a seguimiento médico y programas de gestión del riesgo cardiovascular.

1.3. Acciones para la tamización:

Para estimar el riesgo cardiovascular es necesario realizar:

1. Toma de medidas antropométricas (peso y talla) para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC).
2. Toma estandarizada de la presión arterial, específicamente el dato de la presión arterial sistólica.
3. La siguiente información: sexo, edad, tabaquismo.

La anterior información se incluye en las tablas de clasificación del riesgo o incluso de ser posible en las calculadoras digitales como CardioApp de la OPS y al cruzar la información se obtiene el nivel de riesgo.



Tomado de: WHO updates Cardiovascular Risk Charts. En: https://www.who.int/news/item/02-09-2019-who-updates-cardiovascular-risk-charts

1.4. Clasificación del riesgo:

El riesgo se establece en cinco categorías y colores en las tablas de acuerdo con OMS/OPS (14):

- Bajo <5% (verde)
- Moderado 5% a <10% (amarillo)
- Alto: 10% a <20% (naranja)
- Muy alto 20% a <30% (rojo)
- Crítico o extremadamente alto ≥30% (marrón)

Es importante aclarar que en algunos documentos de la OMS/ISH (International Society of Hypertension) se pueden encontrar las categorías así:

- Bajo <10%
- Moderado: 10% a <20%
- Alto 20% a <30%
- Muy alto 30% a <40%
- Extremadamente alto ≥40%

La diferencia se debe principalmente a una adaptación metodológica y operativa que la OPS hizo para uso programático en salud pública en las Américas. Lo anterior, tuvo la intensión de considerar el nivel moderado con un porcentaje menor para efectuar una mayor sensibilidad en la necesidad de intervenciones preventivas tempranas.

En general, el porcentaje significa que, si observáramos a cien personas con la misma edad, sexo y factores de riesgo asociados y, por ejemplo, el riesgo estimado fuera de 25%, el resultado nos indicaría que 25 de estas 100 personas tendrán un episodio de infarto, accidente cerebrovascular o muerte cardiovascular durante los próximos 10 años (14)

De acuerdo con la Resolución 3280 de 2018 y los lineamientos del MSPS en caso de identificar riesgo cardiovascular moderado (de acuerdo con factores de riesgo), alto, muy alto y extremadamente alto se deberán remitir a los servicios de salud para que les sean realizados los siguientes exámenes: glicemia basal, perfil lipídico (colesterol de alta densidad HDL, colesterol de baja densidad LDL, colesterol total triglicéridos), creatinina y uroanálisis.

En general, de acuerdo con el nivel de riesgo identificado se recomiendan las siguientes acciones:

Categoría (OMS/OPS)	Riesgo a 10 años	Color	Intervención	Necesidad de canalización
Bajo	< 5 %	Verde	Continuar con las estrategias de promoción de la salud (alimentación saludable, actividad física, control de tabaco y sucedáneos y alcohol, control del peso, favorecer entornos saludables).	No requiere. No se indica tratamiento farmacológico.
Moderado	5 – < 10 %	Amarillo	Continuar con las estrategias de promoción de la salud (alimentación saludable, actividad física, control de tabaco y sucedáneos y alcohol, control del peso, favorecer entornos saludables). Focalizar intervenciones comunitarias.	No requiere. No se indica tratamiento farmacológico preventivo salvo presencia de comorbilidades específicas o la identificación de factores de riesgo como obesidad, presión arterial elevada, historia familiar o síntomas.
Alto	10 – < 20 %	Naranja	Priorizar intervenciones en programas colectivos; seguimiento cercano. Además de las intervenciones sobre el estilo de vida, se recomienda una vigilancia más estrecha de los factores de riesgo.	Canalizar para considerar el inicio de tratamiento farmacológico en casos de presión arterial persistentemente elevada o diabetes, según la evaluación clínica individual.
Muy alto	20 – < 30 %	Rojo	Se indica intervención intensiva sobre el estilo de vida y seguimiento continuo en programas de alto riesgo.	Canalizar para determinar el inicio de tratamiento farmacológico para hipertensión y/o diabetes, y considerar el uso de estatinas si el riesgo lipídico es elevado, incluso si no se dispone de laboratorio, basándose en el IMC y otros factores clínicos. El seguimiento debe ser más frecuente y estructurado.

Categoría (OMS/OPS)	Riesgo a 10 años	Color	Intervención	Necesidad de canalización
Extremadamente alto o Crítico	≥ 30 %	Rojo oscuro/marrón	Máxima prioridad en salud pública; manejo integrado y acceso rápido a servicios de salud especializados. El manejo debe ser multidisciplinario y el seguimiento estrecho, priorizando la reducción rápida y sostenida de los factores de riesgo modificables.	Canalizar para tratamiento farmacológico múltiple (antihipertensivos, hipolipemiantes, antidiabéticos según corresponda) junto con intervención intensiva sobre el estilo de vida.

Elaboración propia a partir de fuentes: 15-19.

Es importante reiterar que la presencia de hipertensión severa (≥180/110 mmHg de acuerdo con la AHA/ACC), diabetes mellitus, enfermedad renal crónica o antecedentes personales o familiares de enfermedad cardiovascular prematura se consideran de “Alto riesgo” y son indicaciones de remisión a los servicios de salud en caso de que la persona no lo haya realizado aún, igualmente se debe evaluar la adherencia a manejo farmacológico y no farmacológico en personas con diagnóstico.

2. Tamización de riesgo de diabetes mellitus tipo 2

2.1. Justificación:

En contextos de salud pública y en escenarios comunitarios, sin acceso a pruebas de laboratorio, la herramienta más recomendada y validada internacionalmente para estimar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 a 10 años es el Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC). Esta escala utiliza únicamente variables clínicas fácilmente obtenibles: edad, IMC, circunferencia de cintura, actividad física, consumo de frutas y verduras, antecedentes de hipertensión, historia familiar de diabetes e hiperglucemia previa, y ha mostrado un buen desempeño predictivo en múltiples poblaciones, siendo ampliamente usada en campañas comunitarias y de atención primaria (20).

Otras escalas sin requerimientos de laboratorio incluyen el ADA risk test, recomendado en las guías de la American Diabetes Association para la evaluación inicial en adultos asintomáticos, usa variables similares a FINDRISC, ambas con buena sensibilidad para identificar personas en riesgo y priorizar la necesidad de pruebas diagnósticas, especialmente en contextos de recursos limitados, siendo esta última la más utilizada y con mayor respaldo internacional. Por ello, la Guía de Práctica Clínica colombiana y la

Resolución 3280 de 2018 establecen su uso como escala de tamización en el país (21,22).

2.2. Población objeto:

La población objeto de la prueba FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score) son personas adultas de 18 años o más, aunque la mayor utilidad clínica y validación se ha realizado en adultos de mediana edad y mayores. Se realiza a personas sin diagnóstico previo de diabetes (1 y 2), con el fin de identificar riesgo de desarrollar diabetes en los próximos 10 años.

2.3. Acciones para la tamización:

Para estimar el riesgo de diabetes mellitus tipo 2 con Findrisc es necesario realizar:

1. Toma de medidas antropométricas (peso y talla) para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC) y toma de circunferencia abdominal.
2. Contar con la siguiente información: sexo, edad, actividad física, consumo de frutas y verduras, medicamentos para HTA, niveles altos de glucosa en el pasado, antecedente familiar de diabetes.

La anterior información se incluye en las tablas de clasificación del riesgo y se hace la sumatoria del puntaje obtenido en cada ítem.

Pregunta	Opciones	Puntaje
1. Edad	< 45 años	0
	45–54 años	2
	55–64 años	3
	> 64 años	4
2. IMC (kg/m²)	< 25	0
	25–30	1
	> 30	3
3. Perímetro de cintura	Hombres < 94 cm / Mujeres < 80 cm	0
	H: 94–102 cm / M: 80–88 cm	3
	H: > 102 cm / M: > 88 cm	4
4. Actividad física diaria ≥ 30 min	Sí	0
	No	2
5. Consumo diario de frutas, verduras o hortalizas	Sí	0
	No	1
6. Uso de medicación para hipertensión	No	0
	Sí	2

Pregunta	Opciones	Puntaje
7. Antecedentes de glucosa alta (en análisis o embarazo)	No	0
	Sí	5
8. Antecedentes familiares de diabetes	Ninguno	0
	Abuelos, tíos o primos hermanos	3
	Padres, hermanos o hijos	5

Se aclara que, con respecto al perímetro de cintura, en la versión actual recomendada por la OMS y adoptada en las guías internacionales, el punto de corte para perímetro abdominal normal en mujeres se ajustó de <90 cm a <80 cm. Este cambio puede implicar un aumento en la captación de mujeres clasificadas en categorías de riesgo moderado o alto; sin embargo, se encuentra justificado por la evidencia disponible que demuestra una asociación más estrecha entre perímetros abdominales ≥80 cm y la presencia de síndrome metabólico, resistencia a la insulina y mayor riesgo de diabetes tipo 2.

En coherencia con las pautas de la OMS y con la evidencia que sustenta el uso de umbrales más estrictos para el perímetro de cintura en mujeres, en los puntos “Cuídate, Sé Feliz” se debe utilizar el punto de corte <80 cm como rango normal para mujeres, manteniendo los intervalos 80–88 cm y >88 cm para la asignación de puntaje en FINDRISC. De esta manera se asegura la alineación con las recomendaciones internacionales vigentes y se mejora la capacidad de la estrategia de tamización para identificar tempranamente a las mujeres con mayor probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2 y síndrome metabólico, priorizando su canalización y seguimiento en los servicios de salud.

2.4. Clasificación del riesgo:

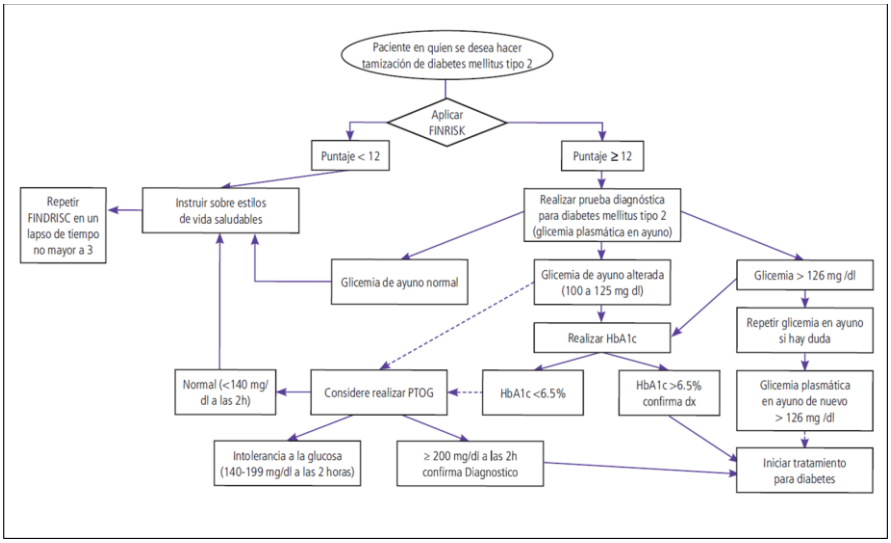
De acuerdo con la GPC colombiana para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años y las recomendaciones internacionales los resultados de la prueba se expresan como una puntuación total (rango habitual: 0-26 puntos) y se categorizan así:

- Bajo riesgo: <7 puntos (riesgo menor al 1%)
- Riesgo ligeramente elevado: 7-11 puntos (riesgo entre 1 y 4%)
- Riesgo moderado: 12-14 puntos (riesgo cercano al 17%)
- Riesgo alto: 15-20 puntos (riesgo cercano al 33%)
- Riesgo muy alto: >20 puntos (riesgo cercano al 50%).

En la literatura internacional y en estudios de validación en diferentes poblaciones, los puntos de corte para definir un riesgo elevado suelen situarse entre 10 y 15 puntos, dependiendo de la sensibilidad y especificidad deseadas para la detección de diabetes no diagnosticada (23-28), la GPC para Colombia establece que un resultado igual o mayor a 12 puntos requiere la remisión a los servicios de salud para la realización de prueba de

glicemia en ayunas o cualquier otro tipo de prueba de laboratorio (HbA1c o test de tolerancia oral a la glucosa) para la confirmación del diagnóstico.

Igualmente establece que puntajes menores a 12 se debe recomendar una nueva tamización en un tiempo no mayor a los 3 años a partir de la primera.



Fuente: tomado de la GPC colombiana para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años.

Para personas con puntuaciones bajas (<7-11 puntos), se recomienda mantener hábitos de vida saludables y reevaluar el riesgo periódicamente, sin necesidad de pruebas adicionales inmediatas.

El Findrisk permite estratificar el riesgo de diabetes tipo 2 y orientar el manejo: desde la promoción de estilos de vida saludables en personas de bajo riesgo, hasta la indicación de pruebas diagnósticas y la intervención intensiva en aquellos con riesgo elevado, optimizando así el uso de recursos en atención primaria (23-28).

Puntuación total	**Riesgo estimado a 10 años**	**Porcentaje de riesgo de diabetes**	**Conducta**	**Canalizar**
< 7	Bajo	1%	Se recomienda mantener hábitos saludables y reevaluar periódicamente, especialmente si cambian los factores de riesgo.	No

Puntuación total	Riesgo estimado a 10 años	Porcentaje de riesgo de diabetes	Conducta	Canalizar
7–11	Ligeramente elevado	4%	El riesgo es moderadamente mayor que la población general. Se aconseja reforzar la promoción de estilos de vida saludables, especialmente en alimentación y actividad física, y considerar seguimiento periódico.	No
12–14	Moderado	17%	Se recomienda intervención activa en hábitos de vida (dieta, actividad física, reducción de peso si corresponde) y considerar la realización de pruebas de laboratorio (glucemia en ayunas, HbA1c) para descartar diabetes no diagnosticada.	Sí
15–20	Alto	33%	Se deben realizar pruebas de laboratorio (glucemia en ayunas, HbA1c, o curva de tolerancia oral a la glucosa), iniciar intervención intensiva sobre factores modificables (nutrición, actividad física, control de peso), y seguimiento estrecho	Sí
> 20	Muy alto	50%	Es imprescindible realizar pruebas diagnósticas de laboratorio de forma inmediata, iniciar intervención intensiva multidisciplinaria y seguimiento estrecho.	Sí

Toma de glucometría:

Se recomienda realizar glucometría a las personas con tamizaje Frindisc igual o mayor de 12 puntos, personas que manifiestan síntomas sugestivos de hiperglicemia: poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso inexplicable o personas con diagnóstico ya confirmado de diabetes que mencionen presentar algún síntoma o malestar en el momento de la valoración (con la autorización expresa de la persona).

Es importante aclarar que la glucometría capilar no es equivalente a la glucosa plasmática de laboratorio, ya que puede verse afectada por variabilidad preanalítica, menor precisión y falta de estandarización, lo que limita su utilidad para el diagnóstico e incluso en la tamización, sin embargo, se considera de utilidad en los entornos cuidadores para personas con riesgo intermedio y alto y con diabetes para establecer la necesidad de conductas más inmediatas.

La interpretación de los resultados para personas diabéticas (no gestantes) es:

- Glucosa capilar preprandial (en ayunas): 90–130 mg/dL.
- Glucosa capilar posprandial (1–2 horas después de comer): <180 mg/dL.

Interpretación en personas sin diabetes:
En ayunas:

- 70–100 mg/dL: normal.
- 100–125 mg/dL: posible prediabetes, requiere confirmación.
- ≥126 mg/dL: sospecha de diabetes, requiere confirmación con laboratorio.

Posprandial:

- <140 mg/dL: normal;
- ≥140 mg/dL, requiere confirmación con laboratorio.

Valores iguales o mayores a 200 mg/dL: se debe remitir inmediato para confirmación de diagnóstico, indagar síntomas sugestivos de diabetes.
Valores por debajo de <70 mg/dL pueden sugerir hipoglicemia, en personas diabéticas evaluar la necesidad de ingesta de carbohidratos y nueva toma posterior a esta.

3. Tamización para la práctica de actividad física

La realización de actividad física (AF) de manera regular es beneficiosa para casi todas las personas, ya sean asintomáticas o padezcan alguna Condición Crónica No Trasmisible o discapacidades físicas. Sin embargo, las personas con ciertas enfermedades crónicas o limitaciones pueden necesitar orientación específica que posiblemente incluya una supervisión directa.

En tal sentido, la actividad física debe monitorizarse como un signo vital, ya que ningún otro signo o síntoma básico proporciona tanta información sobre el estado de salud de cualquier persona. La influencia de la actividad física sobre la salud física y mental es indiscutible, con sólida evidencia que demuestra su poder para mitigar enfermedades crónicas y mejorar la salud general.

Signo Vital de Actividad Física

El tamizaje para la práctica de actividad física comienza con el Signo Vital de Actividad Física (SVAF), el cual es una herramienta sencilla de detección que utilizan los profesionales de la salud para evaluar los hábitos de actividad física de cualquier persona durante los diferentes ciclos de vida de forma similar a la medición de signos vitales como la presión arterial o la frecuencia cardíaca. El Signo Vital de Actividad Física ayuda a identificar si las personas cumplen con las recomendaciones sobre los tiempos que se deben dedicar a la práctica de actividad física. Además, ayuda a identificar aquellas personas que podrían beneficiarse de la asesoría en actividad física o la derivación a programas de ejercicio.

Signo Vital de Actividad Física
1. En promedio, ¿cuántos días a la semana realiza actividad física de moderada a vigorosa (como una caminata rápida)? _____ días
2. En promedio, ¿cuántos minutos realizas actividad física a este nivel? _____ minutos (Multiplicar 1x2)
3. ¿Cuántos días a la semana realizas ejercicios de fortalecimiento muscular, como ejercicios con peso corporal o entrenamiento de resistencia? _____ días
4. ¿En un día típico, ¿Cuantas horas pasa usted sentado o recostado mientras está despierto? _____ horas

Auto reporte de Salud previo a la Actividad Física –ASPAF-Instituto Distrital de Recreación y Deporte

La promoción, aseguramiento y mantenimiento del estado de salud, tanto a corto como a largo plazo, del practicante de ejercicio debe ser la responsabilidad principal y prioridad fundamental en cualquier escenario donde se realice actividad física.

Hasta hace algunos años, las recomendaciones de ejercicio para los pacientes diagnosticados de una afección cardiaca patológica se centraban sobre todo en los atletas de competición que participaban en los niveles más altos del deporte, sin embargo, más del 90% de las muertes cardiacas súbitas relacionadas con el ejercicio se producen en la población general, y suelen afectar a hombres de mediana edad y mayores con enfermedad coronaria aterosclerótica

En ese orden, los objetivos de un proceso de evaluación de la salud previo a la participación en actividades físicas deben ser los siguientes.

1. Identificar a las personas que requieren autorización médica antes de iniciar un programa de ejercicios.
2. Detectar a quienes tienen afecciones médicas que podrían necesitar la exclusión temporal de los programas de ejercicios, hasta que dichas condiciones mejoren o se controlen adecuadamente.
3. Reconocer a aquellos con enfermedades clínicamente significativas que podrían beneficiarse de un programa de ejercicios supervisado médicamente.
4. Evaluar a las personas que desean aumentar la frecuencia, intensidad y/o volumen de su programa de ejercicios actual

En tal sentido, una vez aplicado el Signo Vital de la Actividad Física, el tamizaje para la práctica de actividad física continúa con la aplicación del Auto reporte de Salud previo a la Actividad Física –ASPAF desarrollado por el Instituto Distrital de Recreación y Deporte. Este cuestionario ha sido elaborado por profesionales de la salud y del deporte del Instituto Distrital de Recreación y Deporte IDRD con el propósito de orientar una práctica física segura, responsable y adaptada a la condición actual. Su objetivo es identificar posibles riesgos o señales de alerta que puedan requerir una valoración previa, para así promover su bienestar y prevenir lesiones o complicaciones.

El cuestionario indaga sobre posibles signos o síntomas que la persona haya experimentado en los últimos tres (3) meses y contiene ocho preguntas. Marcar como positiva alguna de las siete primeras preguntas implica que la persona que contesta el cuestionario debe ser direccionada a los servicios de salud para recibir una prescripción de ejercicio de acuerdo con su condición o en dado caso y después de la evaluación médica abstenerse. No *se debe marcar como afirmativa alguna de las preguntas si los síntomas fueron claramente por una gripa, caída o lesión reciente.*

Auto reporte de Salud previo a la Actividad Física –ASPAF-IDRD	
Solamente marque con una X si se identifica con la pregunta o frase.	
1. ¿Ha sentido dolor, presión o molestia en el pecho, cuello o mandíbula que dure más de 5 minutos, ya sea en reposo o al realizar esfuerzo físico (como subir escaleras o caminar rápido)?	X
2. ¿Ha sentido que el corazón late muy rápido, fuerte o irregular (como si “saltara”), acompañado de mareo o dolor en el pecho?	

3. ¿Ha sentido cansancio extremo o dificultad para respirar con actividades que antes hacía fácilmente (por ejemplo, caminar o tender la cama)?	
4. ¿Se ha desmayado o perdido el conocimiento durante o después del ejercicio, o ha tenido convulsiones en los últimos seis meses?	
5. ¿Le han dicho que tiene un soplo en el corazón y le han limitado el ejercicio físico por esa razón?	
6. ¿Ha notado que se le hinchan las pantorrillas o los tobillos (estando en Bogotá o a una altura similar) durante el día o la tarde, sin haber tenido golpes ni caídas?	
7. ¿Siente dolor o calambre en las piernas al caminar cortas distancias, que mejora al detenerse por unos minutos?	
8. ¿Se despierta con sensación de ahogo o necesita dormir con más de dos almohadas para poder respirar bien?	
No he tenido ninguno de los síntomas anteriores	

A través del ASPAF se detectará y direccionará a las personas que, por sus signos y síntomas clínicos, presentan un mayor riesgo de sufrir alteraciones que coloquen en riesgo su salud para que se tomen las medidas médicas necesarias (exámenes, tratamiento, seguimiento, rehabilitación entre otros) que determina si puede o no continuar su actividad deportiva usual.

4. Tamización para enfermedades respiratorias crónicas

4.1 Tamización de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 18 a 39 años

4.1.1 Justificación

La identificación precoz del asma y de otras enfermedades respiratorias crónicas en personas jóvenes adultas representa una estrategia esencial en salud pública, orientada a minimizar complicaciones clínicas y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos sanitarios. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial y poseen un impacto significativo en la calidad de vida de las personas jóvenes, generando además carga económica y social. La *Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 5.4, 2024)*, desarrollada por un comité multidisciplinario, indica que el diagnóstico temprano facilita el inicio oportuno de terapias antiinflamatorias, contribuyendo a prevenir el remodelado irreversible de las vías respiratorias y a reducir la frecuencia de exacerbaciones (37).

La guía también resalta factores emergentes que afectan la epidemiología del asma, tales como la obesidad materna durante la gestación, la exposición a contaminantes ambientales y la intensificación de fenómenos climáticos extremos. Estos determinantes, de alto impacto en salud pública, deben incorporarse en los programas de vigilancia comunitaria, ya que aumentan el riesgo de manifestaciones respiratorias en adultos jóvenes (38).

De manera adicional, la evidencia científica indica que las personas jóvenes con asma con control subóptimo presentan un deterioro progresivo de la función pulmonar con el tiempo. Este hallazgo respalda la implementación de acciones de tamización estructurada en el grupo etario de 18 a 39 años, incluso en presencia de síntomas leves o intermitentes. La detección temprana de estos casos permite intervenciones preventivas más eficaces y contribuye a preservar la trayectoria funcional de los individuos afectados (39).

4.1.2 Población objeto

La población objeto para la tamización de enfermedades respiratorias crónicas en adultos jóvenes comprende a individuos de 18 a 39 años, considerando que este grupo etario representa una ventana crítica para la detección temprana de asma, EPOC y otras patologías respiratorias crónicas. El asma en este grupo suele manifestarse de forma subclínica o con síntomas intermitentes, por lo que su identificación precoz permite prevenir deterioro funcional y exacerbaciones severas (39).

Se prioriza a individuos que presenten factores de riesgo conocidos, tales como antecedentes familiares de enfermedades respiratorias, exposición ocupacional o ambiental a contaminantes, tabaquismo activo y uso de dispositivos de vapeo, historia de infecciones respiratorias recurrentes durante la infancia, así como comorbilidades asociadas como obesidad, hipertensión o diabetes mellitus, que aumentan la vulnerabilidad frente a complicaciones respiratorias (40).

La inclusión de asma y otras enfermedades respiratorias crónicas en los programas de tamización permite integrar estrategias de prevención, educación en autocuidado y seguimiento clínico, optimizando los recursos disponibles y reduciendo la progresión hacia fases avanzadas de la enfermedad (41).

4.1.3 Acciones para la tamización

La tamización de enfermedades respiratorias crónicas en adultos jóvenes de 18 a 39 años se realiza mediante un instructivo estructurado, que puede ser respondido de manera autónoma por la persona o administrado por un profesional de salud capacitado. El propósito de esta metodología es identificar de forma precoz individuos con sospecha de

asma u otras enfermedades respiratorias crónicas, de modo que puedan recibir atención médica oportuna y prevenir complicaciones a largo plazo (42).

Se recomienda que el cuestionario sea leído en su totalidad por la persona antes de responder, registrando “Sí” si el síntoma o antecedente referido ha ocurrido y “No” si no ha ocurrido. Es fundamental evitar omitir pregunta para garantizar la validez del tamizaje. Las preguntas consideran eventos ocurridos a lo largo de la vida reciente, prestando especial atención a los últimos 12 meses (42).

Entre los pregunta evaluados se incluyen: presencia de “pitos o silbidos” en el pecho, tos nocturna predominante, síntomas respiratorios recurrentes estacionales o desencadenados por exposición a animales, polen, humo de tabaco o irritantes laborales, dificultad respiratoria asociada a ejercicio moderado o intenso, resfriados prolongados que comprometen la vía respiratoria baja, uso de medicamentos inhalados para alivio de síntomas, antecedentes personales de alergia diagnosticada y antecedentes familiares de asma o alergia.

Los criterios para la interpretación establecen que dos o más respuestas afirmativas constituyen un hallazgo de alerta, recomendando la canalización a la ruta de enfermedades respiratorias crónicas para valoración clínica y posible realización de espirometría u otras pruebas complementarias para confirmar o descartar asma u otra enfermedad respiratoria crónica. Además, se enfatiza la necesidad de acudir de forma inmediata a un servicio de urgencias ante signos de alarma como disnea intensa, dolor torácico o sensación persistente de opresión torácica (42).

El procedimiento debe seguir los siguientes pasos:

1. **Lectura completa del cuestionario:** El profesional de salud debe leer cada pregunta de manera clara y comprensible al paciente.
2. **Registro de respuestas:** Cada preguntase responde con “Sí” si el síntoma o antecedente ha ocurrido, y “No” si no ha ocurrido. Es fundamental evitar dejar pregunta sin respuesta para garantizar la validez del tamizaje.
3. **Periodo de referencia:** Las preguntas consideran eventos ocurridos a lo largo de la vida reciente, con énfasis en los últimos 12 meses.

4. Tamizaje ERC mayor de 18 años hasta 39 años.

RESPONDA LAS SIGUIENTES LAS PREGUNTAS:	**SI**	**NO**
¿Ha tenido alguna vez “pitos o silbidos” en el pecho?		
¿Ha tenido tos, sobre todo por las noches?		

¿Ha tenido tos, “pitos o silbidos” en el pecho, dificultad al respirar en algunas épocas del año o en contacto con animales, plantas, tabaco o en su trabajo?		
¿Ha tenido tos, “pitos o silbidos”, dificultad al respirar después de hacer ejercicios moderados o intensos?		
¿Ha padecido resfriados que le duren más de 10 días o le “bajan al pecho”?		
¿Ha utilizado medicamentos inhalados que le alivian o que le disminuyen estos síntomas?		
¿Tiene usted algún tipo de alergia? ¿Tiene algún familiar con asma o alergia?		

En caso de 2 o más respuestas afirmativas, recomendar consultar al médico de atención primaria para considerar realización de una espirometría para detectar si tiene ASMA
Fuente:construido a partir de Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) versión 5.4 . Madrid: Luzán 5; 2024 Available from: https://www.semg.es/images/2024/documentos/GEMA_54.pdf validado Fundación Neumológica de Colombia

4.1.4 Clasificación del riesgo:

La clasificación del riesgo en asma constituye una herramienta esencial dentro del abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), ya que permite estratificar a las personas según la gravedad de sus síntomas, la frecuencia de las exacerbaciones y la respuesta al tratamiento. Este proceso es fundamental para la toma de decisiones clínicas, el diseño de intervenciones comunitarias y la prevención de complicaciones respiratorias a largo plazo.
La Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) ha sido un referente internacional en la estandarización de criterios para el diagnóstico, control y clasificación del riesgo. En la versión 4.4 (2019), se establecieron parámetros claros que incluían la presencia de síntomas diurnos y nocturnos, la limitación de la actividad física, el uso de medicación de rescate y la función pulmonar medida a través de la espirometría, con el fin de categorizar a las personas en niveles de control y riesgo de exacerbaciones (40).

Posteriormente, la versión 5.4 (2024) fortaleció estos criterios, incorporando además un enfoque más preventivo orientado a la identificación temprana de signos de mal control y al papel del equipo de salud comunitario en la detección de personas en riesgo. Esta actualización resalta la importancia de intervenciones oportunas, en especial en poblaciones vulnerables como jóvenes vapeadores y personas con antecedentes familiares de asma o alergias, quienes presentan un mayor riesgo de desarrollar complicaciones (41).

La aplicación de estas guías por parte de personal de enfermería favorece la canalización oportuna de las personas hacia la ruta de atención de enfermedades respiratorias crónicas, garantizando la detección precoz y la continuidad en el seguimiento.

- **Tamizaje positivo:** Si la persona responde “Sí” a dos o más pregunta, se considera un hallazgo de alerta que requiere canalización a la ruta de enfermedades respiratorias crónicas para valoración, posible espirometría y confirmación diagnóstica.
- **Tamizaje negativo:** Si la persona responde “Sí” a menos de dos preguntas, se considera que no hay evidencia de alarma, aunque se recomienda educación en autocuidado y seguimiento rutinario por parte de enfermería.
- **Recomendaciones adicionales:** Ante signos de alarma como disnea intensa, dolor torácico o sensación persistente de opresión torácica, se debe remitir de forma inmediata al servicio de urgencias (43).

Este enfoque permite que el personal comunitario y de enfermería pueda actuar de manera rápida y estandarizada, priorizando la atención de las personas con mayor probabilidad de enfermedad respiratoria crónica (44).

Es pertinente precisar que en esta vigencia corresponde a la primera aplicación del tamizaje en los grupos de población de 0 a 17 años y de 18 a 39 años. Para la población de 40 años y más, en quienes ya se venía aplicando, se recomienda fortalecer su implementación mediante la observancia estricta de los lineamientos técnicos y normativos vigentes, así como la incorporación del cuestionario breve de riesgo de EPOC. La correcta aplicación del tamizaje es determinante para garantizar la validez y confiabilidad de los resultados, además de permitir ajustes metodológicos en futuras aplicaciones.

4.1.5 Tabla de canalización – Ruta ERC

Resultado del tamizaje	Acción recomendada	Responsable	Observaciones
0 – 1 respuestas afirmativas	Orientar en autocuidado y prevención (evitar humo de tabaco, polvo, contaminación, exposición a alérgenos). Reforzar seguimiento comunitario.	Enfermería	**No se canaliza** a la Ruta ERC. Mantener vigilancia periódica.
≥ 2 respuestas afirmativas	**Derivar a la Ruta de Enfermedades Respiratorias Crónicas**	Enfermería	**Canalización positiva.** Entregar

Resultado del tamizaje	Acción recomendada	Responsable	Observaciones
	(ERC) para valoración clínica, diagnóstico (espirometría) y plan de manejo.		información clara sobre la importancia de asistir a la cita.
Síntomas de alarma: dificultad respiratoria intensa, uso de músculos accesorios, coloración azulada, incapacidad para hablar por falta de aire.	**Remitir inmediatamente a urgencias** y, una vez estabilizado, ingreso a la Ruta ERC para seguimiento.	Enfermería	**Canalización urgente.** Activar ruta de atención prioritaria.
Diagnóstico previo de asma o EPOC sin control (uso excesivo de inhaladores, síntomas frecuentes, crisis recurrentes).	**Reincorporar o fortalecer el ingreso a la Ruta ERC** para ajuste de tratamiento y seguimiento.	Enfermería	**Canalización programática.** Reforzar adherencia terapéutica y educación en autocuidado.

Construcción propia a partir de las siguientes fuentes:

45.Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para la promoción y mantenimiento de la salud y la gestión de las enfermedades crónicas. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf

46.Grupo de trabajo de la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 5.4). Madrid: Luzán 5; 2024. Disponible en: https://www.semg.es/images/2024/documentos/GEMA_54.pdf validado Fundación Neumológica de Colombia

4.2 Tamización de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 40 años. Cuestionario breve de EPOC

4.2.1 Justificación

En adultos mayores de 40 años, las enfermedades obstructivas crónicas de las vías aéreas bajas, en particular la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), representan una carga creciente para los sistemas de salud, con una prevalencia subestimada debido al diagnóstico tardío. La iniciativa Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) desarrolló el cuestionario “Could it be COPD?” como herramienta de cribado comunitario validada, destinada a identificar personas con alta

probabilidad de EPOC utilizando solo cinco preguntas simples basadas en síntomas y exposición (1). Esta estrategia permite una identificación temprana en entornos no clínicos, facilitando la derivación oportuna y contribuyendo a reducir la progresión de la enfermedad y las exacerbaciones futuras.

El cuestionario es particularmente beneficioso para el personal de enfermería, ya que puede ser autoaplicado o administrado durante entrevistas estructuradas, promoviendo un enfoque preventivo. Su simplicidad y eficacia para predecir EPOC, al combinar síntomas crónicos de tos, producción de esputo, disnea funcional y antecedentes de tabaquismo, lo convierten en una herramienta clave para intervenir en fases tempranas y mejorar los resultados clínicos (2). La ejecución de este método en el ámbito comunitario fortalece la capacidad del sistema de salud para promover la detección temprana, derivar a tiempo y prevenir complicaciones en una población de riesgo.

4.2.2 Población objeto

La población objeto de tamización mediante el cuestionario breve de EPOC, desarrollado por la iniciativa GOLD, son adultos mayores de 40 años con exposición significativa a factores de riesgo respiratorio, especialmente el tabaquismo. Esta herramienta está diseñada para identificar de forma eficaz individuos con sospecha de EPOC mediante cinco preguntas esenciales que exploran síntomas comunes como tos crónica, producción de esputo, dificultad respiratoria al realizar actividades cotidianas, además de antecedente tabáquico y edad, que pueden responderse fácilmente por la persona o mediante entrevista estructurada por personal de enfermería (45). La simplicidad y precisión del cuestionario facilita su aplicación en territorio, favoreciendo la detección precoz y derivación oportuna hacia atención especializada, disminuyendo así la progresión silente de la enfermedad.

Esta estrategia de tamización temprana está alineada con los lineamientos técnicos-operativos del MSPS dirigidos a la atención de población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas. Dichos lineamientos estipulan que la identificación inicial debe incluir intervenciones individuales y comunitarias, con participación del talento humano técnico y comunitario, y con el propósito de garantizar la integralidad del cuidado —desde la detección hasta la rehabilitación y el seguimiento estratégico—, incluyendo la derivación a la Ruta de Atención en Salud para ERCs (47). Por tanto, la implementación del cuestionario no solo responde a la evidencia mundial de GOLD sino también a la normativa vigente en Colombia, fortaleciendo su pertinencia como herramienta en salud pública para enfermería.

4.2.3 Acciones para la tamización:

La aplicación efectiva del cuestionario breve de EPOC en adultos mayores de 40 años permite al equipo local (enfermería) desempeñar un rol clave en la detección oportuna de

sospechas de EPOC. El procedimiento comienza con una explicación clara al encuestado sobre el objetivo del cuestionario, enfatizando la sensibilidad del proceso y la confidencialidad. El cuestionario se completa mediante entrevista estructurada o mediante autoaplicación asistida, garantizando que cada uno de las cinco preguntas sea comprendido y respondido correctamente.

Posteriormente, se procede al conteo de respuestas afirmativas, interpretándose un total de dos o más como indicativo de riesgo elevado de EPOC. Ante este resultado, se instruye a la persona sobre la importancia de acceder a servicios de atención primaria para valoración clínica y realización de espirometría, así como sobre la prevención continua del tabaquismo y la exposición a contaminantes. Cuando el conteo es menor a dos, se brinda educación en autocuidado, abordando estilos de vida saludables, manejo ambiental y monitoreo de síntomas, y se programa un seguimiento comunitario en 3–6 meses.

El protocolo contempla también signos de alarma como disnea al reposo, cianosis o uso de músculos accesorios; su presencia amerita la derivación inmediata a servicios de urgencias, antes de cualquier plan de tamización. Estas acciones están en concordancia con los lineamientos del Ministerio de Salud y la norma colombiana para atención de enfermedades respiratorias crónicas, los cuales promueven intervenciones comunitarias articuladas con la atención primaria para garantizar la detección, diagnóstico y seguimiento oportunos (47–49). La correcta implementación de esta estrategia fortalece el vínculo entre la comunidad y el sistema de atención, asegurando una respuesta eficiente y centrada en prevenir el deterioro funcional y mejorar la calidad de vida en personas con riesgo de EPOC.

Procedimiento

El procedimiento debe seguir los siguientes pasos:

1. **Lectura completa del cuestionario:**
   El profesional de enfermería debe leer cada pregunta de manera clara, pausada y comprensible para el paciente.
2. **Registro de respuestas:**
   Cada pregunta debe contestarse con **“Sí”** si el síntoma o antecedente está presente, y con **“No”** si no lo está. Es fundamental evitar dejar preguntas sin respuesta para garantizar la validez del tamizaje.
   Total Positivo: Es la suma de todas las respuestas “Sí” que la persona mayor de 40 años haya dado en el tamizaje. Este valor permite identificar la presencia de posibles signos de alerta y respalda la clasificación como resultado positivo cuando se registran tres o más respuestas afirmativas.
   Total Negativo: Es la suma de todas las respuestas “No” que la persona mayor de 40 años haya dado en el tamizaje. Este valor permite confirmar la ausencia de

signos de alarma y respalda la clasificación como resultado negativo cuando se registran menos de tres respuestas afirmativas.

Resultado Positivo: Si la persona mayor de 40 años responde “Sí” a tres o más preguntas, se clasifica como un hallazgo de alerta que requiere canalización a la ruta de enfermedades respiratorias crónicas para valoración, posible espirometría y confirmación diagnóstica.

Resultado Negativo: Si la persona mayor de 40 años responde “Sí” a menos de tres preguntas, se considera que no hay evidencia de alarma; no obstante, se recomienda brindar educación en autocuidado y asegurar seguimiento rutinario por parte de enfermería.

3. **Periodo de referencia:**
   Las preguntas consideran eventos ocurridos en la vida reciente, con especial énfasis en los últimos 12 meses.

4. Tamizaje ERC mayor de 40 años. Cuestionario breve de EPOC

RESPONDA LAS SIGUIENTES LAS PREGUNTAS:	**SI**	**NO**
¿Tose muchas veces la mayoría de los días?		
¿Tiene flemas o mocos la mayoría de los días?		
¿Se queda sin aire más fácilmente que otras personas de su edad?		
¿Actualmente fuma o es un exfumador?		
¿Es mayor de 40 años?		

En caso de 3 o más respuestas afirmativas, recomendar consultar al médico de atención primaria para considerar realización de una espirometría para detectar si tiene EPOC

Fuente: construido a partir de Cuestionario “Could it be COPD”. Tomado de Global Iniciative for Chronic Obtructive Lung Disease (GOLD). validado Fundación Neumológica de Colombia

4.2.4 Clasificación del riesgo:

La clasificación del riesgo en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) permite identificar a los individuos con síntomas respiratorios y factores asociados, facilitando una detección temprana y una respuesta oportuna en los distintos niveles de

atención. Su aplicación es especialmente útil en el primer nivel, donde profesionales de enfermería pueden implementarla de manera sencilla y rápida.

El cuestionario breve de EPOC, basado en la herramienta internacional *"Could it be COPD?"* desarrollada por la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), es recomendado por los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS) como parte de la ruta de atención integral para las enfermedades respiratorias crónicas.

La interpretación se realiza según las respuestas afirmativas:

- **Bajo riesgo (0 – 1):** No se evidencian síntomas relevantes. Se recomienda promoción de hábitos saludables, educación comunitaria y seguimiento preventivo.
- **Riesgo medio (2 – 3):** Sugiere síntomas iniciales. Se requiere valoración médica y confirmación diagnóstica mediante espirometría.
- **Alto riesgo (≥ 4):** Existe alta probabilidad de EPOC. Se debe derivar de manera prioritaria a consulta médica y programas de manejo de enfermedades respiratorias crónicas.
- **Riesgo crítico (síntomas de alarma):** Presencia de disnea en reposo, tos persistente y severa, cianosis o dificultad para hablar. Se requiere canalización inmediata a servicios de urgencias.

Esta clasificación facilita la toma de decisiones clínicas, mejora la canalización en la ruta de enfermedades respiratorias crónicas y fortalece la capacidad resolutiva en la atención primaria.

4.2.5 Tabla de canalización para EPOC

Es pertinente precisar que en esta vigencia corresponde a la primera aplicación del tamizaje en los grupos de población de 0 a 17 años y de 18 a 39 años. Para la población de 40 años y más, en quienes ya se venía aplicando, se recomienda fortalecer su implementación mediante la observancia estricta de los lineamientos técnicos y normativos vigentes, así como la incorporación del cuestionario breve de riesgo de EPOC. La correcta aplicación del tamizaje es determinante para garantizar la validez y confiabilidad de los resultados, además de permitir ajustes metodológicos en futuras aplicaciones.

Resultado del cuestionario	**Clasificación de riesgo**	**Acción recomendada**

0 – 1 respuestas afirmativas	Bajo riesgo	Reforzar medidas de autocuidado y control de exposición a factores de riesgo. Seguimiento comunitario en 6 meses.
2 – 3 respuestas afirmativas	Riesgo medio	Posible EPOC → Canalización a ruta ERC para recomendar valoración médica para posible espirometría y seguimiento en 3 meses.
≥ 4 respuestas afirmativas	Alto riesgo	Alta probabilidad de EPOC → canalización a ruta ERC para consulta médica prioritaria para diagnóstico y manejo especializado. Considerar canalización directa a programa de enfermedades respiratorias crónicas.
Síntomas de alarma (disnea en reposo, dificultad para hablar, cianosis, uso de músculos accesorios)	Riesgo crítico	Derivar de manera inmediata a servicio de urgencias.

Construcción propia a partir de las siguientes fuentes:

50. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). *Could it be COPD?* (Internet). GOLD; 2023 (citado 2025 Ago 16). Disponible en: https://goldcopd.org validado Fundación Neumológica de Colombia

5. Clasificación del riesgo en los cánceres priorizados: Cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de colon y recto y cáncer de próstata

5.1 Justificación

El riesgo de desarrollar cáncer está determinado por una compleja interacción de factores no modificables, comportamientos de consumo y exposiciones ambientales. Esta enfermedad crónica no transmisible se ha constituido en un desafío para la Salud Pública del Distrito; considerando que es la primera causa de muerte prematura, el impacto creciente sobre el sistema de salud, las familias y la productividad social.

Esta realidad plantea la urgencia de pasar de un enfoque reactivo (centrado en el tratamiento de la enfermedad) hacia un enfoque predictivo y preventivo, que permita anticiparse al riesgo y reducir su impacto. En la actualidad cáncer no cuenta con una escala universalmente aceptada y validada para la clasificación del riesgo.

En este contexto se desarrolla una propuesta de clasificación del riesgo para los cánceres priorizados por incidencia, posibilidad de erradicación y disponibilidad de pruebas de

tamizaje; a partir de la edad de mayor riesgo, comportamientos de consumo y exposiciones ambientales.

5.2 Población Objeto:

La población objeto varía de acuerdo con cada tipo de cáncer.

5.3 Acciones para la clasificación del riesgo

Tipo de cáncer	***Población Objeto***	***Signos de alerta***	***Adherente a tamizaje, diagnóstico y tratamiento***	***Comportamientos de consumo y exposiciones ambientales***	***Nivel de riesgo***
Cáncer de cuello uterino	Mujeres sintomáticas	Si	No aplica	No aplica	***Alto***
	Mujeres menores de 25 años con factores de riesgo 25-29 Años 30-65 Años	No	No	Con y sin	Moderado
		No	Si	Si	Bajo
		No	Si	NO	Sin riesgo
Cáncer de mama	Mujeres sintomáticas	Si	No aplica	No aplica	***Alto***
	Mujeres mayores de 40 años Mujeres de 50 a 69 años	No	No	Con y sin	Moderado
		No	Si	Si	Bajo
		No	Si	NO	Sin riesgo
Cáncer de colon y recto	Mujeres y Hombres sintomáticos	Si	No aplica	No aplica	***Alto***
	Mujeres y hombres entre los 50-75 años	No	No	Con y sin	Moderado
		No	Si	Si	Bajo
		No	Si	NO	Sin riesgo
Cáncer de Próstata	Hombres sintomáticos	Si	No aplica	No aplica	***Alto***
		No	No	Con y sin	Moderado

Tipo de cáncer	*Población Objeto*	*Signos de alerta*	*Adherente a tamizaje, diagnóstico y tratamiento*	*Comportamientos de consumo y exposiciones ambientales*	*Nivel de riesgo*
		No	Si	Si	Bajo
		No	Si	NO	Sin riesgo

- El riesgo Alto en cáncer se da por la presencia de signos de alerta independiente de la edad de la población objeto.
- El riesgo moderado se presenta por la no adherencia a las pruebas de tamizaje en la población objeto de tamizaje.
- El riesgo bajo se da por la presencia de comportamientos de consumo y exposiciones ambientales sin protección, con adherencia a esquemas de tamizaje en población objeto.
- La población sin riesgo es aquella que tiene adherencia a los esquemas de tamizaje, no tiene comportamientos de consumo y se protege de las exposiciones ambientales.

5.4 Clasificación del riesgo

Nivel de riesgo	**Acción clínica**	**Acción preventiva / promocional**
Alto	***Atención médica prioritaria***	**Educación para la Salud Pública (ESP) - Educación Transformadora *para lograr adherencia a diagnóstico y tratamiento.***
		Cáncer de cuello uterino: Educación para la Salud Pública (ESP) - Educación Transformadora para fortalecer adherencia a prácticas saludables para reducir el riesgo.
Moderado	No aplica	Cáncer de cuello uterino: Educación para la Salud Pública (ESP) - Transformadora para fortalecer adherencia a pruebas de tamizaje Mujeres menores de 25 años con FR citología vaginal cada 3 años. Mujeres entre los 25-29 años citología vaginal cada 3 años.

Nivel de riesgo	Acción clínica	Acción preventiva / promocional
		Mujeres entre los 30-65 años prueba del Virus del Papiloma Humano, cada 5 años)
		Cáncer de mama, colon y recto, próstata: Educación para la Salud Pública (ESP) - Educación Transformadora para fortalecer adherencia a prácticas saludables para reducir el riesgo. Tener en consideración Antecedentes familiares y personales.
		Cáncer de mama: Educación para la Salud Pública (ESP) - Educación Transformadora para fortalecer adherencia a pruebas de tamizaje Mujeres mayores de 40 años Examen Clínico de mama cada año Mujeres entre los 50-69 años mamografía bianual
		Cáncer de colon y recto: Educación para la Salud Pública (ESP) - Educación Transformadora para fortalecer adherencia a pruebas de tamizaje Mujeres y Hombres entre los 50-75 años sangre oculta cada 2 años.
		Cáncer de próstata: Educación para la Salud Pública (ESP) - Educación Transformadora para fortalecer adherencia a pruebas de tamizaje Hombres entre los 50-75 años Antígeno Prostático y Tacto rectal cada 5 años.
Bajo	No aplica	Educación para la Salud Pública (ESP) - Educación Transformadora para fortalecer adherencia a prácticas saludables para reducir el riesgo de cáncer.
Sin riesgo	No aplica	Educación para la Salud Pública (ESP) - Educación Transformadora para fortalecer el mantenimiento de las prácticas saludables.

- En el riesgo alto es importante recomendar la consulta médica prioritaria para definición diagnostica.

- En el riesgo moderado es importante recomendar la realización del tamizaje pendiente de manera prioritaria y la educación en salud fortalecer adherencia a prácticas saludables para reducir el riesgo en cáncer.
- En el riesgo bajo se realizan la educación en salud fortalecer adherencia a prácticas saludables para reducir el riesgo en cáncer.

3. Talento humano en salud a cargo

1. **Profesional universitario 2 (profesional en enfermería),**
   Quién realizará las siguientes acciones:

- Diligenciamiento de la ficha para el registro en puntos “Cuídate, Sé Feliz” (ver caja de herramientas).
- Toma de oximetría y frecuencia cardiaca al 100% de los usuarios tamizados en los puntos Cuídate.
- Orientación sobre hábitos de vida saludables:
  - Alimentación saludable: se recomienda una dieta basada en el consumo abundante de verduras, frutas, granos integrales, legumbres, frutos secos, proteínas magras (incluyendo pescado y aves), y lácteos bajos en grasa. Debe minimizarse la ingesta de carnes rojas y procesadas, grasas saturadas y trans, azúcares añadidos, sal y bebidas azucaradas. El patrón dietético debe ser variado y adaptado a las necesidades energéticas individuales, priorizando alimentos densos en nutrientes y limitando los ultraprocesados. Reducir el consumo de sal como medida para prevenir el aumento de la presión arterial.
  - Evitar el consumo de tabaco y sucedáneos: el tabaquismo debe evitarse completamente, ya que no existe un nivel seguro de exposición. La cesación tabáquica es prioritaria en cualquier estrategia de promoción de salud.
  - Evitar el consumo de alcohol en general, con especial énfasis en personas con riesgo o diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes.
  - Mantener un peso corporal saludable: cálculo del índice de masa corporal (IMC). La prevención y el manejo del sobrepeso y la obesidad requieren la combinación de dieta saludable, actividad física y, cuando sea necesario, intervenciones adicionales.
  - Promover el sueño adecuado y la gestión del estrés: Dormir entre 7 y 9 horas por noche y adoptar estrategias para el manejo del estrés contribuyen a la salud cardiovascular y metabólica.
- Relación entre la salud visual, la salud auditiva y la salud bucal con las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Recomendar el autoexamen de mama y autoexamen de testículo como técnica de autocuidado.

- Elaboración de plan de autocuidado para usuarios que tengan riesgos de condiciones crónicas con la estrategia de las 5 As. El plan de automanejo se realizará a los usuarios que cumplan los siguientes criterios:
  - Personas con índice de masa corporal en rango de desnutrición, sobrepeso u obesidad.
  - Tabla de estratificación de riesgo cardiovascular AMR B de la OMS: riesgo alto, muy alto y extremadamente alto.
  - Tamizaje de escala Finnish Diabetes Risk Score (Findrisc) (positivo: puntuación ≥12 en la sumatoria total).
  - Persona con diagnóstico, no adherentes a tratamiento y sin controles de: obesidad, hipertensión, diabetes, enfermedad respiratoria crónica, cáncer.
  - Persona con resultado positivo en el cuestionario para enfermedades respiratorias crónicas.
  - Persona con diagnóstico de EPOC y/o asma sin aplicación vacuna influenza y neumococo y sin toma de espirometría.
  - Persona en riesgo o alteraciones visuales y auditivas.
- Realizar proceso de canalización de las personas identificadas con riesgo y demás que de acuerdo con criterio del profesional lo requiera de acuerdo con los criterios de canalización adjuntos en el instructivo de canalizaciones (incluir la opción de canalización a otros entornos y a la oferta social del distrito).

2. **Perfil técnico 1 en salud,**
   Quién realizará las siguientes acciones:

- Verificación de la afiliación a salud.
- Toma de medidas antropométricas (peso – talla – perímetro abdominal)
- Toma de la presión arterial de manera estandarizada.
- Diligenciamiento del carné con las variables establecidas.
- Direccionar al usuario para que continúe el proceso con los profesionales del punto.
- Realizar demanda inducida a las personas que transiten en el espacio público para que participen en la estrategia.

3. **Profesional universitario 2 (Fisioterapeuta o educador físico)**
   Desarrollo de actividades para población en general, para la promoción y practica desde un enfoque transformador a partir de canales educativos y pedagógicos en:

- Consejería breve en consumo nocivo de alcohol, tabaco y uso de sistemas electrónicos con y sin administración de nicotina.
- Recomendaciones en actividad física.
- Recomendación del manejo adecuado del tiempo libre ocio responsable
- Mejor tolerancia a situaciones estreso génicas.
- Detalle en la ficha de educación.

4. Periodicidad del reporte

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles de talento humano	Entregables
Tamización para riesgo cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades respiratorias crónicas	Mensual	Profesional Universitario 2 (enfermero/a)	• Ficha para el registro en los puntos • Formato de canalizaciones. • Archivo plano aplicativo
Toma medidas antropométricas, toma presión arterial, frecuencia cardiaca, oximetría y aporte a la tamización para riesgo cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades respiratorias crónicas	Mensual	Perfil técnico 1 (auxiliar de enfermería)	
Tamización (herramienta sobre actividad física)	Mensual	Profesional Universitario 2 (fisioterapeuta / educador físico)	Descarga base sesiones colectivas GESI (Educador físico)

5. Metodología para la tamización

5.1. Elementos necesarios:

1. Báscula digital de piso con capacidad hasta 150 Kg y sensibilidad de 50 a 100 g. Con niveladores de altura mínimo de 2 cm, antideslizantes y capaz de absorber las desnivelaciones del piso. Debe contar con la hoja de vida del equipo dónde se incluyan las verificaciones intermedias y calibraciones periódicas con firma por personal autorizado para tal fin (mínimo cada seis meses).
2. Tallímetro desmontable con base o plataforma para los pies y tope móvil. Alcance de medición de 100 a 200 cm, con división de escala en milímetros, y sensibilidad de 1mm. Debe contar con la hoja de vida del equipo.
3. Cinta métrica corporal con alcance de 2 metros, con sensibilidad de 1mm, material flexible y sistema retráctil. No metros de costura, NO metros de construcción o fabricados para otro fin ya que con el uso tienden a deformarse y no cumplen con los criterios de calidad requeridos para la toma este dato. Se podrá contar con cinta métrica metálica, con ancho máximo de 0.5 cm.

4. Tensiómetro análogo o digital debe contar con la hoja de vida del equipo dónde se incluyan las verificaciones intermedias y calibraciones periódicas con firma por personal autorizado para tal fin (mínimo cada seis meses).
5. Pulsioxímetro de batería las cuales deben permitir al menos 2500 comprobaciones puntuales calculadas a 30 s por comprobación puntual, o al menos 21 horas de funcionamiento, las baterías pueden ser de un solo uso o recargables con un cargador externo de baterías de CA o mediante una conexión USB. Se prefieren las baterías recargables. Si es recargable, la operación debe ser posible mientras se carga.
6. Glucómetro
7. Lancetas o agujas
8. Algodón (torundas)
9. Guardián.
10. Guantes limpios
11. Tiras reactivas para test de glucosa en sangre.
12. Carpa desarmable con dimensión mínima de 3x3 metros con estructura tubular; cubierta de material impermeable y blackout.
13. Tapete impermeable lavable (que permita garantizar seguridad y comodidad de la persona que se descalza para la toma de medidas).
14. Mesa desarmable plástica mínimo 2 y mínimo 7 sillas plásticas resistentes.
15. Gel antibacteriano.
16. Papelería suficiente.
17. Canecas y bolsas para depositar residuos (roja y verde).
18. Rotafolio Vida Saludable y Condiciones Crónicas No Transmisibles relacionado con hábitos saludables.
19. Módulos de alimentos: modelos recomendados según las guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana más comunes, que orientan el consumo de alimentos y facilitan el reconocimiento en la distribución de nutrientes y a explicar qué cantidad y variedad puede consumir.
20. Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana https://www.icbf.gov.co/guias-alimentarias-basadas-en-alimentos-para-la-poblacioncolombiana-mayor-de-2-anos
21. Carpeta con tablas de referencia y gráficas para promoción de hábitos saludables (actividad física, alimentación saludable, tabla de predicción de riesgo cardiovascular OMS – AMR B (personas con diabetes y sin diabetes) y resultados a color - plastificada y otros requeridos) y formatos de cuestionario breve de EPOC.
22. Teléfono móvil con plan de datos.
23. Ruleta informativa de Índice de radiación solar ultravioleta (IUV).
24. Planes de automanejo suficientes impresos a color en papel Ecológico (EarthPact) 220 g Es importante resaltar que el carné debe contar con las condiciones especificadas durante el 100% de los días en que se desarrolle el producto. El

modelo que debe ser impreso se encuentra en la caja de herramientas, (medidas de 21 cm de largo X 13cm de ancho).

25. Tarjeta de condiciones crónicas de salud y embarazo, impresa a color en papel Ecológico (EarthPact) 220 g la cual debe ser entregada al 100% de las mures en edad fértil que sean tamizadas en puntos Cuídate, Sé feliz (medidas 10.5 x 13.5 cm).
26. Alcohol desinfectante para aplicar en spray a materiales que entran en contacto con las personas.

5.2. Toma de medidas antropométricas

Toma de las medidas antropométricas basada en la Resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social *"Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones".*

1. **Toma del peso:**

a) Poner la báscula sobre una superficie plana y firme y asegurarse de que esté tarada o en cero (0).
b) Solicitar al usuario que se ponga de pie sobre las plantillas ubicadas en la superficie de la báscula con la mínima cantidad de ropa posible y que esté en posición recta y erguida.
c) Si la balanza es mecánica ubicar las piezas móviles para obtener el peso exacto o si es electrónica o digital, solo leer el resultado.
d) Anotar el peso exacto en kilogramos con una aproximación de 50 a 100 gramos, según la sensibilidad del equipo.
e) Bajar al usuario de la báscula o balanza.
f) Revisar la medida anotada y repetir el procedimiento para validarla. Compararla con la primera medida, si varía en más de dos veces el valor de la sensibilidad de la báscula, pese por tercera vez. Promedie los dos valores más cercanos; ejemplo, si la sensibilidad de la balanza son 100 gramos y en la segunda medición se obtiene una variación mayor a 100 gramos, se debe hacer una tercera medición y promediar los dos valores más cercanos.

2. **Toma de la talla:**

Talla en mayores de 2 años. Realizar los siguientes pasos:

a) Poner el tallímetro sobre una superficie plana y contra una pared que no tenga guarda escobas. Es importante que en la base estén dibujadas las plantillas o huellas de los pies para indicar mejor la posición en donde debe quedar el usuario.

b) Ubicar al usuario contra la parte posterior del tallímetro, con los pies sobre las plantillas, en posición erguida con los talones juntos y las rodillas rectas. Pueden presentarse usuarios que probablemente no pueden juntar totalmente los pies. Verificar que no existan adornos puestos en la cabeza ni zapatos.
c) Verifique que la parte de atrás de los talones, las pantorrillas, los glúteos, el tronco, los hombros y espalda toquen la tabla vertical. Los talones no deben estar elevados y los brazos deben colgar a los lados del tronco con las palmas hacia los muslos. Un acompañante puede sostener y presionar suavemente con una mano las rodillas y con la otra los tobillos contra la tabla vertical.
d) Solicitar al usuario que mire al frente y posteriormente sujetar su mentón para mantener la cabeza en esta posición (Plano de Frankfort) y pedir que realice una inspiración profunda sin levantar los hombros. Con la mano derecha deslizar la pieza movible hacia el vértice (coronilla) de la cabeza, hasta que se apoye suavemente sobre ésta. Cuidar que la persona no doble la espalda ni se empine.
e) Una vez la posición del usuario esté correcta, leer rápidamente el valor que marca la pieza movible ubicándose frente a ella y anotarlo con una aproximación de 0.1 cm. la pieza movible de la cabeza del usuario y la mano del mentón.
f) Revisar la medida anotada y repetir el procedimiento para validarla. Compararla con la primera medida si varía en más de 0.5 cm, medir por tercera vez y promediar los dos valores que tengan una variabilidad hasta de 0.5 cm.

3. Toma de la circunferencia o el perímetro de la cintura

a) El usuario debe estar de frente al evaluador, debe estar de pie en forma recta, abdomen relajado, brazos a los lados y pies juntos.
b) El punto anatómico recomendado para ubicar la cintra métrica es el plano horizontal ubicado a la mitad de la distancia entre el borde inferior de la última costilla y la cresta ilíaca, generalmente a nivel del ombligo, utilizando una cinta métrica flexible y no elástica, asegurando que esté ajustada, pero sin comprimir la piel. Esta técnica es consistente con los protocolos internacionales y garantiza la reproducibilidad y comparabilidad de los resultados.
c) Para hallar con mayar facilidad el punto anatómico, se debe trazar una línea imaginaria que parta del orificio de la axila hasta la cresta iliaca y sobre esa línea se identifica el punto medio entre el último arco costal (costilla) y la parte superior de la cresta ilíaca (cadera), esta será la ubicación de la cintura.
d) La cinta se ubica sobre ese punto medio y paralela al piso. La medición se realiza al final de una espiración normal, verificando que la cinta no está ni muy apretada ni muy suelta y se lee el número que aparece en la intersección registrando el dato en centímetros.

5.2.1. Interpretación de las medidas antropométricas y uso en las escalas de tamización:

El peso y la talla se utilizan para el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC), requerido para el cálculo de riesgo cardiovascular de la OMS y para el cálculo de Findrisc para Diabetes. El perímetro abdominal o de cintura solo se utiliza para el cálculo de Findrisc para Diabetes.

Es importante establecer los rangos adecuados de estas mediciones:

a. Índice de Masa Corporal (IMC):

El índice de masa corporal (IMC) se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la altura en metros al cuadrado:

$$\textbf{IMC} = \text{peso (Kg)} / \text{altura (m)}^2$$

Esta fórmula es universalmente aceptada para la evaluación inicial del estado ponderal tanto en adultos como en niños y adolescentes.

Interpretación en adultos:

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud los puntos de corte estándar para adultos son:

- IMC < 18,5: bajo peso
- IMC 18,5–24,9: normopeso
- IMC 25,0–29,9: sobrepeso
- IMC ≥ 30,0: obesidad

Estos puntos de corte son independientes de la edad y el sexo.

Es importante mencionar que, de acuerdo con las últimas recomendaciones internacionales, el IMC continúa siendo una herramienta útil para establecer sobrepeso y obesidad, sin embargo, no distingue entre masa magra y grasa, y su sensibilidad para detectar adiposidad excesiva es limitada, especialmente en individuos con alta masa muscular o en ciertas etnias.

La escala de Findrisc que como se mencionó previamente se utiliza para mayores de 18 años, establece la siguiente puntuación de acuerdo con el IMC:

IMC	**Puntuación**
Menos de 25 kg/m^2	0 puntos
Entre 25-30 kg/m^2	1 punto

Más de 30 kg/m^2	3 puntos

b. Perímetro de cintura:

En el contexto del Findrisc, el valor del perímetro de cintura se interpreta según puntos de corte específicos por sexo y, en algunas adaptaciones, por grupo étnico.
De acuerdo con la mayoría de las validaciones internacionales, los puntos de corte son:

- ≥94 cm en hombres y
- ≥80 cm en mujeres,

Considerándose estos valores como umbrales de riesgo metabólico aumentado. En algunas adaptaciones para poblaciones latinoamericanas, se han propuesto puntos de corte alternativos, pero los valores mencionados siguen siendo los más utilizados y validados en la literatura y por ende recomendados para la valoración en los puntos Cuídate.
Un perímetro de cintura igual o superior a estos umbrales se asocia con mayor riesgo de resistencia a la insulina, diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular.

La escala de Findrisk establece la siguiente puntuación con relación a esta medida:

Hombres	**Mujeres**	**Puntuación**
Menos de 94 cm	Menos de 80 cm	0 puntos
Entre 94-102 cm	Entre 80-88 cm	3 puntos
Más de 102 cm	Más de 88 cm	4 puntos

5.3. Toma de la presión arterial (PA)

Medición de la presión arterial (PA) de acuerdo con las recomendaciones específicas para esta valoración y equipo calibrado.
El procedimiento estandarizado para la toma de la presión arterial (PA) en adultos requiere una serie de pasos para asegurar la precisión y reproducibilidad de los resultados:

a) La persona debe estar sentada, con la espalda apoyada, pies en el suelo (no cruzados), brazo descubierto y apoyado a nivel del corazón, tras al menos 5 minutos de reposo, idealmente 15 minutos de ser posible, en un ambiente tranquilo.
b) Se debe evitar la ingesta de cafeína, ejercicio y tabaco al menos 30 minutos antes de la medición, y la persona debe haber vaciado la vejiga previamente.
c) Ni la persona ni el observador deben hablar durante el reposo ni durante la medición.
d) La ropa debe retirarse del área de colocación del manguito.

e) El manguito debe ser de tamaño adecuado, cubriendo al menos el 75-100% de la circunferencia del brazo, y su centro debe situarse a la altura de la aurícula derecha (punto medio del esternón).
f) El dispositivo debe estar validado y calibrado periódicamente.
g) Se recomienda medir la PA en ambos brazos y recomendar a la persona que mencione el brazo con la lectura más alta para mediciones subsiguientes.
h) Se deben realizar al menos dos mediciones separadas por 1-2 minutos, promediando los valores para la interpretación clínica.
i) En el caso de la técnica auscultatoria, se recomienda inflar el manguito 20-30 mmHg por encima de la presión sistólica estimada por palpación y desinflar a una velocidad de 2 mmHg por segundo, registrando la presión sistólica en el primer sonido de Korotkoff y la diastólica en la desaparición del sonido.

La interpretación de los resultados en adultos actualmente varía entre las guías de Estados Unidos (American Heart Association (AHA) con la American College of Cardiology (ACC)) y las guías europeas (European Society of Cardiology/European Society of Hypertension, ESC/ESH):

Categoría	ESH 2023	ESC 2024	ACC/AHA 2025
Normal	PS <120 y PD < 80 mmHg (óptimo) PS 120-129 y/o PD 80-84 mmHg (normal)	PS <120 y PD <70 mmHg	PS <120 y PD <80 mmHg
Elevada	PS 130-139 y/o PD 85-89 mmHg	PS ≥120-139 o PD 70-89 mmHg.	PS 120-129 y PD <80 mmHg
Hipertensión	Hipertensión grado 1: PS 140-159 y/o PD 90-99 mmHg	PS ≥140 o PD ≥90 mmHg.	Hipertensión estadio 1: PS 130-139 o PD 80-89 mmHg
	Hipertensión grado 2: PS 160-179 y/o PD 100-109 mmHg	No separa por grados o estadios	Hipertensión estadio 2: PS ≥140 o PD ≥90 mmHg
	Hipertensión grado 3: PS ≥180 y/o PD ≥110 mmHg		Hipertensión severa (asintomático) PS >180 y/o PD > 120 mmHg
			Emergencia hipertensiva (sintomático*) PS >180 y/o PD > 120 mmHg

PS: presión arterial sistólica, PD: presión arterial diastólica
*Síntomas: dolor en el pecho, dificultad para respirar, dolor de espalda, entumecimiento, debilidad, cambios en la visión o dificultad para hablar.

Para Colombia, de acuerdo con la GPC y el Consenso de expertos sobre el manejo clínico de la hipertensión arterial en Colombia de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía, la hipertensión arterial se define cuando las cifras tensionales son iguales o mayores que 140/90 mm Hg (IIb- recomendado) (recomendación adecuada o de primera línea) (29,30).

5.4. Toma de la glucometría

Como se mencionó previamente, la toma de glucometría no se requiere para el cálculo del riesgo cardiovascular OMS ni para diabetes a través de Findrisc, sin embargo, se debe realizar en personas que manifiestan síntomas sugestivos de diabetes: polidipsia, polifagia, y poliuria, personas con diagnóstico de diabetes que manifiestan no tener seguimiento médico o adherencia a tratamiento o manifestación de síntomas sugestivos de hipoglicemia y se sugiere en Findrisc igual o mayor a 12 puntos.

El procedimiento adecuado para la medición de glucosa capilar con glucómetro en el espacio público requiere la autorización por parte de la persona, una estricta adherencia a medidas de higiene y bioseguridad.

- Se debe realizar lavado de manos con agua y jabón y secado completo antes de la punción; si esto no es posible y las manos no están visiblemente sucias ni han estado en contacto con sustancias azucaradas, puede descartarse la primera gota y utilizar la segunda, ya que la contaminación o presión excesiva pueden alterar los resultados.
- El sitio habitual es la yema del dedo, evitando el uso de dispositivos de punción reutilizables, se deben usar lancetas estériles y personalizadas, asegurando la disposición segura de lancetas y tiras reactivas en contenedores para objetos punzocortantes, incluso en el ámbito comunitario, para evitar riesgos de exposición a sangre y residuos biológicos. Se debe hacer uso de guantes desechables para su toma.
- Si la persona no se encuentra en ayunas, se debe aclarar que se trata de una glicemia ocasional.

La interpretación del resultado depende del contexto, si el usuario se encuentra en ayuno o por el contrario ha comido y el tiempo que ha pasado desde la última comida. Es fundamental correlacionar el resultado con el estado clínico y, ante discordancia, repetir la medición o derivar a servicios de salud con laboratorio si es posible.
La medición puntual **no** es diagnóstica de diabetes, pero puede orientar la necesidad de evaluación médica ulterior.

La interpretación de la glucometría se mencionó previamente en la sección de tamización de diabetes mellitus tipo 2.

Es importante recalcar que la glucemia capilar puede diferir de la plasmática venosa y que la variabilidad biológica y la precisión del glucómetro pueden influir en la interpretación, especialmente en valores cercanos a los puntos de corte diagnósticos. Por tanto, resultados anómalos deben confirmarse con pruebas de laboratorio estandarizadas (31).

5.5. Toma de Oximetría y frecuencia cardiaca.

La toma de la oximetría y frecuencia cardiaca se debe realizar al 100% de las personas tamizadas en los puntos.

a) Para la toma colocar el fotodiodo emisor de luz (luz roja) hacia el lecho ungueal y el fotodiodo receptor (no emite luz) en el lado opuesto.
b) Asegúrese que la onda del pulso sea la adecuada en intensidad y ritmo, solicitar al usuario que mantenga el dedo estático para realizar la toma.
c) Si no logra la onda del pulso de buena intensidad y ritmo, ni medidas estables, cambie el sensor de dedo del usuario.

Estrategia de las 5As

La estrategia de las 5 As (averiguar, aconsejar o asesorar, apreciar, asistir o ayudar, arreglar seguimiento) es una intervención estructurada y validada para el cambio de comportamiento en el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como diabetes tipo 2, obesidad, hipertensión y tabaquismo. La evidencia muestra que la aplicación sistemática de las 5 As mejora la adopción de conductas saludables y facilita el manejo integral de estas condiciones.

Diversos estudios y revisiones han demostrado que el uso completo de las 5 As se asocia con mejores resultados en la modificación de conductas, incluyendo mayor adherencia a la actividad física, cambios en la dieta, reducción del consumo de tabaco y mejor control del peso. En el contexto de la obesidad y el sobrepeso, la implementación de las 5 As incrementa la motivación y la confianza de la persona para realizar cambios, y la asistencia y el seguimiento (las últimas tres As) son los componentes que más impactan en la modificación sostenida de hábitos (32-34). En el manejo de diabetes tipo 2, la estrategia es ampliamente reconocida como marco para la intervención en atención primaria, aunque su aplicación puede variar y se recomienda complementarla con

técnicas de entrevista motivacional y un enfoque centrado en la persona para optimizar resultados (35).

En el caso del tabaquismo, la literatura respalda que la aplicación de las 5 As incrementa la probabilidad de cesación, especialmente cuando se incluyen asistencia activa y seguimiento programado, tanto en población general como en personas con comorbilidades como EPOC (36).

A pesar de su eficacia, la implementación en el entorno cuidador suele limitarse a las primeras fases (averiguar y aconsejar), mientras que apreciar, asistir y arreglar seguimiento son menos frecuentes, a pesar de ser los pasos con mayor impacto en el cambio de comportamiento. Por tanto, se recomienda fomentar la aplicación integral de las 5 As, adaptando la intervención a las necesidades y contexto de la persona.

6. Realización en la ruralidad

Las Jornadas de tamizaje para la salud pública – Cuídate, sé feliz se deben realizar una (01) vez al mes en la zona de ruralidad para garantizar la cobertura y atención de esta población. Estas jornadas se deberán concertar y programar previamente para garantizar una convocatoria y participación efectiva y la atención en los territorios priorizados en conjuntos con los referentes de nivel central.

7. Indicadores

Indicador	Fórmula	Fuente	Periodicidad
Número de personas tamizadas para riesgo cardiovascular / diabetes / actividad física/ enfs respiratorias crónicas / Cáncer	Conteo mensual de personas atendidas por instrumento aplicado	Formato de registro “Cuídate”	Mensual
Número de personas con riesgo elevado (según criterios mencionados) que fueron canalizadas al servicio de salud	Canalizaciones efectivas / Total tamizados con riesgo x 100	Formato de canalización	Mensual
Número de personas que recibieron orientación educativa personalizada	Nº personas con orientación / Total tamizados x 100	Formato de registro “Cuídate”	Mensual

8. Referencias bibliográficas

1. WHO. Noncommunicable diseases. Key facts. 23 december 2024. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
2. Li J, Pandian V, Davidson PM, Song Y, Chen N, Fong DYT. Burden and attributable risk factors of non-communicable diseases and subtypes in 204 countries and territories, 1990-2021: a systematic analysis for the global burden of disease study 2021. Int J Surg. 2025 Mar 1;111(3):2385-2397. doi: 10.1097/JS9.0000000000002260. PMID: 39869379.
3. GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet. 2024 May 18;403(10440):2133-2161. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00757-8. Epub 2024 Apr 17. PMID: 38642570; PMCID: PMC11122111.
4. Bai J, Cui J, Shi F, Yu C. Global Epidemiological Patterns in the Burden of Main Non-Communicable Diseases, 1990-2019: Relationships With Socio-Demographic Index. Int J Public Health. 2023 Jan 16;68:1605502. doi: 10.3389/ijph.2023.1605502. PMID: 36726528; PMCID: PMC9884670.
5. Barry A, et al. Non-communicable diseases in the WHO African region: analysis of risk factors, mortality, and responses based on WHO data. Sci Rep. 2025 Apr 10;15(1):12288. doi: 10.1038/s41598-025-97180-3. PMID: 40210980; PMCID: PMC11986008.
6. Li Z, Shi J, Li N, Wang M, Jin Y, Zheng ZJ. Temporal trends in the burden of non-communicable diseases in countries with the highest malaria burden, 1990-2019: Evaluating the double burden of non-communicable and communicable diseases in epidemiological transition. Global Health. 2022 Oct 23;18(1):90. doi: 10.1186/s12992-022-00882-w. PMID: 36274138; PMCID: PMC9589679.
7. Yach D, Hawkes C, Gould CL, Hofman KJ. The Global Burden of Chronic Diseases: Overcoming Impediments to Prevention and Control. JAMA. 2004;291(21):2616–2622. doi:10.1001/jama.291.21.2616
8. Gouda HN, et al. Burden of non-communicable diseases in sub-Saharan Africa, 1990-2017: results from the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet Glob Health. 2019 Oct;7(10):e1375-e1387. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30374-2. PMID: 31537368.
9. Chew NWS, et al. The global burden of metabolic disease: Data from 2000 to 2019. Cell Metab. 2023 Mar 7;35(3):414-428.e3. doi: 10.1016/j.cmet.2023.02.003. PMID: 36889281.
10. Dehghan A, Rayatinejad A, Khezri R, Aune D, Rezaei F. Laboratory-based versus non-laboratory-based World Health Organization risk equations for assessment of cardiovascular disease risk. BMC Med Res Methodol. 2023 Jun 15;23(1):141. doi: 10.1186/s12874-023-01961-1. PMID: 37322418; PMCID: PMC10273732.
11. Rezaei F, et al. Comparison of laboratory-based and non-laboratory-based WHO cardiovascular disease risk charts: a population-based study. J Transl Med. 2022 Mar 16;20(1):133. doi: 10.1186/s12967-022-03336-4. PMID: 35296342; PMCID: PMC8925162.

12. Schwartz JI, et al. Assessing cardiovascular disease risk and social determinants of health: A comparative analysis of five risk estimation instruments using data from the Eastern Caribbean Health Outcomes Research Network. PLoS One. 2025 Jan 24;20(1):e0316577. doi: 10.1371/journal.pone.0316577. PMID: 39854547; PMCID: PMC11760610.
13. Kaptoge, Stephen et al.World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions. The Lancet Global Health, Volume 7, Issue 10, e1332 - e1345
14. HEARTS en las Américas. Calculadora de riesgo cardiovascular en: https://www.paho.org/cardioapp/web/#/description
15. Anh Hien H, et al. Estimation of the cardiovascular risk using world health organization/international society of hypertension risk prediction charts in Central Vietnam. PLoS One. 2020 Nov 23;15(11):e0242666. doi: 10.1371/journal.pone.0242666. Erratum in: PLoS One. 2021 Dec 2;16(12):e0261099. doi: 10.1371/journal.pone.0261099. PMID: 33227012; PMCID: PMC7682854.
16. Thulani UB, et al. Validation of the World Health Organization/ International Society of Hypertension (WHO/ISH) cardiovascular risk predictions in Sri Lankans based on findings from a prospective cohort study. PLoS One. 2021 Jun 7;16(6):e0252267. doi: 10.1371/journal.pone.0252267. PMID: 34097699; PMCID: PMC8183983.
17. Hanif AAM, eta al. Ten-years cardiovascular risk among Bangladeshi population using non-laboratory-based risk chart of the World Health Organization: Findings from a nationally representative survey. PLoS One. 2021 May 26;16(5):e0251967. doi: 10.1371/journal.pone.0251967. PMID: 34038457; PMCID: PMC8153482.
18. Rezaei F, et al. Comparison of laboratory-based and non-laboratory-based WHO cardiovascular disease risk charts: a population-based study. J Transl Med. 2022 Mar 16;20(1):133. doi: 10.1186/s12967-022-03336-4. PMID: 35296342; PMCID: PMC8925162.
19. Otgontuya D, Oum S, Buckley BS, Bonita R. Assessment of total cardiovascular risk using WHO/ISH risk prediction charts in three low and middle income countries in Asia. BMC Public Health. 2013 Jun 5;13:539. doi: 10.1186/1471-2458-13-539. PMID: 23734670; PMCID: PMC3679976.
20. Arnardóttir E, Sigurðardóttir ÁK, Graue M, Kolltveit BH, Skinner T. Can Waist-to-Height Ratio and Health Literacy Be Used in Primary Care for Prioritizing Further Assessment of People at T2DM Risk? Int J Environ Res Public Health. 2023 Aug 18;20(16):6606. doi: 10.3390/ijerph20166606. PMID: 37623189; PMCID: PMC10454465.
21. American Diabetes Association Professional Practice Committee; 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2025. Diabetes Care 1 January 2025; 48 (Supplement_1): S27–S49. https://doi.org/10.2337/dc25-S002
22. American Diabetes Association Professional Practice Committee; 3. Prevention or Delay of Diabetes and Associated Comorbidities: Standards of Care in Diabetes—2025. Diabetes Care 1 January 2025; 48 (Supplement_1): S50–S58. https://doi.org/10.2337/dc25-S003

23. 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. Guía Completa y Guía para profesionales de la salud. Colombia - 2015
24. Tankova T, Chakarova N, Atanassova I, Dakovska L. Evaluation of the Finnish Diabetes Risk Score as a screening tool for impaired fasting glucose, impaired glucose tolerance and undetected diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2011 Apr;92(1):46-52. doi: 10.1016/j.diabres.2010.12.020. Epub 2011 Jan 15. PMID: 21242013.
25. Arnardóttir E, et al. Using HbA1c measurements and the Finnish Diabetes Risk Score to identify undiagnosed individuals and those at risk of diabetes in primary care. BMC Public Health. 2023 Jan 31;23(1):211. doi: 10.1186/s12889-023-15122-y. PMID: 36721135; PMCID: PMC9887861.
26. Salinero-Fort MA, et al; SPREDIA-2 Group. Performance of the Finnish Diabetes Risk Score and a Simplified Finnish Diabetes Risk Score in a Community-Based, Cross-Sectional Programme for Screening of Undiagnosed Type 2 Diabetes Mellitus and Dysglycaemia in Madrid, Spain: The SPREDIA-2 Study. PLoS One. 2016 Jul 21;11(7):e0158489. doi: 10.1371/journal.pone.0158489. PMID: 27441722; PMCID: PMC4956208.
27. Meijnikman AS, De Block CE, Verrijken A, Mertens I, Corthouts B, Van Gaal LF. Screening for type 2 diabetes mellitus in overweight and obese subjects made easy by the FINDRISC score. J Diabetes Complications. 2016 Aug;30(6):1043-9. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2016.05.004. Epub 2016 May 7. PMID: 27217020.
28. Mavrogianni C, et al; Feel4Diabetes-study group. Evaluation of the Finnish Diabetes Risk Score as a screening tool for undiagnosed type 2 diabetes and dysglycaemia among early middle-aged adults in a large-scale European cohort. The Feel4Diabetes-study. Diabetes Res Clin Pract. 2019 Apr;150:99-110. doi: 10.1016/j.diabres.2019.02.017. Epub 2019 Feb 20. PMID: 30796939.
29. Ministerio de Salud y Protección Social, Guía de Práctica Clínica para el manejo de la hipertensión arterial primaria (HTA). 2da edición. Guía No 18. (GPC en internet). Bogotá D.C; 2017.
30. Moya L, et al. Consenso de expertos sobre el manejo clínico de la hipertensión arterial en Colombia. Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía. Rev Colomb Cardiol. 2018;25(S3):4-26.
31. Sacks DB, et al. Guidelines and Recommendations for Laboratory Analysis in the Diagnosis and Management of Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 2023 Oct 1;46(10):e151-e199. doi: 10.2337/dci23-0036. PMID: 37471273; PMCID: PMC10516260.
32. American Heart Association Behavior Change Committee of the Council on Epidemiology and Prevention, Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health, Council for High Blood Pressure Research, and Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. Better population health through behavior change in adults: a call to action. Circulation. 2013 Nov 5;128(19):2169-76. doi: 10.1161/01.cir.0000435173.25936.e1. Epub 2013 Oct 7. PMID: 24100544; PMCID: PMC4074536.

33. Alexander SC, Cox ME, Boling Turer CL, Lyna P, Østbye T, Tulsky JA, Dolor RJ, Pollak KI. Do the five A's work when physicians counsel about weight loss? Fam Med. 2011 Mar;43(3):179-84. PMID: 21380950; PMCID: PMC3367376.
34. Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma AM, Freedhoff Y. Clinical review: modified 5 As: minimal intervention for obesity counseling in primary care. Can Fam Physician. 2013 Jan;59(1):27-31. PMID: 23341653; PMCID: PMC3555649.
35. Sturgiss E, Advocat J, Ball L, Williams LT, Prathivadi P, Clark AM. Behaviour change for type 2 diabetes: perspectives of general practitioners, primary care academics, and behaviour change experts on the use of the 5As framework. Fam Pract. 2022 Sep 24;39(5):891-896. doi: 10.1093/fampra/cmab182. PMID: 35079780.
36. Schauer GL, Wheaton AG, Malarcher AM, Croft JB. Health-care Provider Screening and Advice for Smoking Cessation Among Smokers With and Without COPD: 2009-2010 National Adult Tobacco Survey. Chest. 2016 Mar;149(3):676-84. doi: 10.1378/chest.14-2965. Epub 2016 Jan 12. PMID: 26291388.
37. Organización Mundial de la Salud (OMS). Noncommunicable diseases. 2023. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
38. Plaza V, Blanco M, Ferreira J, García G, Morete A, Quirce S, Soto-Campos G, Almonacid C; Comité Ejecutivo GEMA. Highlights of the Spanish Asthma Guidelines (GEMA), Version 5.4. Open Respiratory Archives. 2024;6(4):100356. https://doi.org/10.1016/j.opresp.2024.100356
39. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMG). Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA), versión 5.4. Madrid: SEMG; 2024. Disponible en: https://www.semg.es/images/2024/documentos/GEMA_54.pdf
40. Blanco-Aparicio M. Estudio de prevalencia de asma en población general. Open Respiratory Archives. 2023;6(1):100049. doi:10.1016/j.opresp.2023.100049.
41. Landa IU. Factores de desarrollo de asma en la edad adulta. Revista SEPAR. 2019;33(3):135-142. Disponible en: https://separcontenidos.es/revista3/index.php/revista/article/view/135/178
42. Barría P, et al. Asma severa en adultos: enfoque diagnóstico y terapéutico. Revista Médica Clínica Las Condes. 2015;26(2):161-168. doi:10.1016/j.rmclc.2015.01.003.
43. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMG). Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA), versión 5.4. Madrid: Luzán 5; 2024. Disponible en: https://www.semg.es/images/2024/documentos/GEMA_54.pdf
44. Plaza V, Blanco M, Ferreira J, García G, Morete A, Quirce S, Soto-Campos G, Almonacid C; Comité Ejecutivo GEMA. Highlights of the Spanish Asthma Guidelines (GEMA), Version 5.4. Open Respiratory Archives. 2024;6(4):100356. https://doi.org/10.1016/j.opresp.2024.100356
45. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en

Salud para la promoción y mantenimiento de la salud y la gestión de las enfermedades crónicas. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf

46. Grupo de trabajo de la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 5.4). Madrid: Luzán 5; 2024. Disponible en: https://www.semg.es/images/2024/documentos/GEMA_54.pdf
47. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). "Could It Be COPD?" questionnaire. En: Patients and Advocacy Groups (Internet). GOLD; año no especificado (citado 2025 Ago 16). Disponible en: https://goldcopd.org/patients-advocacy-groups/ goldcopd.org
48. American Lung Association. Early Warning Signs of COPD: "Could it be COPD?" questionnaire (Internet). 25 Mar 2025 (citado 2025 Ago 16). Disponible en: https://www.lung.org/lung-health-diseases/lung-disease-lookup/copd/symptoms-diagnosis/early-warning-signs lung.org
49. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), Colombia. Lineamiento técnico operativo para la atención en salud de la población con riesgo o presencia de Enfermedades Respiratorias Crónicas. Bogotá: MSPS; Marzo 2024. Disponible en:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamiento-tecnico-operativo-atencion-salud-poblacion-riesgo-enfermedades-respiratorias-cronicas.pdf
50. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Could it be COPD? (Internet). GOLD; 2023 (citado 2025 Ago 16). Disponible en: https://goldcopd.org

Control de cambios

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN
1	24/09/2025	Inicio convenios interadministrativos GSP-PSPIC Septiembre 2025
2	12/12/2025	Ajustes realizados ficha tamizaje Cuídate sé feliz

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre (s)	Paula Ximena Ramírez Barbosa Heydi Hidalgo	Diana Sofía Rios Oliveros Marcela Martínez Contreras Diane Moyano (E)	Patricia Eugenia Molano Builes María Belen Jaimes Sanabria

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
	Myriam Gordillo Huertas Javier Isaac Maldonado Sylvia Alejandra Ramírez	Juan Carlos Cocorna (E)	
Firma (s)			
Cargo	Profesionales especializados Subdirección de Determinantes en Salud8	Subdirectora de Determinantes en Salud Subdirectora de Acciones Colectiva Subdirectora (E) de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública Subdirector (E) de Vigilancia en Salud Pública	Directora de Salud Colectiva Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva
Fecha	Diciembre 2026	Diciembre 2025	Diciembre 2025

9. Anexos

Anexo 1. Instrucciones y paso a paso sobre cómo realizar tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas – 0 a 17 años (ERC-ASMA): este tamizaje se aplicará únicamente en la población de 0 a 10 años cuando el menor asista acompañado por su acudiente o cuidador; en caso contrario, este tamizaje se aplicará solo en el grupo de 10 a 17 años. y de mayores de 18 a 39 años.

Recursos:

Formato Tamizaje ERC de 0 a 17 años
Esfero

Formato de acciones colectivas para diligenciar las respuestas.
Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones

Tiempo de aplicación del tamizaje respiratoria: 5 – 15 minutos.

Instrucciones para tamizaje de Enfermedades Respiratorias Crónicas (ERC) en población de 0 a 17 años Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas – 0 a 17 años (ERC-ASMA): este tamizaje se aplicará únicamente en la población de 0 a 10 años cuando el menor asista acompañado por su acudiente o cuidador; en caso contrario, este tamizaje se aplicará solo en el grupo de 10 a 17 años. y de 18 a 39 años

- **Organice los recursos necesarios** para realizar el tamizaje respiratorio en el espacio previamente concertado con la institución. El lugar debe ser tranquilo, ventilado, libre de ruidos excesivos y con sillas disponibles para comodidad de los participantes.
- **Explique de manera sencilla el propósito del tamizaje**, adaptando el lenguaje según la edad del menor. Asegúrese de que tanto la persona como su acudiente comprendan que se trata de un ejercicio preventivo y no de un diagnóstico definitivo.
- **Verifique las condiciones de salud previas**: pregunte si el menor presenta actualmente gripa, tos intensa, fiebre o alguna otra condición que pueda interferir con la aplicación del tamizaje.
- **Realice el cuestionario de tamizaje ERC** siguiendo el instructivo oficial. Registre cuidadosamente cada respuesta. Recuerde que **dos (2) o más respuestas afirmativas constituyen un hallazgo de alerta**.
- **Observe al menor durante la entrevista**, prestando atención a signos visibles de dificultad respiratoria como uso de músculos accesorios, respiración ruidosa, tos persistente o silbidos audibles en el pecho.
- **Explique los resultados al menor y/o acudiente**:
    - Si no se identifican hallazgos de alerta, refuerce recomendaciones de autocuidado y prevención.
    - Si existen hallazgos de alerta (≥2 respuestas afirmativas), **indique la necesidad de canalizar a la ruta de ERC** para valoración médica y posible espirometría con el fin de confirmar o descartar asma u otra enfermedad respiratoria crónica.
- **Fomente un momento educativo breve**: enseñe al menor ejercicios sencillos de respiración (ejemplo: respiración profunda y lenta con manos sobre el abdomen) y refuerce mensajes sobre la importancia de mantener ambientes libres de humo, polvo y otros contaminantes.
- **Registre el resultado en el formato correspondiente** y entregue la información al responsable de la institución, garantizando la confidencialidad de los datos.

Valores para interpretar los resultados de tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años.

El procedimiento debe seguir los siguientes pasos:

Lectura previa

Antes de iniciar, el encuestador o la propia persona (en caso de contar con la edad y capacidad de comprensión suficiente) debe revisar cuidadosamente cada pregunta. En personas menores de edad o con limitaciones cognitivas, la información deberá ser suministrada por un acudiente o tutor legal.

Periodo de referencia

Todas las preguntas hacen alusión a la presencia de síntomas o eventos ocurridos dentro de los últimos 12 meses, con el fin de garantizar la pertinencia y validez temporal de la información.

Registro de respuestas

Marque **"Sí"** si el síntoma o situación descrita ha ocurrido durante el periodo de referencia.

Marque **"No"** si no ha ocurrido.

Es imperativo responder todas las preguntas y evitar omisiones para asegurar la integridad de los datos.

Pregunta evaluados

P1: Presencia de silbidos en el pecho en los últimos 12 meses.

P2: Despertares nocturnos por tos en los últimos 12 meses.

P3: Aparición de tos, silbidos o disnea durante el ejercicio o actividad física, o necesidad de interrumpir la actividad por dichos síntomas en los últimos 12 meses.

P4: Episodios de infección respiratoria tipo gripe con duración habitual superior a 10 días.

Criterios para la interpretación

La presencia de dos (2) o más respuestas afirmativas constituye un hallazgo de alerta y se recomienda la remisión al médico de atención primaria.

Total Positivo: Es la suma de todas las respuestas "Sí" que la persona entre 0 y 17 años haya dado en el tamizaje. Este valor permite identificar la presencia de posibles signos de alerta y respalda la clasificación como resultado positivo cuando se registran dos o más respuestas afirmativas.

Total Negativo: Es la suma de todas las respuestas "No" que la persona entre 0 y 17 años haya dado en el tamizaje. Este valor permite confirmar la ausencia de signos de alarma y respalda la clasificación como resultado negativo cuando se registran menos de dos respuestas afirmativas.

Resultado Positivo: Si la persona entre 0 y 17 años responde "Sí" a dos o más preguntas, se clasifica como un hallazgo de alerta que requiere canalización a la

ruta de enfermedades respiratorias crónicas para valoración, posible espirometría y confirmación diagnóstica.
Resultado Negativo: Si la persona entre 0 y 17 años responde “Sí” a menos de dos preguntas, se considera que no hay evidencia de alarma; sin embargo, se recomienda brindar educación en autocuidado y asegurar seguimiento rutinario por parte de enfermería.

Valores para interpretar los resultados de tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas de 18 a 39 años

Total Positivo: Es la suma de todas las respuestas “Sí” que la persona entre 18 y 39 años haya dado en el tamizaje. Este valor permite identificar la presencia de posibles signos de alerta y respalda la clasificación como resultado positivo cuando se registran dos o más respuestas afirmativas.
Total Negativo: Es la suma de todas las respuestas “No” que la persona entre 18 y 39 años haya dado en el tamizaje. Este valor permite confirmar la ausencia de signos de alarma y respalda la clasificación como resultado negativo cuando se registran menos de dos respuestas afirmativas.
Resultado Positivo: Si la persona entre 18 y 39 años responde “Sí” a dos o más preguntas, se clasifica como un hallazgo de alerta que requiere canalización a la ruta de enfermedades respiratorias crónicas para valoración, posible espirometría y confirmación diagnóstica.
Resultado Negativo: Si la persona entre 18 y 39 años responde “Sí” a menos de dos preguntas, se considera que no hay evidencia de alarma; sin embargo, se recomienda brindar educación en autocuidado y asegurar seguimiento rutinario por parte de enfermería.

Valores para interpretar los resultados de tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 40 años. Cuestionario Breve de EPOC

Total Positivo: Es la suma de todas las respuestas “Sí” que la persona mayor de 40 años haya dado en el tamizaje. Este valor permite identificar la presencia de posibles signos de alerta y respalda la clasificación como resultado positivo cuando se registran tres o más respuestas afirmativas.
Total Negativo: Es la suma de todas las respuestas “No” que la persona mayor de 40 años haya dado en el tamizaje. Este valor permite confirmar la ausencia de signos de alarma y respalda la clasificación como resultado negativo cuando se registran menos de tres respuestas afirmativas.
Resultado Positivo: Si la persona mayor de 40 años responde “Sí” a tres o más preguntas, se clasifica como un hallazgo de alerta que requiere canalización a la ruta de enfermedades respiratorias crónicas para valoración, posible espirometría y confirmación diagnóstica.
Resultado Negativo: Si la persona mayor de 40 años responde “Sí” a menos de tres preguntas, se considera que no hay evidencia de alarma; no obstante, se

recomienda brindar educación en autocuidado y asegurar seguimiento rutinario por parte de enfermería.

El profesional de la salud valorará la indicación de estudios complementarios, incluyendo pruebas de función pulmonar, para confirmar o descartar el diagnóstico de asma.

Recomendaciones adicionales

Se debe responder con veracidad y precisión para optimizar la validez diagnóstica del instrumento.

Ante la presencia de síntomas de alarma, como disnea intensa, dolor torácico o cianosis labial/digital, se debe acudir de forma inmediata a un servicio de urgencias.

Tamizaje enfermedades respiratorias crónicas 0 a 17 años

RESPONDA LAS SIGUIENTES LAS PREGUNTAS:	**SI**	**NO**
Ha tenido silbidos en el pecho o en los últimos 12 meses		
Se ha despertado en la noche por tos en los últimos 12 meses		
Ha tenido tos, silbidos o dificultad para respirar con el ejercicio o con la actividad física o ha tenido que parar por estos síntomas en los últimos 12 meses		
Cuando ha tenido gripa, le dura usualmente más de 10 días		

En caso de 2 o más respuestas afirmativas, recomendar consultar al médico de atención primaria para considerar realización de estudios adicionales para detectar si tiene ASMA

Tamizaje enfermedades respiratorias crónicas Mayores de 18 años a 39 años

RESPONDA LAS SIGUIENTES LAS PREGUNTAS:
¿Ha tenido alguna vez “pitos o silbidos” en el pecho?
¿Ha tenido tos, sobre todo por las noches?
¿Ha tenido tos, “pitos o silbidos” en el pecho, dificultad al respirar en algunas épocas del año o en contacto con animales, plantas, tabaco o en su trabajo?
¿Ha tenido tos, “pitos o silbidos”, dificultad al respirar después de hacer ejercicios moderados o intensos?

¿Ha padecido resfriados que le duren más de 10 días o le “bajan al pecho”?
¿Ha utilizado medicamentos inhalados que le alivian o que le disminuyen estos síntomas?
¿Tiene usted algún tipo de alergia? ¿Tiene algún familiar con asma o alergia?

En caso de 2 o más respuestas afirmativas, recomendar consultar al médico de atención primaria para considerar realización de una espirometría para detectar si tiene ASMA

Fuente: Referencia Bibliografica

Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) versión 5.4 . Madrid: Luzán 5; 2024 Available from: https://www.semg.es/images/2024/documentos/GEMA_54.pdf

Tamizaje enfermedades respiratorias crónicas Mayores de 40 años Cuestionario Breve de EPOC

RESPONDA LAS SIGUIENTES LAS PREGUNTAS:	**SI**	**NO**
¿Tose muchas veces la mayoría de los días?		
¿Tiene flemas o mocos la mayoría de los días?		
¿Se queda sin aire más fácilmente que otras personas de su edad?		
¿Actualmente fuma o es un exfumador?		
¿Es mayor de 40 años?		

En caso de 3 o más respuestas afirmativas, recomendar consultar al médico de atención primaria para considerar realización de una espirometría para detectar si tiene EPOC

Cuestionario “Could it be COPD”. Tomado de Global Iniciative for Chronic Obtructive Lung Disease (GOLD).