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: Identificación de riesgos a través de aplicación de tamizajes en Instituciones de protección y atención

VIGENCIA: OCTUBRE 1 DE 2025 A 30 DE JUNIO 2027

Bogotá D.C. Diciembre 2025

Contenido

1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar 3

2. Descripción de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar: 4

3. Indicadores 65

- Control de cambios 72

FICHA TÉCNICA ACCIÓN DE BIENESTAR: Identificación de riesgos a través de aplicación de tamizajes en Instituciones de protección y atención

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

Bogotá cuenta con un Plan Distrital de Desarrollo (PDD) 'Bogotá Camina Segura' 2024-2027, basado en la Atención Primaria Social, que considera la salud como una responsabilidad que trasciende lo sectorial y en el que se requiere de la transectorialidad e intersectorialidad para transformar positivamente los determinantes sociales que influyen en el bienestar y la salud de la población.

Las acciones que se realizan desde el entorno institucional son parte del trabajo intersectorial que permite que la operación de los equipos territoriales de salud llegue a todos las personas que lo requieran.

La audición y la visión contribuyen a aumentar las expectativas de vida y bienestar de las personas. Desde la primera infancia la salud auditiva y comunicativa y visual es fundamental para garantizar los procesos de desarrollo integral motor, comunicativo, socioemocional y de aprendizaje. En la edad adulta y vejez la audición y visión son un pilar para mantener la capacidad funcional y productividad.

Por tal razón, parte importante de los esfuerzos en salud pública se centran en las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión integral del riesgo, teniendo claro que la detección temprana de la pérdida auditiva y/o visual permite iniciar las intervenciones adecuadas y mitigar considerablemente los efectos adversos asociados.

Con la realización de la tamización en salud visual y salud auditiva, se busca identificar oportunamente a las personas institucionalizadas con posible disminución visual y/o alteración auditiva, teniendo como base la premisa de que la adopción de medidas especiales para detectar la pérdida auditiva y visual a lo largo del curso de vida, garantizará la intervención temprana, fundamental para el éxito de la rehabilitación de las personas con alguna alteración.

La salud respiratoria es un componente esencial para garantizar la calidad de vida y la productividad de las personas a lo largo del curso de vida. Desde la juventud hasta la adultez mayor, mantener una adecuada función pulmonar es clave para preservar la capacidad física, la energía y el bienestar general. En edades tempranas de la vida adulta, el cuidado respiratorio contribuye a sostener el rendimiento académico, social y laboral, mientras que en edades más avanzadas se convierte en un pilar fundamental para conservar la independencia y prevenir complicaciones crónicas.

La tamización realizada en instituciones posibilita la identificación temprana de signos de alteración respiratoria. A partir de los resultados, se brinda asesoría individualizada, orientando sobre la importancia del seguimiento clínico y la adopción de hábitos saludables para preservar la función pulmonar.

Definiciones:

Tamizaje: La Resolución 518 de 2015 define Tamizaje en el PIC, como el "Conjunto de métodos o instrumentos de alta sensibilidad, aplicados sobre una población para identificar eventos que generan una alta externalidad, dirigidos a poblaciones vulnerables y con difícil acceso"3.

Gestión del Riesgo en Salud Pública: conjunto de procesos que se articulan, permitiendo la identificación, el análisis y la modificación de los riesgos en salud pública, con el fin de prevenir, controlar o minimizar los impactos negativos en la salud de la población (GGRRI, INS)4.

1.1 Objetivo General

Implementar acciones para la identificación oportuna de riesgos en salud mediante la aplicación de tamizajes en instituciones de protección y atención, con el fin de activar rutas de atención, facilitar intervenciones integrales y contribuir a la mejora de las condiciones de salud de las personas en situación de vulnerabilidad.

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

En el marco de la concertación del Plan de Bienestar Institucional, se deberá definir las acciones individuales de alta externalidad a realizar, incluyendo la realización de tamizajes y seguimiento a casos priorizados, de modo que se concerté el manejo de la información de cada usuario por parte de la institución y el equipo de la acción de bienestar de forma conjunta y articulada, logrando que las dos partes conozcan y aporten al seguimiento de cada caso, bajo las condiciones de confidencialidad y privacidad pertinentes.

Inicialmente los tamizajes se tomarán a las personas reportadas por los equipos de las instituciones, previo conocimiento de estas y sus condiciones de riesgo y vulnerabilidad. Después, mensualmente se identificarán o priorizarán nuevos casos para aplicar tamizajes, y así alcanzar gradualmente el 100% de la población institucionalizada.
Cada vez que el equipo adelante acciones de identificación de riesgo individual, debe informar a la institución los resultados dejando constancia de la socialización e ingresando los datos de los usuarios tamizados en el formato de sesiones colectivas (apartado Tamizajes). Así mismo, para el seguimiento de casos, se deben seguir las especificidades descritas en la ficha técnica de la acción de bienestar "Seguimiento a condiciones de salud en casos prioritarios en Instituciones de protección y atención".

Detalle de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Soportes o medios de verificación
Identificación de riesgos a través de aplicación de tamizajes en Instituciones de protección y atención	De acuerdo con la concertación del Plan de Bienestar con cada Institución	Profesionales universitarios 2 (operativo) Ciencias de la salud y ciencias sociales: Enfermería, Psicología, Terapeuta y Odontología.	- Formato de sesiones colectivas diligenciado en el apartado de Tamizajes. - Formatos de activación de rutas acorde a las necesidades y riesgos identificados en la población. - Notificación de eventos de interés en salud pública cuando aplique. - Formato SISCO como soporte de los tamizajes de VIH-Sífilis, realizados mediante pruebas rápidas. - Formato de Escala Abreviada del Desarrollo cuando aplique. - Formato de Salud Oral para el perfil de Odontología. - Formato RQC-SRQ - Acta de reunión para las actividades a demanda, gestión, concertación o novedades presentadas en la institución.

En la siguiente tabla se relacionan los tamizajes y los perfiles que lo aplican:

Tamizaje	Perfil (es) que lo aplica
Toma de medidas antropométricas y clasificación nutricional	Enfermería y/o Terapia
Escala FIES	Enfermería y/o Terapia
Escala Abreviada de Desarrollo-3	Terapia
Tamizaje visual y tamizaje auditivo	Enfermería y/o Terapia
Tamizaje para clasificación de riesgo cardiovascular	Enfermería
Tamizaje de riesgo de diabetes mellitus tipo 2	Enfermería
Tamizaje respiratorio	Enfermería y/o Terapia
Clasificación del riesgo en cáncer	Enfermería y/o Terapia
RQC – SRQ	Psicología

Mini-Cog	Psicología
Infecciones de Transmisión Sexual-ITS	Enfermería y/o Psicología certificados de acuerdo con la Resolución 1314 de 2020
Identificación intención reproductiva	Enfermería, Psicología y/o Terapia
Tamizaje calidad de cepillado	Odontología
Tamizaje para la práctica de actividad física	Enfermería y/o Terapia

A continuación, se describen las especificaciones de los tamizajes y la población objeto:

Descripción de la acción: Toma de medidas antropométricas y clasificación nutricional

La toma adecuada de medidas antropométricas y la correcta clasificación del estado nutricional son acciones fundamentales en salud pública, ya que permiten identificar de manera oportuna alteraciones en el crecimiento y desarrollo, así como situaciones de malnutrición por déficit o por exceso en la población. Estas mediciones, realizadas conforme a los lineamientos técnicos establecidos en la Resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, facilitan la detección temprana de riesgos nutricionales, orientan la implementación de intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y contribuyen al seguimiento y evaluación de políticas y programas dirigidos a mejorar la seguridad alimentaria y nutricional en los diferentes grupos de edad.

Esta acción se implementará únicamente en las instituciones de protección y atención donde no se lleven a cabo, como parte de sus actividades rutinarias, la toma de medidas antropométricas ni la clasificación nutricional, con el fin de evitar la duplicación de acciones ya desarrolladas por la institución. En estos casos, se deberá indagar por los resultados del seguimiento al estado nutricional realizados por la institución y verificar la adherencia a los servicios de salud conforme a la normatividad vigente, gestionando de manera oportuna la eliminación de barreras que puedan impedir el acceso efectivo a los servicios de salud requeridos por la población.

Cuando corresponda realizar la toma de medidas antropométricas y la clasificación nutricional, se deberán considerar los siguientes aspectos, de acuerdo con el momento del curso de vida:

Momento de Curso de vida: Primera infancia (Niños y niñas menores de 5 años**)**

Para el desarrollo de la acción es pertinente en primera instancia realizar la toma de medidas antropométricas: peso, longitud o talla, perímetro cefálico y perímetro braquial (para el caso de niños y niñas de seis a 59 meses) y el respectivo registro en el formato establecido por nivel central de la SDS.

a. Realizar clasificación nutricional tomando como referencia las curvas de la OMS y los puntos de corte establecidos en la Resolución 2465 de 2016 (Ver Cuadro 1), para los indicadores: peso/talla, talla/edad, perímetro cefálico y perímetro braquial, esta última medida antropométrica aplica solo para mayores de seis meses hasta los 59 meses. Dicho proceso se debe validar a través de la herramienta ANTHRO versión 3.2.2 disponible en https://www.who.int/tools/child-growth-standards/software

Cuadro 1. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas y niños menores de 5 años, según indicador y puntos de corte.

Indicador	Punto de corte (desviaciones estándar DE)	Clasificación nutricional
Peso para la talla (P/T)	>+3	Obesidad
	> +2 a ≤ +3	Sobrepeso
	> +1 a ≤ +2	Riesgo de sobrepeso
	≥ -1 a ≤ +1	Peso adecuado para la talla
	≥ -2 a < -1	Riesgo de desnutrición aguda
	< -2 a ≥ -3	**Desnutrición aguda moderada**
	< -3	**Desnutrición aguda severa**
Talla para la edad (T/E)	≥ -1	Talla adecuada para la edad
	≥ -2 a < -1	Riesgo de talla baja
	< -2	Talla baja para la edad o retraso en talla
Perímetro cefálico para la edad (PC/E)	> +2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo
	≥ -2 a ≤ 2	Normal
	< -2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo

Fuente: Resolución 2465 de 2016.

Perímetro del brazo. Es una medida complementaria a los indicadores antropométricos descritos, está indicada en todos los niños y niñas desde los 6 hasta los 59 meses de edad y está asociada a riesgo de muerte por desnutrición. Si el niño o niña tiene menos de 11,5 centímetros en el perímetro del brazo, debe recibir las atenciones descritas en la ruta específica y el lineamiento de atención integrada a la desnutrición aguda (Resolución 2350 de 2020). La medición del perímetro del brazo no reemplaza la toma de peso y talla, por lo cual se considera un criterio independiente y complementario a la clasificación antropométrica nutricional.

b. Adicional, durante la toma de medidas antropométricas se debe realizar la verificación de signos clínicos de desnutrición en niños y niñas menores de 5 años. Para esto, se identificará la presencia de:

Signos físicos:

- Cabello seco, quebradizo y con cambio de color por capas (signo de la bandera)
- Piel seca áspera o escamosa.
- Abdomen inflamado o abultado y costillas que se marcan en el tórax.
- Palmas de las manos y plantas de los pies pálidas.
- Cuadros gastrointestinales y respiratorios frecuentes.
- El rostro luce hinchado y pálido, los ojos permanecen hundidos.
- Piernas y brazos visiblemente delgados o por el contrario inflamados dejando huella en la piel cuando se ejerce presión con un dedo (edema)
- El niño o la niña se ve más delgado o cuando se carga se siente más liviano

Cambios en el comportamiento:

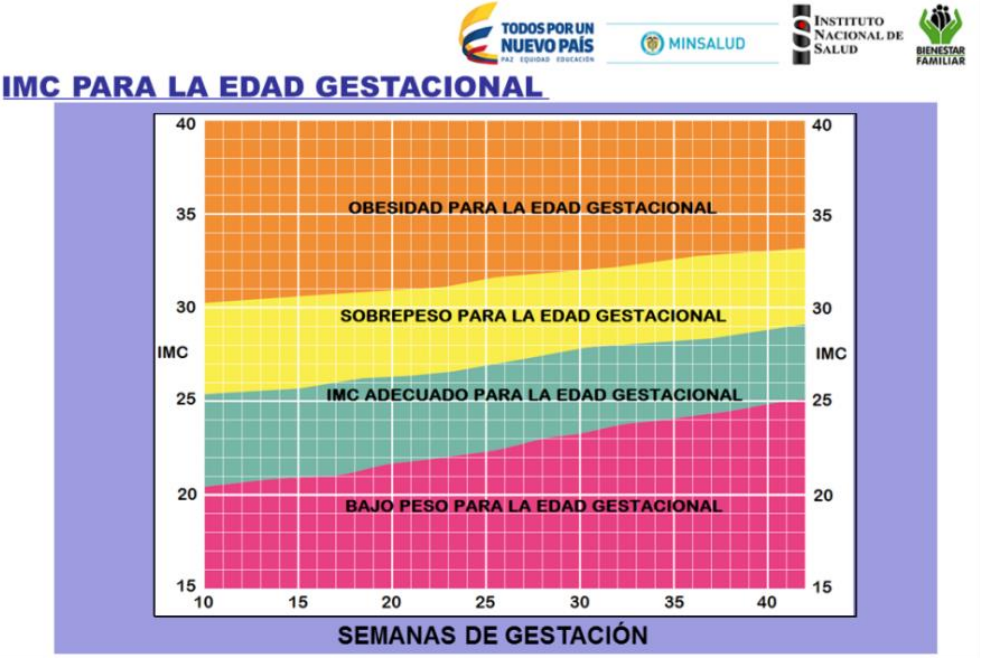
- El niño o la niña esta desganado**,** luce fatigado o ha perdido interés en el juego**.** Permanece quieto y sin ánimo.
- Está inapetente y se niega recibir leche materna u otros alimentos, dependiendo su edad.
- Llora excesivamente y con frecuencia, permanece irritable

***Nota:** En caso de identificar un niño o niña con desnutrición aguda moderada o severa y alguna de las siguientes condiciones, se deberá realizar remisión **inmediata** a la Institución Prestadora de Servicios de Salud más cercana, a través del llamado de ambulancia:

- Niño o niña menor de 6 meses
- Niño o niña mayor de 6 meses que pese menos de 4 kilos
- Edema nutricional
- Estado de choque.
- Diarrea aguda o persistente.
- Infección respiratoria, sepsis, neuroinfección e infección urinaria.
- Temperatura axilar menor a 35.5 °C o mayor a 38 °C.
- Pérdida de continuidad, extensión y tipo de compromiso de la piel.
- Anemia severa.
- Hipoglicemia, hipofosfatemia o hipocalcemia.
- Signos de enfermedad grave: vomita todo o no come nada, se encuentra letárgico o inconsciente, convulsiona.
- Condición médica o social del niño o la familia que requiera evaluación e intervención, por ejemplo, abandono, discapacidad o enfermedad mental del cuidador.
- Niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda que no se encuentran con adherencia al lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad (Resolución 2350 del 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social) pese a que no presentan ninguna de las condiciones previamente mencionadas.

Momento de Curso de vida: Personas gestantes

Se establece el IMC para Edad Gestacional –IMC/EG desarrollado por el doctor Eduardo Atalah y colaboradores, publicado en la revista médica de Chile en el año 1997. El método de Atalah se basa en el incremento de peso medido mediante el IMC ajustado para la edad gestacional de mujeres adultas y gestaciones no gemelares o múltiples, a partir de la semana 6 y hasta la semana 42 de gestación (antes de la semana 6 de gestación no se observan cambios significativos en el índice de masa corporal de las gestantes adultas). Las categorías establecidas en la clasificación antropométrica del estado nutricional de las gestantes son: bajo peso para la edad gestacional, peso adecuado para la edad gestacional, sobrepeso y obesidad para la edad gestacional.



Fuente: Resolución 2465 de 2016.

La metodología desarrollada por Atalah permite calcular la ganancia total de peso que debe alcanzar la mujer en la gestación según el IMC pregestacional así:

Cuadro 2. Incremento de peso esperado según el IMC pregestacional.

Clasificación del IMC pregestacional	Valor de referencia del IMC*	Incremento de peso esperado (kg)	Gramos/ Semana
IMC menor a 20	< 20,0	12 - 18	400 - 600
IMC adecuado	20.0 - 24.9	10 - 13	330 - 430
Sobrepeso	25 - 29,9	7 - 10	230 - 330
Obesidad	≥ 30	6 - 7	200 - 230

Fuente: Resolución 2465 de 2016.

Cuando las gestantes al momento de la primera consulta (dentro del primer trimestre) desconocen su peso pregestacional, puede utilizarse como referencia el IMC de la mujer en ese momento e indagar con ella los posibles cambios de peso percibidos, para determinar la ganancia de peso esperada para las semanas de gestación restantes.

Momento de Curso de vida: Niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años

En el grupo de niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años de edad, se deben utilizar los indicadores IMC para la Edad - IMC/E y Talla para la Edad - T/E. A continuación, se presentan los puntos de corte para cada indicador, su denominación y tipo de uso:

Cuadro 3. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años, según el indicador y punto de corte.

Indicador	Punto de corte (desviaciones estándar D.E)	Clasificación antropométrica
Talla para la edad (T/E)	≥ -1	Talla adecuada para la edad
	≥ -2 a < -1	Riesgo de retraso en talla
	< -2	Talla baja para la edad o retraso en talla
IMC para la edad (IMC/E)	> +2	Obesidad
	+1 a ≤ +2	Sobrepeso
	≥ -1 a ≤ +1	IMC adecuado para la edad
	≥-2 a < -1	Riesgo de delgadez
	< -2	Delgadez

Fuente: Resolución 2465 de 2016.

El proceso de clasificación nutricional se debe validar a través de la herramienta **WHO AnthroPlus**, disponible para descarga en https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/application-tools, la cual permite clasificar nutricionalmente a niñas, niños y adolescentes de 5 a 19 años conforme a los patrones de referencia establecidos por la Organización Mundial de la Salud, garantizando uniformidad y precisión en la valoración antropométrica.

Es importante mencionar que a nivel individual se deben analizar y comparar varias mediciones de un mismo individuo y cómo se comportan en el tiempo esas mediciones individuales en relación con su propio canal de crecimiento, analizando a nivel individual la tendencia de los datos sobre la gráfica.

Momento de Curso de vida: Persona mayor

La valoración del estado nutricional en personas mayores requiere la medición precisa del peso y la talla, siguiendo las técnicas estandarizadas de la Resolución 2465 de 2016.

Es importante considerar el documento “Orientaciones para la atención nutricional de las personas mayores” del Ministerio de Salud y Protección Social que se adjunta en la caja de herramientas. De este, se debe considerar lo siguiente:

Peso**:**

1. Colocar la báscula en superficie plana y tarar a cero.
2. Solicitar al usuario que se ubique de pie en el centro de la báscula, con la menor ropa posible, erguido y mirando al frente.
3. Leer el peso y registrarlo con aproximación de 50–100 g.
4. Repetir la medición para validar; si hay variación > sensibilidad del equipo, realizar tercera medición y promediar las dos más cercanas.
5. En personas que no pueden ponerse de pie: estimar el peso con fórmula:
    - Mujeres: (Altura rodilla-talón × 1,09) + (Circunferencia brazo × 2,68) – 65,51
    - Hombres: (Altura rodilla-talón × 1,10) + (Circunferencia brazo × 3,07) – 75,81

Talla**:**

1. Si la persona puede mantenerse de pie, medir la talla habitual.
2. Si no es posible (de pie o sentado), estimar con:
    - Altura de rodilla: ecuaciones específicas por sexo y grupo étnico.
    - Envergadura del brazo: (Mujer) (1,35 × envergadura media) + 60,1; (Hombre) (1,40 × envergadura media) + 57,8.

Circunferencias**:**

- Brazo: medir en punto medio entre acromion y olécranon (brazo no dominante).
- Cintura: medir en el punto medio entre el borde inferior de la última costilla y la cresta ilíaca.

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

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.

Clasificación nutricional

Cuadro 4. Clasificación nutricional según Índice de Masa Corporal según la SENPE para personas mayores.

Categoría	SENPE (Personas mayores)
Desnutrición severa	< 16 kg/m²
Desnutrición moderada	16 – 16,9 kg/m²
Desnutrición leve	17 – 18,4 kg/m²
Peso insuficiente	18,5 – 22 kg/m²
Peso normal	22 – 27 kg/m²
Sobrepeso	27 – 29,9 kg/m²
Obesidad	≥ 30 kg/m² (Obesidad I)
Obesidad grado 2	35 – 39,9 kg/m² (Obesidad II)
Obesidad grado 3	≥ 40 kg/m² (Obesidad III)

Fuente: Clasificación según IMC de la SENPE.

Descripción de la acción: Aplicación Escala FIES (Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria)

La Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria (FIES, por sus siglas en inglés) es una herramienta desarrollada por la FAO para medir, a partir de la percepción de las personas, las dificultades en el acceso a los alimentos por razones económicas o de disponibilidad. En la población mayor, su aplicación adquiere especial relevancia, ya que permite identificar situaciones de inseguridad alimentaria que pueden impactar de manera directa en su estado nutricional, salud y calidad de vida. Al captar experiencias como la preocupación por no tener suficiente comida, la reducción en la cantidad o calidad de las comidas y, en casos severos, la privación alimentaria, la FIES ofrece información clave para orientar intervenciones de salud pública, asistencia social y programas de apoyo nutricional dirigidos a garantizar el derecho a la alimentación adecuada en esta etapa del curso de vida.

La aplicación de la FIES se realizará únicamente a personas mayores que asisten a Centro Día y a servicios sociosanitarios, considerando que su cuidado permanente se da fuera de la institución abordada. La aplicación de la escala será desarrollada mediante una entrevista directa con las personas, empleando un cuestionario estructurado de ocho preguntas que indaga sobre experiencias relacionadas con la preocupación por la disponibilidad de alimentos, la reducción en la calidad o cantidad de las comidas y, en situaciones extremas, la privación alimentaria.

La metodología permite clasificar los hogares según el nivel de inseguridad alimentaria (leve, moderada o severa) y se aplica respetando criterios éticos de confidencialidad, claridad en la formulación de preguntas y adaptación cultural del lenguaje, garantizando que los datos recolectados sean fiables y representativos para la toma de decisiones y la orientación de intervenciones integrales.

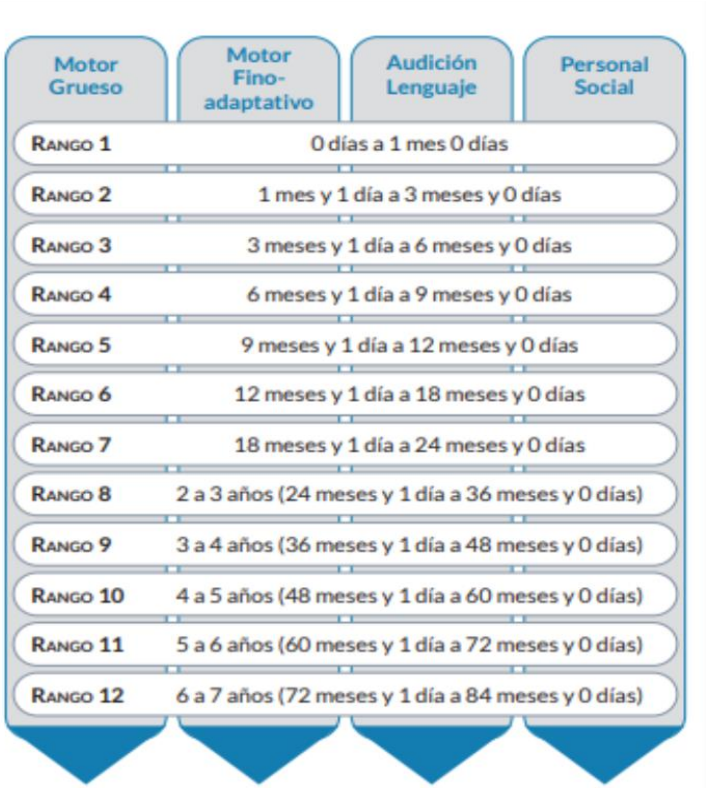
Descripción de la acción: Evaluación del Desarrollo Infantil

La evaluación del desarrollo infantil en el entorno institucional se orienta a la identificación y análisis del desarrollo infantil de los niños y niñas pertenecientes a las diferentes instituciones abordadas y se realizará a través de la aplicación de la Escala Abreviada de Desarrollo-3 en la población de 0 a 7 años a quienes el equipo interdisciplinario de la institución refiera priorización por presentar posibles alertas en el desarrollo o que, en la observación del grupo, los profesionales identifiquen con necesidad de tamizaje. Para ello se realizará el diligenciamiento de formato definido para tal fin, identificando alertas en el desarrollo infantil de los menores.

Esta actividad será realizada por el perfil de terapeuta (terapia ocupacional o fisioterapia).

Contenidos mínimos:
Se aplicará la evaluación de las preguntas de las cuatro áreas del desarrollo infantil: motricidad fino-adaptativa, motricidad gruesa, audición lenguaje y personal social de acuerdo al rango de edad al que pertenece el niño o la niña después de realizar el cálculo de la edad (Ver Figura 1), identificando los niños y niñas con riesgo o sospecha de problema en el desarrollo. Lo anterior se desarrollará a través de la aplicación de la escala abreviada del desarrollo (EAD) versión 3 de acuerdo con lo establecido en el documento ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO - 3. Las escalas diligenciadas deberán ser digitadas e ingresadas en el aplicativo GESI - Escala Abreviada del Desarrollo (http://gesi.saludcapital.gov.co/gesi_app/app__Login/).

Figura 1. Rangos de edad para la aplicación de preguntas en las 4 áreas del desarrollo EAD-3.



Motor Grueso	Motor Fino-adaptativo	Audición Lenguaje	Personal Social
Rango 1	0 días a 1 mes 0 días		
Rango 2	1 mes y 1 día a 3 meses y 0 días		
Rango 3	3 meses y 1 día a 6 meses y 0 días		
Rango 4	6 meses y 1 día a 9 meses y 0 días		
Rango 5	9 meses y 1 día a 12 meses y 0 días		
Rango 6	12 meses y 1 día a 18 meses y 0 días		
Rango 7	18 meses y 1 día a 24 meses y 0 días		
Rango 8	2 a 3 años (24 meses y 1 día a 36 meses y 0 días)		
Rango 9	3 a 4 años (36 meses y 1 día a 48 meses y 0 días)		
Rango 10	4 a 5 años (48 meses y 1 día a 60 meses y 0 días)		
Rango 11	5 a 6 años (60 meses y 1 día a 72 meses y 0 días)		
Rango 12	6 a 7 años (72 meses y 1 día a 84 meses y 0 días)		

Descripción de la acción: Tamizaje visual y tamizaje auditivo

Momento de curso de vida: Toda la población a partir de los 4 años hasta personas adultas mayores.

Contenidos mínimos:

La intervención la desarrollará el equipo del entorno institucional en el marco de las sesiones de implementación del Plan de Cuidado, para identificar los factores de riesgo, las necesidades de la población de las instituciones y realizar la gestión del riesgo por medio de seguimientos a los casos identificados con posible riesgo.

A nivel metodológico la intervención de tamización y orientación en la gestión del riesgo, se realizará previa concertación de los espacios y autorización de la ejecución de las acciones de tamizaje en las instituciones.

Posterior a la realización de los tamizajes, se informará a la institución los resultados, el proceso a seguir y las recomendaciones en salud. A las personas tamizadas se les informará el resultado y brindará información en salud visual y salud auditiva comunicativa.

Es importante informar a las instituciones y a las personas tamizadas que los resultados obtenidos de la aplicación del tamizaje visual y auditivo no indican un diagnóstico, no sustituyen una valoración clínica en sus lugares de atención en servicios de salud, ni tampoco reemplazan la necesidad de controles regulares de la salud visual y la salud auditiva (si aplica de acuerdo al historial clínico) por parte de un profesional de la salud con formación específica y/o especializada en estos temas (fonoaudiología, audiología, otorrinolaringología, otología, optometría, oftalmología).

Criterios de priorización:

- Personas que comprendan instrucciones y puedan responder verbalmente con señas o por escrito a las preguntas
- En niños y niñas se recomienda tener en cuenta especialmente a aquellos con factores de riesgo asociados a una mayor prevalencia de alteraciones visuales como familiares de primer grado con estrabismo o ambliopía y prematuros nacidos antes de las 32 semanas de edad gestacional[1].
- En personas mayores de 40 años se debe tener en cuenta que en los últimos 5 años no haya sido tamizada y no tenga un diagnóstico previo visual o auditivo[2].
- Las personas con pérdida auditiva o visual diagnosticada (hipoacusia, glaucoma, retinopatía hipertensiva o diabética, degeneración macular, entre otros, o personas que utilizan audífono(s), gafas, lentes), se pueden tamizar solo si no han tenido un seguimiento reciente (1 año) con un profesional de salud. Si ya están diagnosticadas puede resultar innecesaria una tamización[3] por lo que se podrá orientar a la persona para que acuda a consulta con su médico tratante sin necesidad de ser tamizada.
- En las personas adultas se debe preguntar previo al tamizaje si, ¿tiene algún problema de la vista?, ¿Le cuesta ver de lejos o leer? ¿Tiene alguna enfermedad ocular o toma medicación (p. ej., diabetes, hipertensión)?. Esta información orientará el tipo de educación en salud que la persona requiere.

[1] García Aguado J, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Esparza Olcina MJ, Galbe SánchezVentura J, et al. Valoración de la agudeza visual. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016;18:267-74.

[2] Ministerio de Salud y Protección Social (2007) Guía 5 para la detección temprana de alteraciones visuales y patologías oculares. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20DE%20ATENCI%C3%93N%20DE%20LEPRA.pdf

[3] Organización Mundial de la Salud (2021) Tamizaje Auditivo. Consideraciones para implementación. Versión oficial en español de la obra original en inglés Hearing screening: considerations for implementation. World Health Organization. 2021.

Tamizaje Visual[4]

Recursos para aplicar el Tamizaje Visual:

- 1 Cartilla (Optotipo) con la letra E direccional o giratoria para examen de agudeza visual. La tabla de optotipos E permite evaluar a población pediátrica, adulta, analfabeta y población con discapacidad. A 6 metros o a 3 metros.
- 1 cinta métrica
- Esfero
- Oclusor
- Formato de acciones colectivas para diligenciar las respuestas.

Tiempo de aplicación del tamizaje visual: 5 – 15 minutos.
Los equipos territoriales pueden realizar ejercicios con los niños y niñas, previo a la aplicación del tamizaje para garantizar que reconozcan las figuras del optotipo, sigan las instrucciones e identifiquen la direccionalidad del optotipo.

Algunos de los recursos que pueden usar son:

- Video sobre el tamizaje visual con optotipo E: https://www.youtube.com/watch?v=xXLP0BUD5Yc
- Video sobre actividades de lateralidad/orientación espacial: https://www.youtube.com/watch?v=jfZ-NX18BKU
- Canción suben y bajan las olas (arriba, abajo, al lado): https://www.youtube.com/watch?v=6Lklh8TMu0A&list=RD6Lklh8TMu0A&start_radio=1
- Canción Sube y baja. Grupo pequeño pez. https://www.youtube.com/watch?v=zlot8JGOonM&list=RDzlot8JGOonM&start_radio=1
- Canción arriba, abajo, a un lado. https://www.youtube.com/watch?v=Tz3AEmKkt2g&list=RDTz3AEmKkt2g&start_radio=1

Instrucciones[5]**:**

Organice los recursos necesarios para realizar el tamizaje visual en el espacio previamente concertado con la institución. Es indispensable que el espacio cuente con adecuada iluminación y esté libre de distracciones. El uso de una silla para que las

[4] Tomado y adaptado de Instituto Nacional de Geriatría (2022) Guía de instrumentos de evaluación de la capacidad funcional. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/813747/Guia_InstrumentosEvaluacion_2022_31oct.pdf

[5] Tomado y adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social (2019) Pautas para la valoración de la salud visual para profesionales de medicina y enfermería, en el marco de la Resolución 3280 de 2018.

personas se sienten mientras realiza el tamizaje es opcional de acuerdo con las condiciones del espacio.

1. Si la persona usa gafas, verifique que las lleve puestas el día del tamizaje.
2. Ubique la persona en posición vertical frente al optotipo, a la altura de los ojos, a la distancia para la cual está diseñada la cartilla (optotipo E). Si el espacio no alcanza la distancia requerida recuerde realizar la conversión del resultado de acuerdo con la tabla de conversión de resultados
3. Verifique que la persona reconozca las figuras del optotipo E. Para ello, pregúntele la posición de las figuras grandes mientras tiene ambos ojos abiertos. Enséñele cómo indicar con la mano la orientación de la figura: arriba, abajo, izquierda o derecha.
4. Observe las estructuras externas del ojo para verificar presencia de secreción, enrojecimiento, inflamación o desviación del ojo. Ante la presencia de algunos de estos signos, se debe informar a la persona responsable en la institución y enlace para realizar el tamizaje.
5. Realice la prueba con un ojo a la vez. Para explorar el ojo derecho pídale a la persona que cubra con el oclusor el ojo izquierdo. Asegúrese de que el ojo esté bien ocluido, en caso de necesitarlo puede pedirle que se cubra el ojo con la mano en forma de cuenco.
6. La persona debe indicar la posición de la E de cada línea del optotipo, iniciando por las figuras de mayor tamaño, usted deberá ir señalando todas las figuras. Registre el valor que señala la última línea leída o en la que identificó más de la mitad de los símbolos.
7. Para tamizar el ojo izquierdo pídale a la persona que cubra con el oclusor el ojo derecho y realice el mismo procedimiento. Registre el valor que señala la última línea leída o en la que identificó más de la mitad de los símbolos.

Nota: Esté atenta/o en todo momento a que la persona no entrecierre los ojos para ver las letras o a que ladee la cabeza.

Si la persona no alcanza a ver la primera figura del optotipo por alguno de los ojos (20/200), ajuste la distancia del optotipo a una distancia menor, si vuelve a fallar, ubíquese frente a la persona a la misma distancia que estaba el optotipo y realice la prueba a cuentadedos; pregunte a la persona si percibe el movimiento de las manos y logra contar los dedos. Recuerde registrarlo en los resultados teniendo en cuenta la conversión de valores de acuerdo con la distancia.

Valores para interpretar los resultados de tamizaje visual:

La expresión numérica de la agudeza visual se hace mediante una fracción cuyo numerador es la distancia para la cual fue diseñada la prueba (20 pies ó 6 metros) y el denominador la distancia a la cual los ojos deberían leer. Por ejemplo: 6/6 (mts) ó 20/20

(pies) indicaría una visión normal mientras que un valor 6/18 ó 20/60 de agudeza visual se consideraría un déficit visual.

Los niños y niñas adquieren la visión normal a los 6 años, por lo cual una puntuación de 20/40 puede considerarse normal.

Tabla de Clasificación de la deficiencia visualhttps://usc-word-edit.officeapps.live.com/we/wordeditorframe.aspx?ui=es-ES&rs=es-ES&wopisrc=https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/personal/micamargo_saludcapital_gov_co/_vti_bin/wopi.ashx/files/e8e1314c817a4798af1147b2ee6d418e&wdenableroaming=1&mscc=1&wdodb=1&hid=CFD8BAA1-8029-0000-D229-56B098E38356.0&uih=sharepointcom&wdlcid=es-ES&jsapi=1&jsapiver=v2&corrid=4e034e6b-7267-a3d8-323c-2c1eb4ddb904&usid=4e034e6b-7267-a3d8-323c-2c1eb4ddb904&newsession=1&sftc=1&uihit=docaspx&muv=1&ats=PairwiseBroker&cac=1&sams=1&mtf=1&sfp=1&sdp=1&hch=1&hwfh=1&dchat=1&sc={"pmo":"https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com","pmshare":true}&ctp=LeastProtected&rct=Normal&wdorigin=ItemsView&wdhostclicktime=1754953423442&afdflight=46&csiro=1&instantedit=1&wopicomplete=1&wdredirectionreason=Unified_SingleFlush **y su equivalencia[6]:**

Ceguera	Agudeza visual inferior a 3/60.	Ceguera
Grave	Agudeza visual inferior a 6/60 Visión a cuentadedos	20/200
Moderada	Agudeza visual inferior 6/18	20/60
Leve	Agudeza visual inferior a 6/12	20/40
Normal	Agudeza visual 6/6	20/20

Nota: En los casos en los que la distancia a la que se realiza el tamizaje visual sea menor a 6 metros y se utilice una cartilla de optotipos de 6 metros, se debe hacer la conversión del resultado de la prueba utilizando como guía los siguientes valores:

Tabla de conversión de resultados

Metros a los que se modifica la ubicación del optotipo de 6 mts	**Valores para realizar la conversión del resultado**

[6] Elaboración propia a partir de Organización Panamericana de la Salud (2020) Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Versión oficial en español de la obra original en inglés Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care WHO/FWC/ALC/19.1 Organización Panamericana de la Salud, 2020.

5 metros	_resultado_ X 1,2 =
4 metros	_resultado_ X 1,5 =
3 metros	_resultado_ X 2 =
2 metros	_resultado_ X 3 =

Tenga en cuenta que a cada persona se le debe registrar los resultados del tamizaje visual, por cada ojo separado.

Tamizaje Auditivo

Recursos Tamizaje Auditivo:

- Prueba de Voz susurrada impresa (Ver anexo)
- Silla para el usuario
- 1 cinta métrica
- Esfero
- Formato de acciones colectivas para diligenciar las respuestas.
- Espacio silencioso, privado, iluminado, libre de distracciones.

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

Instrucciones[7]:

1. Organice los recursos necesarios para realizar el tamizaje auditivo en el espacio previamente concertado con el jardín o el colegio. Es indispensable que el espacio sea silencioso y esté libre de distracciones. El uso de una silla para que las personas se sienten mientras realiza el tamizaje es opcional de acuerdo con las condiciones del espacio.
2. Si la persona usa audífonos, verifique que los lleve puestos el día del tamizaje.
3. Inicialmente explique a la persona la prueba. Tome el siguiente ejemplo el cual puede adaptar al lenguaje y el contexto. “Para realizar la prueba de audición, le voy a decir unas letras y palabras para que usted las repita. Para examinar cada oído por separado es necesario que se tape el oído contrario a evaluar, según le indique”. Es

[7] Tomado y adaptado de Organización Panamericana de la Salud (2021) Tamizaje Auditivo. Consideraciones para implementación. Versión oficial en español de la obra original en inglés Hearing screening: considerations for implementation. World Health Organization. 2021.

importante explicar que se debe poner el dedo sobre el trago haciendo círculos, siguiendo el ejemplo del Anexo “Prueba de voz susurrada”.

4. Luego de verificar que la persona ha entendido la prueba, el evaluador debe ubicarse detrás de ésta, a un brazo de distancia (unos 60 o 70 cm)
5. Observe las estructuras externas del oído de la persona para verificar la presencia de cerumen, secreción de líquido del interior del oído, mal olor, enrojecimiento e inflamación dolorosa detrás de la oreja (apófisis mastoides). Ante la presencia de algunos de estos signos se debe informar a la persona responsable o enlace en la institución. Si existe presencia de signos de infección auditiva no se realiza el tamizaje sino que se debe canalizar y brindar recomendaciones en salud.
6. Realice la prueba con un oído a la vez. Para explorar el oído derecho pídale a la persona que se tape el oído izquierdo. Asegúrese de que el oído esté bien tapado.
7. Respire profundamente y exhale por completo antes de susurrar la combinación de números y letras. Dé una combinación de número-letra-número (por ejemplo, 4-K-2).
8. Pídale a la persona que repita lo que oye.
9. Si la persona lo repite bien, continué la prueba con el otro oído. Asegúrese de que la combinación de número-letra-número sea diferente para cada oído.
10. Si la persona no repite bien la combinación de letras y números, vuelva a intentar la prueba con una combinación diferente de número y letra. Si la persona obtiene 3 letras o números correctos en total, de los 6 números o letras susurradas en ese oído, después de un segundo intento, se considera un resultado satisfactorio.

Valores para interpretar los resultados de tamizaje auditivo

Tabla de clasificación de Prueba de Voz de Susurrada de la Universidad de California[8]

Satisfactoria	El usuario repite bien la prueba de combinación de número-letra-número Si una persona obtiene 3 letras o números correctos en total (de los 6 números o letras susurradas en ese oído) después de un segundo intento, se considera un resultado satisfactorio.
No satisfactoria	El usuario No repite bien la prueba

Tenga en cuenta que los resultados del tamizaje auditivo se deben registrar para cada oído.

[8] Organización Panamericana de la Salud (2021) Tamizaje Auditivo. Consideraciones para implementación. Versión oficial en español de la obra original en inglés Hearing screening: considerations for implementation. World Health Organization. 2021.

Anexo: Prueba de voz susurrada

PRUEBA DE VOZ SUSURRADA

La prueba de voz susurrada solo será la opción preferida cuando no se disponga de otros métodos de prueba.

Realización de una prueba de voz susurrada:[9]

Figura A1 La prueba de voz susurrada de la Universidad de California

La prueba de la voz susurrada

1. Con el paciente sentado en una mesa o silla de examen, colóquese a un brazo de distancia (a unos 60 o 70 cm) detrás del paciente.



2. Dígale al paciente: "Durante la prueba de audición, le pediré que se tape el oído que no esté examinando mientras yo digo las letras y los números en voz alta. Se tapará la oreja poniendo el dedo sobre el trago.



3. Haga que el paciente se tape el oído que NO esté examinando, poniéndose un dedo sobre el trago. Haga que el paciente mueva lentamente el dedo en un movimiento circular.

4. Respire profundamente y exhale por completo antes de susurrar la combinación de números y letras.

5. Dé una combinación de número-letra-número (por ejemplo, 4-K-2).

   8-M-3 2-J-7
   K-5-R S-4-G

6. Haga que el paciente repita lo que oye.

7. Si el paciente lo repite bien, repita la prueba con el otro oído. Asegúrese de que la combinación de número-letra-número sea diferente para cada oído.

8. Si el paciente no lo repite bien, vuelva a intentar la prueba con una combinación diferente de número y letra. Si un paciente obtiene 3 letras o números correctos en total (de los 6 números o letras susurradas en ese oído) después de un segundo intento, se considera un resultado satisfactorio.

9. Recuerde registrar los resultados.

9 Adaptado de la Universidad de California, San Francisco, Estados Unidos de América (https://geriatrics.ucsf.edu/sites/geriatrics.ucsf.edu/files/2018-06/whispertest.pdf, consultado el 18 de mayo del 2021).

Prueba de voz susurrada. Disponible en Organización Panamericana de la Salud. Tamizaje Auditivo consideraciones para su Implementación. Enlace: https://iris.paho.org/handle/10665.2/55387

Descripción de la acción: Tamizaje para clasificación de riesgo cardiovascular a 10 años.

Momento de curso de vida: Juventud, adultez y vejez.

Contenidos mínimos:

Las personas con factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades o condiciones crónicas no transmisibles (diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedad renal, entre otras), como son el consumo de tabaco y sucedáneos, consumo nocivo de alcohol, consumo de grasas saturadas, azúcares libres o sal, exposición a rayos ultravioleta sin protección, exposición a ruido y sedentarismo o con diagnóstico de eventos precursores: hipertensión arterial y obesidad, contarán con asesoría con el fin de desarrollar habilidades de automanejo en los riesgos identificados y la realización de tamización para la clasificación de riesgo en los próximos 10 años de enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades respiratorias crónicas, los cuales orientarán la asesoría mencionada, pero también definirán la necesidad de remisión a los servicios de salud para diagnóstico temprano en los niveles de riesgo más alto, así como la remisión a los servicios sociales que oferta la ciudad.

Descripción:

De acuerdo con la literatura, en las acciones realizadas en los entornos cuidadores, la escala recomendada y validada internacionalmente para la estimación del riesgo cardiovascular es la versión no basada en laboratorio de las Tablas de Riesgo Cardiovascular de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta herramienta utiliza variables fácilmente obtenibles: edad, sexo, presión arterial sistólica, tabaquismo y el índice de masa corporal (IMC), omitiendo la necesidad de colesterol sérico o glucemia, lo que la hace especialmente adecuada para contextos con recursos limitados o en campañas comunitarias de tamizaje.

La literatura muestra que la concordancia entre la versión no basada en laboratorio y la versión basada en laboratorio de las tablas de la OMS es sustancial en la mayoría de los grupos etarios y sexos, con coeficientes kappa que reflejan una clasificación similar de los individuos en categorías de bajo, moderado y alto riesgo. Además, la sensibilidad de

la versión no basada en laboratorio es adecuada para la identificación de personas en alto riesgo, especialmente cuando se utiliza un umbral de riesgo del 10% para la intervención, lo que la hace útil para programas de tamización y priorización de intervenciones preventivas.

Las Tablas de Riesgo Cardiovascular de la Organización Mundial de la Salud (OMS) permiten estimar el riesgo absoluto de presentar un evento cardiovascular mayor (infarto de miocardio, accidente cerebrovascular u otros eventos cardiovasculares fatales o no fatales) a 10 años, clasificando a los individuos en diferentes categorías de riesgo.

Para el caso de Colombia se debe utilizar la tabla correspondiente a la subregión de América Latina Central (AMR B) que incluye a Colombia, Costa Rica, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, El Salvador y Venezuela. Disponible en: https://www.who.int/news/item/02-09-2019-who-updates-cardiovascular-risk-charts

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.

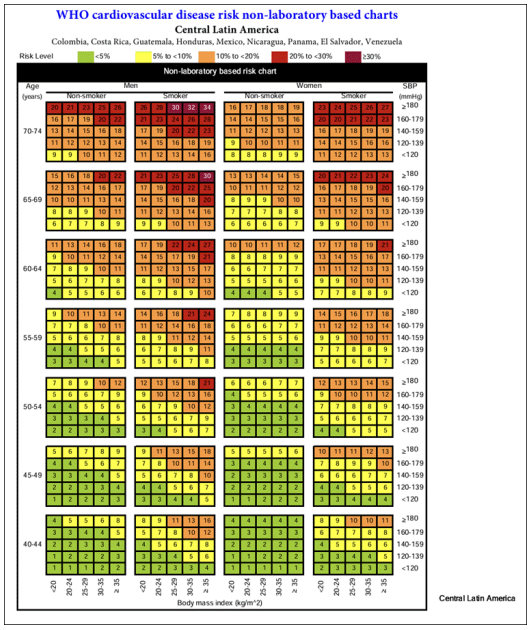
El mismo criterio aplica para personas con enfermedad renal crónica, aquellas en manejo farmacológico por dislipidemia (incluyendo uso de estatinas u otros hipolipemiantes) y para personas con diagnóstico de diabetes mellitus en tratamiento médico, especialmente con uso de insulina. En todos estos grupos 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.

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

***Toma estandarizada de la presión arterial:**

Medición de la presión arterial (PA) de acuerdo con las recomendaciones específicas para esta valoración y con un 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:

1. 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.
2. 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.
3. Ni la persona ni el observador deben hablar durante el reposo ni durante la medición.
4. La ropa debe retirarse del área de colocación del manguito.
5. 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).
6. El dispositivo debe estar validado y calibrado periódicamente.
7. 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.
8. Se deben realizar al menos dos mediciones separadas por 1-2 minutos, promediando los valores para la interpretación clínica.

9. 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).

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

- 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)

Sin embargo, en algunos documentos de la OMS/ISH (International Society of Hypertension) se pueden encontrar 4 categorías:

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

La diferencia entre las categorías clásicas de las tablas OMS/ISH y las 5 categorías que usa CardioApp (OPS/OMS) 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.

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.

Categoría (OMS/OPS)	Riesgo a 10 años	Color	Intervención	Necesidad de canalización
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.
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 recalcar 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.

Descripción de la acción: Tamizaje de riesgo de diabetes mellitus tipo 2 a 10 años

Momento de curso de vida: Juventud**,** adultez y vejez.

Contenidos mínimos:

En el ámbito de la atención pública y en contextos donde muchas personas no tienen acceso a resultados de laboratorio o mediciones de glucosa, la evidencia ha mostrado que la escala recomendada y validada internacionalmente para estimar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 a 10 años es el Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC). Esta herramienta se basa exclusivamente en variables clínicas y de fácil obtención: edad, índice de masa corporal (IMC), circunferencia de cintura, actividad física, consumo de frutas y verduras, antecedentes de hipertensión, historia familiar de diabetes y antecedentes de hiperglucemia previa. FINDRISC ha demostrado buen desempeño predictivo en múltiples poblaciones y es ampliamente utilizada en campañas de salud pública y atención primaria, permitiendo identificar individuos con alto riesgo que requieren intervención o pruebas diagnósticas adicionales.

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.

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
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, 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.

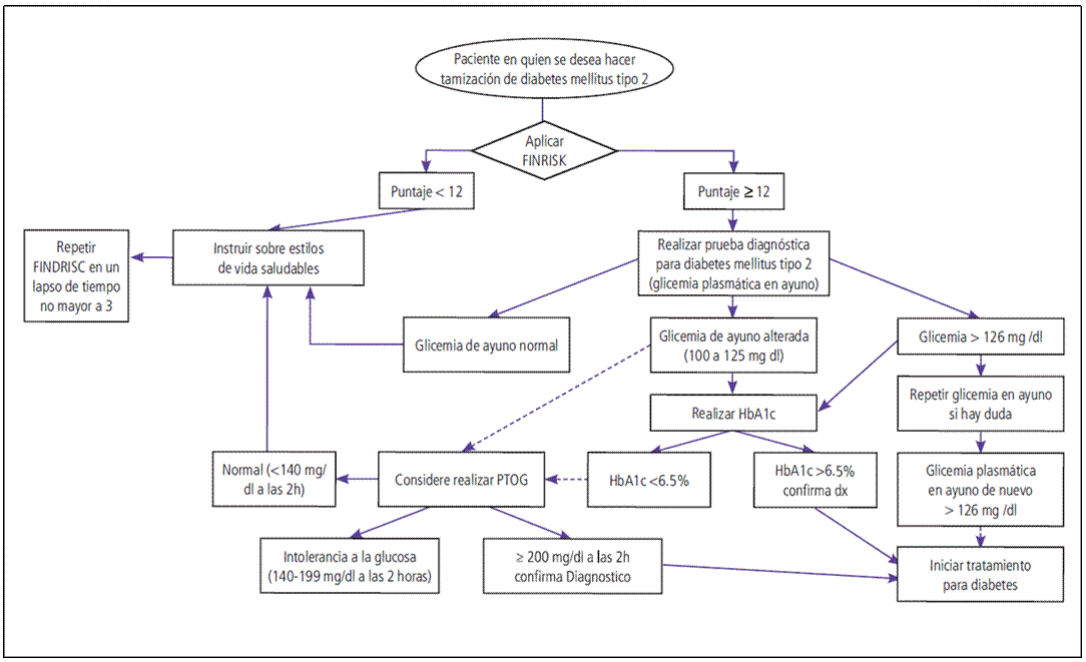
Niveles de riesgo:
De acuerdo con la GPC colombiana para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años y las recomendaciones internacionales los resultados de la prueba se expresan como una puntuación total (rango habitual: 0-26 puntos) y se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

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
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:

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 (son 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.

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 deben indagar por síntomas sugestivos de diabetes y remitir para confirmación de diagnóstico.
Valores por debajo de <70 mg/dL pueden sugerir hipoglicemia, en personas diabéticas evaluar la necesidad de ingesta de carbohidratos.

Descripción de la acción: Tamizaje respiratorio, asesoría en salud respiratoria y ejercicios de respiración.

La correcta aplicación del tamizaje es determinante para garantizar la validez y confiabilidad de los resultados, además de permitir ajustes metodológicos en futuras aplicaciones.

Momento de curso de vida: Personas de 0 a 17 años, de 18 a 39 años y personas mayores de 40 años.

Contenidos mínimos:

La intervención la desarrollará el equipo del entorno institucional en el marco de las sesiones de implementación del Plan de Bienestar, con el fin de identificar factores de riesgo respiratorio, necesidades particulares de la población y realizar la gestión del riesgo por medio de seguimiento a los casos identificados con posible enfermedad respiratoria crónica [1].

A nivel metodológico, la intervención de tamización y orientación en salud respiratoria se llevará a cabo previa concertación de los espacios y autorización de la institución, garantizando la disponibilidad de áreas adecuadas para la aplicación de pruebas básicas y el acompañamiento educativo [2].

Posterior a la realización del tamizaje, se informará a la institución sobre los resultados globales y se entregarán recomendaciones colectivas en salud respiratoria. A las personas tamizadas se les comunicará de manera individual el resultado de su tamizaje, se les brindará información sobre la importancia de la salud respiratoria, la prevención de enfermedades crónicas, la reducción de factores de riesgo (como el tabaquismo,

exposición a polvo, humo o sustancias químicas), y se orientará en el fortalecimiento de hábitos de autocuidado [1][3].

Adicionalmente, se enseñarán y practicarán ejercicios de respiración adaptados según el momento del curso de vida:

- Mayores de 18 a 39 años: ejercicios de respiración diafragmática y técnicas de respiración profunda para mejorar la capacidad pulmonar y reducir el estrés[3][4].
- Mayores de 40 años: ejercicios de respiración controlada y pausada, combinados con movimientos suaves, orientados a mantener la función pulmonar y favorecer la relajación[3][4].

Es fundamental informar a las instituciones y a las personas tamizadas que los resultados del tamizaje respiratorio no constituyen un diagnóstico definitivo, no reemplazan la valoración clínica en servicios de salud especializados, ni sustituyen la importancia de los controles regulares en salud respiratoria con profesionales médicos o de enfermería especializados en neumología o medicina interna, según corresponda. [1][5].

Tamizajes

• Tamizaje enfermedades respiratorias crónicas de 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.

• Tamizaje ERC mayor de 18 a 39 años incorporando propuesta de tamizajes de enfermedades respiratorias crónicas para población de 18 a 39 años. Consultar Instructivo tamizaje ERC mayor de 18 a 39 años. Con canalización a partir de la presencia de dos (2) o más respuestas afirmativas constituye un hallazgo de alerta y se recomienda derivar a la ruta de enfermedades respiratorias crónicas para considerar realización de una espirometría para detectar si tiene ASMA.

• Tamizaje ERC EPOC mayor de 40 años con cuestionario breve de EPOC incorporando propuesta de tamizajes de enfermedades respiratorias crónicas para población mayor de 40 años. Consultar Instructivo mayor de 40 años con cuestionario breve de EPOC. Con canalización a partir de la presencia de dos (3) o más respuestas afirmativas constituye un hallazgo de alerta y se recomienda derivar a la ruta de enfermedades respiratorias crónicas para considerar realización de una espirometría para detectar si tiene EPOC y ser canalizado a un servicio de salud.

• El resultado de los tamizajes orientará la canalización y los aspectos a educar. (Formatos Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 18 a 39 años, Tamizaje ERC EPOC mayor de 40 años con cuestionario breve de EPOC).

Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años:

Justificación

La detección temprana de enfermedades respiratorias crónicas en la infancia y adolescencia es prioritaria en salud pública, dado que los primeros 18 años son críticos para el desarrollo pulmonar e inmunológico y altamente sensibles a factores ambientales, genéticos y conductuales [3]. La identificación de síntomas como tos persistente, sibilancias o disnea, junto con la exposición a humo, contaminación o antecedentes familiares, permite implementar medidas preventivas y terapéuticas oportunas.

El estudio ISAAC evidenció variaciones de más de quince veces en la prevalencia de síntomas asmáticos entre países, demostrando la influencia de determinantes como clima, genética, urbanización y prácticas culturales, lo que resalta la necesidad de tamización contextualizada [4]. Herramientas como el cuestionario ISAAC, complementadas con historia clínica y espirometría en edad escolar, han mostrado utilidad para mejorar la precisión diagnóstica y facilitar intervenciones tempranas [5].

A nivel poblacional, la tamización contribuye a estimar prevalencia, identificar subgrupos en riesgo y planificar recursos. Un meta-análisis con 1,5 millones de niños estimó una prevalencia global de asma infantil del 10,2 %, con marcadas diferencias regionales (Europa 9 %, Asia 10 %, Latinoamérica 14 %, Oceanía 23 %) [6]. Asimismo, la exposición a contaminantes atmosféricos, en especial PM2.5 y PM10, se asocia con mayor riesgo de asma, lo que enfatiza la urgencia de políticas ambientales y educativas en entornos escolares y comunitarios [7].

En síntesis, la implementación de programas de tamización se justifica por la alta prevalencia y variabilidad geográfica del asma, su riesgo de cronicidad en la adultez, la disponibilidad de instrumentos validados y la eficacia de la detección temprana. El personal de enfermería y los gestores comunitarios son clave para garantizar procesos equitativos y sostenibles.

Población objeto

Definir como población objeto a los menores de 0 a 17 años responde a criterios epidemiológicos, clínicos y de salud pública. En este periodo se consolidan procesos de maduración pulmonar e inmunológica que determinan la salud respiratoria futura, y que pueden verse alterados por factores genéticos, ambientales y socioeconómicos [6]. La evidencia muestra que múltiples riesgos —como exposición a contaminantes, humo ambiental, prematuridad, ausencia de lactancia exclusiva, sobrepeso y condiciones de vivienda precarias— pueden preceder la aparición clínica de asma u otras enfermedades respiratorias crónicas [10–13].

El estudio ISAAC demostró que la prevalencia de síntomas respiratorios en la infancia varía ampliamente entre regiones, lo que refuerza la necesidad de considerar a toda la población pediátrica y adolescente, tanto en contextos urbanos como rurales, y no solo a quienes ya presentan síntomas [9]. Además, los lineamientos técnicos en Colombia recomiendan incluir en la ruta de detección a todo menor de 19 años que consulte por síntomas respiratorios en cualquier nivel asistencial, garantizando continuidad en el seguimiento clínico y comunitario [14].

Dentro de este grupo, se reconocen subpoblaciones críticas: los menores de cinco años, en quienes la diferenciación entre episodios virales y asma es compleja, y los adolescentes, que presentan baja adherencia al tratamiento y alta exposición a riesgos sociales y conductuales [15]. Por tanto, abarcar de 0 a 17 años como población objeto permite una captación integral, la identificación temprana de factores predisponentes y la implementación de intervenciones diferenciales según la etapa del desarrollo, asegurando mayor efectividad en la prevención y control de enfermedades respiratorias crónicas desde la infancia hasta la transición a la adultez.

Acciones para la tamización

La tamización en menores de 0 a 17 años requiere un enfoque estructurado con tres componentes: capacitación del personal, aplicación diferenciada por edad y seguimiento integral. El personal de enfermería debe formarse en criterios clínicos y en el uso de cuestionarios validados, como ISAAC adaptado, junto con técnicas funcionales simples como PEF o espirometría básica en mayores de cinco años, lo que asegura estandarización y confiabilidad [16].

En menores de cinco años, la detección se centra en historia clínica y pruebas terapéuticas, dado que la espirometría es poco viable [17]. En escolares (5–11 años) se incorpora espirometría o PEF, y en adolescentes se añade la evaluación del control y adherencia al tratamiento [19]. Como complemento, la medición de óxido nítrico exhalado (FeNO) se reconoce como herramienta no invasiva útil para estimar inflamación bronquial, avalada por guías internacionales [20].

El seguimiento debe incluir planes de acción del asma con educación, control ambiental y programas comunitarios de actividad física segura. Se ha demostrado que la práctica regular de ejercicio moderado, como natación o caminata, mejora la función pulmonar, el control de síntomas y la calidad de vida, reduciendo además la necesidad de medicación y visitas a urgencias [18].

En conjunto, la formación del personal, protocolos adaptados por edad, tecnologías de apoyo y estrategias educativas aseguran una tamización eficaz, inclusiva y sostenible.

El procedimiento debe seguir los siguientes pasos:

1. **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.
2. **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.
3. **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.

4. **Preguntas evaluadas**
    - **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.
5. **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.
    - El profesional de la salud valorará la indicación de estudios complementarios, incluyendo pruebas de función pulmonar, para confirmar o descartar el diagnóstico de asma.
6. **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.

7. **Tamizaje ERC de 0 años hasta 17 años.**

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:	SI	NO
Ha tenido silbidos en el pecho 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

Fuente: International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. (1998). Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *European Respiratory Journal, 12*(2), 315–335. https://doi.org/10.1183/09031936.98.12020315

8. Clasificación del riesgo

La clasificación del riesgo en enfermedades respiratorias crónicas en niños, niñas y adolescentes constituye un componente esencial para orientar las acciones de tamización, seguimiento y canalización oportuna en el nivel comunitario y en los servicios de salud. Esta clasificación no solo debe sustentarse en criterios clínicos individuales, sino también en la magnitud epidemiológica reportada a nivel internacional, como lo evidenció el *International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)*, el cual demostró la existencia de variaciones significativas en la prevalencia de síntomas asmáticos entre países y regiones [21].

En este marco, se reconocen tres categorías de riesgo que integran información clínica, antecedentes familiares y condiciones del entorno:

En primer lugar, el riesgo bajo se asocia a individuos que no presentan síntomas respiratorios recurrentes, como tos persistente, sibilancias o disnea de esfuerzo, ni cuentan con antecedentes familiares directos de asma u otras enfermedades respiratorias crónicas. A nivel poblacional, corresponden a los grupos donde el ISAAC identificó prevalencias bajas de síntomas (<5%), generalmente en regiones con menor exposición a contaminantes ambientales y con adecuados determinantes sociales de salud. [22].

En segundo lugar, se identifica el riesgo moderado en personas con síntomas intermitentes de vías respiratorias, tales como episodios ocasionales de sibilancias, tos nocturna o limitación leve de la actividad física. En este grupo se incluyen aquellos con antecedentes familiares de asma o alergias respiratorias, así como quienes habitan en territorios urbanos con niveles intermedios de prevalencia reportados por ISAAC (10%–

20%). En este nivel se recomienda fortalecer la vigilancia activa comunitaria y el seguimiento en atención primaria. [23].

Por último, el riesgo alto agrupa a quienes presentan síntomas respiratorios persistentes o recurrentes, exacerbaciones frecuentes, necesidad de atención de urgencias o uso de medicación de control, así como antecedentes familiares de asma grave. A nivel epidemiológico, el ISAAC reportó en algunos países prevalencias superiores al 20%, asociadas a factores ambientales críticos como la contaminación atmosférica urbana, la exposición al humo de tabaco y las condiciones de hacinamiento. En este grupo, la canalización inmediata hacia servicios especializados resulta prioritaria, a fin de garantizar diagnóstico preciso, inicio temprano del tratamiento y educación familiar en autocuidado. [24].

La inclusión de la clasificación de riesgo basada en ISAAC permite al personal de enfermería contextualizar los hallazgos clínicos individuales en función de la magnitud poblacional, logrando así intervenciones más precisas, oportunas y equitativas en la prevención y control de enfermedades respiratorias crónicas en menores de 18 años. [25].

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. [26].

- **Tamizaje positivo:** Si la persona responde “Sí” a dos o más preguntas, 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 gestores comunitarios o 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 [27].

Tabla de canalización – Ruta ERC

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

	(ERC) para valoración clínica, diagnóstico (espirometría) y plan de manejo.	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.	**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.	**Canalización programática.** Reforzar adherencia terapéutica y educación en autocuidado.

Fuente: construido a partir de

38. 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
39. 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

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

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 [30].

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 [31].

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 [32].

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 [33].

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 [34].

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 [35].

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 [36].

Se recomienda que el tamizaje 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 preguntas 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 [36].

Entre los preguntas 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 [36].

El procedimiento debe seguir los siguientes pasos:

1. **Lectura completa del tamizaje:** El profesional de salud debe leer cada pregunta de manera clara y comprensible a la persona.
2. **Registro de respuestas:** Cada pregunta se responde con “Sí” si el síntoma o antecedente ha ocurrido, y “No” si no ha ocurrido. 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 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.

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 39años.**

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?		

5. 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 [33].

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 [34].

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 preguntas, 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 gestores comunitarios o enfermería.

6. **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 [36].

Este enfoque permite que el personal de enfermería pueda actuar de manera rápida y estandarizada, priorizando la atención de las personas con mayor probabilidad de enfermedad respiratoria crónica [37].

Tabla de canalización – Ruta ERC

Resultado del tamizaje	Acción recomendada	Observaciones
0 – 1 respuestas afirmativas	Orientar en autocuidado y prevención (evitar humo de tabaco, polvo, contaminación, exposición a alérgenos). Reforzar seguimiento comunitario.	**No se canaliza** a la Ruta ERC. Mantener vigilancia periódica.
≥ 2 respuestas afirmativas	**Derivar a la Ruta de Enfermedades Respiratorias Crónicas (ERC)** para valoración clínica, diagnóstico (espirometría) y plan de manejo.	**Canalización positiva.** Entregar 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.	**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.	**Canalización programática.** Reforzar adherencia terapéutica y educación en autocuidado.

Fuente: construido a partir de

40. 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

41. 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

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

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 tamizaje “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 [40]. 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 tamizaje es particularmente beneficioso para la personal de enfermería y gestores comunitarios, 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 [41]. 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.

Población objeto

La población objeto de tamización mediante el tamizaje 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 gestores comunitarios o personal de enfermería [40]. La simplicidad y precisión del tamizaje 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 [42]. Por tanto, la implementación del tamizaje 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 gestores comunitarios y enfermería.

Acciones para la tamización:
La aplicación efectiva del cuestionario breve de EPOC en adultos mayores de 40 años permite al equipo local (gestores comunitarios, 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 tamizaje, enfatizando la sensibilidad del proceso y la confidencialidad. El tamizaje se completa mediante entrevista estructurada o mediante autoaplicación asistida, garantizando que cada una 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 [42]. 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 tamizaje:**
   El profesional de enfermería debe leer cada pregunta de manera clara, pausada y comprensible para la persona.
2. **Registro de respuestas:**
   Cada ítem 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. Tamizaje breve de EPOC

RESPONDA LAS SIGUIENTES 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).

5. **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.

6. **Tabla de canalización para EPOC**

Resultado del tamizaje	**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:

43. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). *Could it be COPD?* [Internet]. GOLD; 2023 [citado 2025 Ago 16]. Disponible en: https://goldcopd.org

Anexo. Instrucciones y paso a paso sobre cómo realizar tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas de 0 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.

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

1. **Organice los recursos necesarios** para realizar el tamizaje respiratorio en el espacio previamente concertado con la institución.
2. **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.
3. **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.
4. **Realice el tamizaje de tamizaje ERC** siguiendo el instructivo oficial. Registre cuidadosamente cada respuesta. Recuerde que **dos (2) o más respuestas afirmativas constituyen un hallazgo de alerta**.
5. **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.
6. **Explique los resultados al menor y/o acudiente**:

   a. Si no se identifican hallazgos de alerta, refuerce recomendaciones de autocuidado y prevención.
   b. 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.
7. **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.
8. **Registre el resultado en el formato correspondiente** y entregue la información al responsable de la institución, garantizando la confidencialidad de los datos.

Descripción de la acción: Clasificación del riesgo en cáncer

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 en la población de 30 a 70 años, 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.

Población objeto:

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

Acciones para la tamización:

Para estimar el riesgo en cáncer se tendrá como guía el resultado de las variables propuestas en la siguiente tabla.

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
		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.

Clasificación del riesgo:

Nivel de riesgo	Acción clínica	Acción preventiva / promocional
Alto	***Atención medica prioritaria***	Educación para la Salud Pública (ESP)- Educación Transformadora ***para lograr adherencia a diagnóstico y tratamiento.***
Moderado	No aplica	Cáncer de cuello uterino: Educación para la Salud Pública (ESP)- Educación Transformadora para fortalecer adherencia a prácticas saludables para reducir el riesgo.
		Cáncer de cuello uterino: Educación para la Salud Pública (ESP)- Educación 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. 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 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.

Descripción de la acción: Identificación y detección de riesgos en Salud Mental por momento de curso de vida

Para la aproximación con poblaciones diferenciales, es fundamental incorporar herramientas de tamizaje gratuitas, validadas por el Ministerio de Salud y Protección Social MSPS, con el fin de que permitan identificar de manera temprana las necesidades en salud mental. En su rol como psicólogos, el uso del **RQC** y el **SRQ** les permitirá realizar una aproximación inicial a la sintomatología de interés en grupos específicos como la población privada de la libertad, mujeres en situación de vulnerabilidad, niños o niñas mayores de 12 años y adolescentes infractores. Estos instrumentos, de fácil aplicación, facilitan la detección de posibles problemas de salud mental, lo cual es el primer paso para ofrecer una intervención oportuna y adecuada a las características de cada persona y contexto. El objetivo es que, a través de estos tamizajes, puedan generar un panorama claro que oriente las acciones de promoción y prevención, así como la canalización y activación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud o las rutas de riesgo específicos 5, 6 y 13 cuando sea necesario.

- El RQC es un instrumento de tamizaje que debe responder la persona adulta responsable del niño o niña; los mayores de 12 años pueden responder por sí mismos, en compañía de cuidador. El instrumento consta de diez preguntas que se responden Sí o No. No requiere ningún entrenamiento especial para diligenciarse. Identifica signos y síntomas de interés en salud mental. Está diseñado para niños entre 5 y 15 años. Es un cuestionario de síntomas para niños,

que identifica signos y síntomas de interés en Salud Mental. Aplicación a casos priorizados por el equipo interdisciplinario de la institución o a partir de la identificación de alertas por parte del equipo interdisciplinar.

- SRQ (The Self Reporting Questionnaire, 1982), se aplica a personas mayores de 16 años, permite identificar sintomatología actual o que se ha presentado durante los últimos 30 días con referencia a problemas en salud mental o posibles trastornos mental. El SRQ ha sido diseñado por la Organización Mundial de la Salud con la finalidad de ampliar la detección y atención de los problemas de salud mental en los servicios de atención primaria, especialmente en países en desarrollo.

Tamizaje Mini-Cog implementado al momento de curso de vida: Vejez

Para identificar riesgos neurocognitivos y en la salud mental de las personas mayores se propone que los psicólogos puedan implementar la prueba Mini-Cog, es una herramienta de detección breve y sencilla para evaluar el deterioro cognitivo, y también realizar planeación de acciones acordes al desarrollo mental y neurocognitivo especialmente útil en personas mayores. Su aplicación es rápida (alrededor de 3 minutos) y se considera menos afectada por el nivel educativo y cultural de la persona que otros test similares.

A continuación, se describen las instrucciones para realizar la prueba Mini-Cog y su sistema de puntuación:

Componentes de la prueba

La prueba Mini-Cog consta de dos partes principales:

1. **Memoria de tres palabras:** Se le pide a la persona que recuerde y repita una lista de tres palabras no relacionadas entre sí.
2. **Dibujo del reloj:** Se le pide a la persona que dibuje un reloj con todos los números y las manecillas indicando una hora específica.
3. **Evocación de las palabras:** Después de la tarea del reloj, se le pide a la persona que recuerde las tres palabras que se le dijeron al principio.

Procedimiento paso a paso

1. **Registro de las palabras:**
    - Mire directamente a la persona para captar su atención.
    - Diga: "Voy a decirle tres palabras que quiero que repita ahora y trate de recordar, porque le preguntaré por ellas más tarde. Las palabras son: [use una lista de tres palabras, por ejemplo: Manzana, Amanecer, Silla]".
    - Pídale a la persona que repita las palabras. Si no puede repetirlas después de tres intentos, continúe con el siguiente paso.
2. **Dibujo del reloj:**

- Entregue a la persona una hoja de papel (con o sin un círculo ya dibujado) y un lápiz.
- Diga: "Ahora, por favor, dibuje la esfera de un reloj. Primero, coloque todos los números".
- Una vez que haya terminado de colocar los números, diga: "Ahora, ponga las manecillas del reloj para que marquen las 11:10".
- Si la persona no termina la tarea en 3 minutos, se da por finalizada esta parte.

3. **Evocación de las palabras:**
   - Pídale a la persona que recuerde las tres palabras que se le pidieron al principio.
   - Diga: "¿Cuáles fueron las tres palabras que le pedí que recordara?".

Puntuación
La puntuación total de la prueba Mini-Cog va de **0 a 5 puntos**.

- **Puntuación por el recuerdo de palabras (0 a 3 puntos):** Se otorga 1 punto por cada palabra que la persona recuerde correctamente y sin pistas.
- **Puntuación por el dibujo del reloj (0 o 2 puntos):**
  - **2 puntos (Normal):** El reloj se considera normal si cumple con los siguientes criterios:
    - Todos los números del 1 al 12 están presentes, en el orden correcto y en la dirección correcta.
    - Hay dos manecillas (una de hora y otra de minutos) que apuntan correctamente a la hora solicitada (por ejemplo, el 11 y el 2 para las 11:10). La longitud de las manecillas no se evalúa.
  - **0 puntos (Anormal):** Si el dibujo del reloj no cumple con los criterios anteriores, o si la persona se niega a dibujarlo, se le da 0 puntos.

Cálculo de la puntuación final:

- **Puntuación total =** Puntuación de las palabras + Puntuación del reloj

Interpretación de los resultados

- **0 a 2 puntos:** Es probable que exista un deterioro cognitivo. Se recomienda una evaluación médica y neurológica más exhaustiva.
- **3 a 5 puntos:** Es poco probable que exista un deterioro cognitivo.

Es importante destacar que la prueba Mini-Cog es una herramienta de tamizaje, no un diagnóstico, útil para usar en acciones de salud pública. Un resultado positivo (de 0 a 2

puntos) indica la necesidad de una evaluación más profunda para determinar la causa y el tipo de deterioro cognitivo.

Para mitigar la ansiedad, la depresión y los pensamientos de muerte en personas mayores institucionalizadas en un contexto de salud pública, es crucial implementar un enfoque integral que combine terapias no farmacológicas, actividades estructuradas y un entorno social de apoyo. El objetivo es fomentar la autonomía, la dignidad, el sentido de pertenencia y la conexión con la vida.

Descripción de la acción: Tamizajes Infecciones de Transmisión Sexual-ITS

La acción consiste en el desarrollo de estrategias integrales orientadas a la prevención y detección temprana de factores de riesgo asociados a las infecciones de transmisión sexual (ITS) en población general y en grupos en situación de mayor vulnerabilidad. A través de educación en salud, diagnóstico oportuno y activación de rutas para acceso oportuno al tratamiento. permitiendo una mayor accesibilidad y participación activa de la comunidad, así como, favorecer el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Se realizará la aplicación de pruebas de tamizaje teniendo en cuenta las dinámicas de la población, para VIH, Sífilis y Hepatitis B, se deberán realizar por parte de las Subredes Norte y Centro Oriente 150 mensuales por cada una de ellas (450 en total), mientras que las Subredes Sur y Suroccidente 100 mensuales por cada una de ellas (300 en total), adicionalmente los casos reactivos de VIH deben ser confirmados.

En cuanto a la aplicación de tamizajes extramurales de VIH, Sífilis y Hepatitis B serán desarrolladas en el marco de la Resolución 1314 de 2020, de acuerdo con esto:

• Los perfiles que desarrollen esta actividad deben contar con la certificación que acredite su participación en el taller de formación de toma y lectura de pruebas rápidas de acuerdo con lo establecido en dicha norma.

• Las actividades de tamizaje podrán ser ofertadas en el marco de una acción educativa grupal, garantizando acciones de tamizaje individuales y que garanticen la confidencialidad.

• El tiempo definido y estandarizado para la toma y lectura de las pruebas de VIH-Sífilis y hepatitis B, será de 30 minutos.

• La información de acciones de tamizaje desarrolladas en campo correspondientes a las pruebas de VIH-Sífilis y hepatitis B, será reportada en los instrumentos de captura (incluyendo el consentimiento informado) y sistema de información Sistema de Información de Actividades Comunitarias y Colectivas en Salud Sexual y Reproductiva SISCO SSR.

• Se debe implementar el manual de plan de gestión integral de residuos hospitalarios.

• El 100% de la información capturada en campo a lo largo del mes, será ingresada por persona autorizada (digitador) al SISCO. Se debe tener en cuenta que el aplicativo cierra los días 8 del mes siguiente, limitando el posterior ingreso de información.

• La Subred debe garantizar los elementos de protección requeridos para la toma segura de la muestra (lancetas, guantes, batas, bolsas rojas, guardianes)

• La totalidad de personas que intervengan en el proceso y tengan acceso a la información deben garantizar la confidencialidad de esta.

• La actividad educativa o informativa realizada en el marco de la actividad de tamizaje, debe contemplar la entrega de condones.

• Los insumos deben ser entregados por la Subred Integrada de Servicios de Salud, de forma oportuna, primeros tres días del mes, para garantizar el desarrollo constante de acciones.

Tema: Prevención y detección temprana de factores de riesgo ITS

Contenidos mínimos para abordar durante espacio de educación:

- Qué son las infecciones de transmisión, cómo se transmiten
- Uso correcto y consistente del preservativo (masculino y femenino)
- Prácticas de riesgo (parejas múltiples, sexo sin protección, uso de drogas inyectables)
- Profilaxis post-exposición (PEP) y pre-exposición (PrEP) en el caso del VIH
- Vacunación hepatitis B
- Período ventana y validez de la prueba
- Importancia del diagnóstico temprano
- Mitos y realidades frente a las ITS
- Autocuidado
- Reporte de parejas y acceso a tratamiento
- Estigma y discriminación
- Atención diferencial
- Tratamiento y adherencia
- Derechos y apoyo social (Acceso a programas de apoyo y grupos comunitarios)

Acciones a realizar dentro del proceso de gestión y alcance (local, zonal, distrital).

Tamizajes para la identificación de VIH: Las pruebas rápidas a utilizar deben contar con registro sanitario Invima vigente. Sensibilidad y especificidad del 99.5% o más, acorde con las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica vigente, expedida por el MSPS. Para los casos con resultado no reactivo, se deberá ofrecer información en prevención

del VIH y proporcionar insumos de prevención (preservativos masculinos de hasta 6 unidades por usuario), esta actividad informativa deberá ser registrada en formatos y aplicativo SISCO. En caso de un resultado reactivo, se requiere de manera inmediata la realización de una segunda prueba rápida de VIH (auxiliar de enfermería) de diferente generación y casa comercial de acuerdo con las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica vigente, expedida por el MSPS.

En el caso de un resultado reactivo y no contarse con insumo para realizar confirmación deberá ser activada la ruta para confirmación diagnóstica. En caso de realizarse una segunda prueba cuyo resultado sea no reactivo, es necesario activar la ruta de canalización para la realización de una tercera prueba en el laboratorio clínico para definir el diagnóstico final.

En caso de una segunda prueba reactiva, se confirmará el diagnóstico de VIH, se desarrollará acción de educación entorno al diagnóstico y proceso a seguir, adicionalmente, se hará la canalización inmediata de la persona a los servicios de salud para el inicio de atención en VIH. Es necesario tener en cuenta que las pruebas confirmatorias de VIH están incluidas en el total de la meta de pruebas de VIH. El 100% de casos confirmados de VIH deberán ser reportados al SIVIGILA en la ficha correspondiente y de acuerdo con la línea técnica emitida por el área de vigilancia en salud pública.

Tamizajes para la identificación de Sífilis: Las pruebas rápidas a utilizar deben contar con registro sanitario Invima vigente. Sensibilidad y especificidad igual o mayor al 95%, de acuerdo con los estándares internacionales. Los resultados no reactivos serán interpretados y reportados como pruebas negativas. En los casos con resultado positivo, se desarrollará acción de educación entorno al diagnóstico y proceso a seguir, adicionalmente, los usuarios deben ser canalizados al servicio de salud, para el inicio de tratamiento oportuno. En el marco de la entrega de resultados, se deberá ofrecer educación en salud y proporcionar insumos de prevención (preservativos masculinos de hasta 6 unidades por usuario), esta actividad informativa deberá ser registrada en formatos y aplicativo SISCO SSR.

Tamizajes para la identificación de Hepatitis B**:** Las pruebas rápidas a utilizar deben contar con registro sanitario Invima vigente. Sensibilidad igual o mayor al 95% y especificidad igual o mayor al 99.5%, de acuerdo con los estándares internacionales. Los resultados no reactivos serán interpretados y reportados como pruebas negativas.

Para poblaciones priorizadas (actividades sexuales pagadas, hombres que tiene sexo con hombres, mujeres trans, habitanza en calle, PID), deben ser direccionadas a equipos PAI para vacunación para Hepatitis B. En los casos con resultado positivo, se desarrollará acción de educación entorno al diagnóstico y proceso a seguir, adicionalmente, los usuarios deben ser canalizados al servicio de salud, para el inicio de tratamiento oportuno.

Podrán ser ofertadas acciones de tamizaje a población migrante irregular, los casos identificados como positivos, serán gestionados mediante organizaciones comunitarias y cooperación internacional.

En el marco de la entrega de resultados, se deberá ofrecer educación en salud y proporcionar insumos de prevención (preservativos masculinos de hasta 6 unidades por usuario), esta actividad informativa deberá ser registrada en formatos y aplicativo SISCO.

Descripción de la acción: Identificación intención reproductiva

Realizar el abordaje a personas en edad fértil con el fin de identificar que personas desean tener un bebé a corto o mediano plazo para direccionarla a atención preconcepcional o para acceder a métodos anticonceptivos si así lo desea.

Momento de curso de vida: Adolescencia, Juventud**,** adultez

Contenidos mínimos para abordar durante espacio de educación:

- Atención preconcepcional
- Interrupción voluntaria del embarazo
- Acceso a métodos anticonceptivos
- Ruta integral de atención en salud materno perinatal

Descripción de la acción: Tamizaje de calidad de cepillado

Para el perfil de Odontología, la realización de la medición inicial correspondiente a “clasificación”, tiene como objetivo identificar el conocimiento de las personas priorizadas frente a la calidad del cepillado, esta le permitirá establecer las necesidades para concertar e implementar las sesiones educativas en las instituciones priorizadas; para esto el odontólogo realizará el tamizaje de calidad de cepillado a cada una de las personas mayores de 3 años mediante el uso de sustancia reveladora de placa bacteriana. En adultos y adultos mayores se realizará en aquellos con al menos 10 dientes presentes en boca.

Coloque dos gotas de sustancia reveladora de placa debajo de la lengua e indíquele a la persona que cierre la boca y pase la lengua por todas las superficies dentales, luego haga que escupa el exceso. Proceda a contar el número de dientes presentes en boca y multiplique por cuatro (no se tiene en cuenta la superficie oclusal) para tener el total de superficies de los dientes, luego cuente el número de superficies teñidas y realice el cálculo de placa por medio de una regla de tres.

Ejemplo: 20 dientes X 4 superficies = 80 superficies. Esto corresponde al 100%. Si las superficies teñidas son 20 será como se describe a continuación:

80 ---------- 100%
20 ---------- X

$$X = \frac{20 \times 100}{80} = 25\%$$

Luego deberá registrar el resultado (porcentaje) en la casilla “clasificación” de la Ficha de salud oral y deberá retroalimentar a las personas y sus cuidadores los resultados frente a un espejo, de manera que puedan visualizar donde están fallando y hagan conciencia de las zonas en las cuales deben reforzar su higiene bucal. Para el cierre de la sesión realice una actividad lúdico-práctica de educación en salud que sensibilice frente a la importancia del cepillado dental (técnica, factores protectores y factores biológicos).

Al finalizar el proceso en cada Institución se realizará monitoreo de la calidad del cepillado con el propósito de evaluar la adherencia de las personas priorizadas a las prácticas adecuadas de cuidado y autocuidado en su salud bucal que se abordaron durante las sesiones; para esto el odontólogo deberá registrar los resultados en la ficha de salud oral, apartado evaluación, teniendo en cuenta la escala de resultados que le permitirá definir si la persona mejoró o no la práctica de cepillado dental, a continuación se detallan las variables para la definición de resultados:

- Mejoro su higiene bucal: Cuando el resultado es igual o inferior al 20%.
- En proceso de mejoría: Cuando el resultado se encuentra entre el 21 y 50%.
- No mejoro su higiene bucal: Cuando el resultado es superior al 51%.

Además de los resultados del monitoreo de la calidad del cepillado deberá considerar otras condiciones determinantes para medir las trasformaciones de cada persona, como el acceso efectivo al servicio de odontología, considerando el procedimiento de activación de rutas.

También se debe promover con los agentes educativos, cuidadores y/o madre comunitaria la implementación de espacios que incentiven la higiene bucal para generar mejores condiciones de salud para las personas intervenidas.

De manera complementaria realizará la priorización de casos para el acompañamiento familiar que permita tener un acercamiento a los determinantes sociales de la salud que intervienen en el proceso salud-enfermedad, para esto, se tendrá en cuenta toda persona que presente riesgo en salud bucal y requiera involucrar a la familia en el proceso de salud enfermedad, para esto, deberá tener en cuenta los siguientes criterios y registrarlo en la ficha de caracterización:

- Tres o más dientes cariados.
- Gingivitis.
- Perdida dental por caries.
- Hábitos de higiene oral deficientes: presencia evidente de placa bacteriana en la superficie de los dientes y lengua, halitosis.

Una vez recolectada la información de la caracterización, se realizará el proceso de activación de rutas para los casos que corresponda, sin embargo, esta actividad no está limitada a realizarse únicamente durante esta sesión, si el profesional identifica riesgos en salud bucal en cualquiera de las sesiones podrá realizar la activación de Rutas correspondiente.

Descripción de la acción: Tamizaje 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

El tamizaje con el Signo Vital de Actividad Física debe acompañarse con recomendaciones sobre la correcta estructura de una sesión de actividad física.

Estructura de una sesión de Actividad Física	
Calentamiento (5-10 min):	Movimientos ligeros de baja intensidad (p. ej., caminar, ciclismo lento) para preparar el cuerpo, aumentar la frecuencia cardíaca y reducir las agujetas.
Sesión principal (20-60+ min)	Aeróbico: Caminar a paso ligero, correr, nadar, montar en bicicleta, bailar. Fuerza: Levantamiento de pesas, bandas de resistencia o ejercicios con el propio peso corporal (p. ej., flexiones, sentadillas) dirigidos a los principales grupos musculares. Equilibrio (para adultos mayores): Tai chi o ejercicios específicos para prevenir caídas.
Enfriamiento (5-10 min):	Actividad lenta, ligera o rítmica para ayudar a que la frecuencia cardíaca vuelva a niveles normales.

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

Por tal motivo un proceso de evaluación de la salud previo a la participación en actividades físicas debe incluir los siguientes objetivos:

1. Identificar a las personas que requieren valoración 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)?	
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	

Aquellas personas que contesten afirmativamente una o mas de las ocho (8) preguntas contenidas en el Auto reporte de Salud previo a la Actividad Física –ASPAF deben ser direccionadas hacia la Ruta de Promoción y Prevención con el objetivo garantizar el acceso a una consulta por Medicina General para evaluar su condición clínica ampliar las respuestas del ASPAF que corresponden al ámbito clínico y recibir una prescripción de ejercicio por talento humano en salud con entrenamiento en el tema.

En tal sentido la prescripción de ejercicio es la recomendación sistematizada e individualizada de actividad física por parte de un especialista, diseñada para mejorar la salud, condición física o tratar enfermedades, siguiendo principios de seguridad y efectividad (FITTP: Frecuencia, Intensidad, Tiempo, Tipo). Se recomienda un enfoque personalizado que a menudo busca 150-300 min/semana de ejercicio moderado.

	Componentes Clave de la Prescripción de Ejercicio (Principio FITTP)
F	**Frecuencia:** Cantidad de sesiones por semana (ej. 3-5 días/semana).
I	**Intensidad:** Qué tan duro es el esfuerzo (ligera, moderada o vigorosa).
T	**Tiempo (Duración):** Tiempo total de la sesión (ej. 30-60 minutos)
T	**Tipo (Modo):** Aeróbico (caminar, correr), fuerza, flexibilidad o equilibrio
P	**Volumen y Progresión:** Total del ejercicio y cómo aumenta gradualmente la carga.

**Nota: es importante aclarar que la implementación de los tamizajes para la práctica de actividad física comenzará una vez se surta el proceso de articulación con la Dirección de Provisión de Servicios que permita el direccionamiento de las personas desde los entornos cuidadores hacia los servicios de salud y el acceso a la prescripción de ejercicio por parte de talento humano en salud entrenado.*

3. Indicadores

Nombre del indicador	Numerador	Denominador	Frecuencia	Tipo de Indicador	Unidad de Medida	Fuente	Nombre de la Acción o proceso de Bienestar	Nivel Operación (Local, Zonal o Distrital)
Cobertura de Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años en niños y niñas de las instituciones educativas.	Número de personas tamizadas a nivel de enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años en las instituciones educativas	Número total de niños y niñas programados para la acción de identificación del riesgo de enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años	Trimestral	Gestión	Nominal	Formato Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años	Identificación del riesgo de enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años	Zonal
Porcentaje de niños y niñas tamizados que requieren canalización a la RIAS enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años	Número de personas que requiere canalización a la RIAS para enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años	Total, de personas tamizadas en enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años	Trimestral	Resultado	Porcentaje	Formato Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años	Identificación de enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años	Zonal
Cobertura de Tamizaje de	Número de personas	Número total de	Trimestral	Gestión	Nominal	Formato Tamizaje de	Identificación del riesgo	Zonal

enfermedades respiratorias crónicas mayores de 18 a 39 años en adolescencia de las instituciones educativas.	tamizadas a nivel de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 18 a 39 años en las instituciones educativas	personas programadas para la acción de identificación del riesgo de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 18 a 39 años				enfermedades respiratorias crónicas mayores de 18 a 39 años	de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 18 a 39 años	
Porcentaje de personas tamizadas que requieren canalización a la RIAS enfermedades respiratorias crónicas mayores de 18 a 39 años	Número de personas que requiere canalización a la RIAS para enfermedades respiratorias crónicas mayores de 18 a 39 años	Total, de personas tamizadas en enfermedades respiratorias crónicas mayores de 18 a 39 años	Trimestral	Resultado	Porcentaje	Formato Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 18 a 39 años	Identificación de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 18 a 39 años	Zonal
Cobertura de Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 40 años de las instituciones educativas.	Número de personas tamizadas a nivel de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 40 años en las instituciones educativas	Número total de adultos programados para la acción de identificación del riesgo de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 40 años	Trimestral	Gestión	Nominal	Formato Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 40 años	Identificación del riesgo de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 40 años	Zonal
Porcentaje de adultos tamizados que requieren canalización a la RIAS enfermedades respiratorias crónicas mayores de 40 años	Número de personas que requiere canalización a la RIAS para enfermedades respiratorias crónicas mayores de 40 años	Total, de personas tamizadas en enfermedades respiratorias crónicas mayores de 40 años	Trimestral	Resultado	Porcentaje	Formato Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 40 años	Identificación de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 40 años	Zonal

Referencias bibliográficas

1. Desarrollos técnicos, instrumentos y herramientas para la atención en salud sexual y reproductiva y salud mental en contextos de emergencias humanitarias disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Desarrollos-tecnicos-instrumentos-herramientas-1.pdf
2. ACTA MÉDICA COLOMBIANA. Camilo Alvarado Castro *Estudio EDECO Estudio poblacional de deterioro cognitivo en población colombiana.* Manizales, Caldas (Colombia) 2014. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482014000300010
3. Deolmi M, Decarolis NM, Motta M, Makrinioti H, Fainardi V, Pisi G, Esposito S. Early Origins of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Prenatal and Early Life Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3):2294. DOI: 10.3390/ijerph20032294 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36767660/ | Texto completo (PMC): https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9915555/
4. ISAAC Steering Committee. Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Eur Respir J*. 1998;12(2):315-35. DOI: 10.1183/09031936.98.12020315 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9727780
5. Hedlin G, Bush A, Lodrup Carlsen K, Pedersen S, Wennergren G, Melen E. Problematic severe asthma in children: Not one problem but many. *Pediatr Allergy Immunol*. 2022;33(1):e13727. DOI: 10.1111/pai.13727 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34930918
6. Zhou W, Tang J. Prevalence and risk factors for childhood asthma: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatr*. 2025;25(1):50. DOI: 10.1186/s12887-025-05409-x [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39833735
7. Keleb A, Abeje ET, Daba C, et al. The odds of developing asthma and wheeze among children and adolescents exposed to particulate matter: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2025;25:1225. DOI: 10.1186/s12889-025-22382-3 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37000000
8. Deolmi M, Decarolis NM, Motta M, Makrinioti H, Fainardi V, Pisi G, Esposito S. Early Origins of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Prenatal and Early Life Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3):2294. DOI: 10.3390/ijerph20032294 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36767660/
9. ISAAC Steering Committee. Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: The International Study of Asthma and Allergies in Childhood

(ISAAC). *Eur Respir J*. 1998;12(2):315-35. DOI: 10.1183/09031936.98.12020315 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9727780

10. Keleb A, Abeje ET, Daba C, et al. The odds of developing asthma and wheeze among children and adolescents exposed to particulate matter: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2025;25:1225. DOI: 10.1186/s12889-025-22382-3 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37000000
11. Rona RJ, Keil T, Summers C, et al. The global burden of childhood asthma: a systematic review of the literature from 2017 to 2021. *BMC Public Health*. 2021;21:1234. DOI: 10.1186/s12889-021-11530-x [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34587543/
12. Case RA, Adams HN, Thornton R, et al. Are babies born preterm high-risk asthma candidates? *Pediatr Respir Rev*. 2023;41:22-29. DOI: 10.1016/j.prrv.2022.11.001 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36723211/
13. Smith L, Nguyen BT, Kiefer C, et al. Association of exclusive breastfeeding with asthma risk among children: a systematic review and meta-analysis. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2022;18(1):45. DOI: 10.1186/s13223-022-00687-4 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35512399/
14. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Lineamiento técnico operativo para la atención en salud de la población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas. Bogotá; 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
15. Lee JH, Kim SM, Oh YJ, et al. Determinants of medication adherence in adolescents with asthma: a nationwide study. *Respir Med*. 2023;206:107074. DOI: 10.1016/j.rmed.2023.107074 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37312345/
16. Pediatric Asthma – StatPearls. NCBI Bookshelf. *Pediatric Asthma*. 2023. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551631/
17. Royal Children's Hospital (RCH). Clinical Practice Guideline: Preschool asthma (1–5 years). 2023. Disponible en: https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Preschool_asthma_%281-5_years%29/
18. Nyenhuis SM, Jiang Z, de aller, Mayo KW, Hebert A, Skinner D, et al. Recommendations for physical activity in asthma: A Work Group Report of the AAAAI Sports, Exercise, and Fitness Committee and the AAAAI Quality Improvement/Measurement Science Group. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2022;10(2):e16986. Disponible en: https://www.aaaai.org/Aaaai/media/Media-Library-PDFs/Allergist%20Resources/Statements%20and%20Practice%20Parameters/Recommendations-for-physical-activity-in-asthma-Feb-2022.pdf

19. American Academy of Pediatrics. Asthma – Diagnosis and management. *Pediatric Care Online*. 2023. Disponible en: https://publications.aap.org/pediatriccare/article/doi/10.1542/aap.ppcqr.396134/1508/Asthma
20. Orme MW, Jayamaha AR, Santin L, Singh SJ, Pitta F. A Call for Action on Chronic Respiratory Diseases within Physical Activity Policies, Guidelines and Action Plans: Let's Move! *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24):16986. DOI: 10.3390/ijerph192416986
21. The importance of early asthma detection in children's health – News-Medical. 2025. Disponible en: https://www.news-medical.net/whitepaper/20250723/The-importance-of-early-asthma-detection-in-childrene28099s-health.aspx
22. Pediatric Asthma Risk Score (PARS) in clinical office — NEJM Evidence. 2023. The Pediatric Asthma Risk Score (PARS) is a validated risk score... *NEJM Evidence*. Disponibilidad: https://evidence.nejm.org/doi/full/10.1056/EVIDoa2300026
23. Global Initiative for Asthma. GINA Pocket Guide 2023 (Spanish). Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Updated 2023. 2023. Disponible en: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2024/02/GINA-Pocket-Guide-2023-SPANISH-WMS.pdf
24. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 5.2). SEMG. 2023. Sección clasificación riesgo exacerbaciones en niños. Disponible en: https://www.semg.es/images/2023/documentos/GEMA_53.pdf
25. Li X, et al. Early prediction of pediatric asthma in the Canadian Healthy Infant Longitudinal Development (CHILD) cohort: machine learning models. *Pediatr Res*. 2023;94(6):1435-1443. DOI: 10.1038/s41390-023-02988-2 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36834929/
26. Chan M, Gray M, Burns C, Owens L, Woolfenden S, Lingam R, Jaffe A, Homaira N. Community-based interventions for childhood asthma using comprehensive approaches: a systematic review and meta-analysis. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2021;17:19. DOI: 10.1186/s13223-021-00522-9 [PMC] https://aacijournal.biomedcentral.com/ articles/10.1186/s13223-021-00522-9 PubMed
27. Gill I, Shah A, Lee EK, Sommer R, Ross K, Bole A, Freedman D. Community interventions for childhood asthma ED visits and hospitalizations: a systematic review. *Pediatrics*. 2022;150(4):e2021054825. DOI: 10.1542/peds.2021-054825 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36102121/ PubMed
28. Liu C, He F. Effectiveness of Community-Based Nursing Intervention for Pediatric Asthma Patients: a systematic review and meta-analysis. *Iran J Public Health*. 2023;52(10):2025-2035. DOI: 10.18502/ijph.v52i10.13840 [PMC] https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10612560/ PMCijph.tums.ac.ir
29. Tyris J, Keller S, Parikh K. Social Risk Interventions and Health Care Utilization for Pediatric Asthma: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*.

2022;176(2):e215103. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2021.5103 [JAMA Pediatrics] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34870710/

30. Organización Mundial de la Salud (OMS). Noncommunicable diseases. 2023. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
31. 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
32. 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
33. 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.
34. 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
35. 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.
36. 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
37. 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
38. 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
39. 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
40. 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

41. 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
42. 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
43. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). *Could it be COPD?* [Internet]. GOLD; 2023 [citado 2025 Ago 16]. Disponible en: https://goldcopd.org

Salud respiratoria

1. **Nurse-led interventions in chronic obstructive pulmonary disease patients: a systematic review and meta-analysis.** *PMCID PMC9368558*. 2022. Estudia cómo las intervenciones lideradas por enfermería contribuyen al seguimiento clínico y manejo de enfermedades respiratorias crónicas. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9368558/?utm_source
2. **Clinical Care for Severe Acute Respiratory Infection Toolkit.** *WHO*. 2020. Documento metodológico que aborda la organización institucional previa para tamización, manejo de áreas habilitadas y planificación de intervenciones respiratorias en entornos institucionales. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331736/WHO-2019-nCoV-SARI_toolkit-2020.1-eng.pdf?utm_source
3. **What Are Nursing Interventions for COPD?** *Healthline*. Noviembre 2022. Describe la comunicación individualizada de resultados, educación al persona sobre prevención, autocuidado y reducción de factores de riesgo respiratorio. https://www.healthline.com/health/nursing-interventions-for-copd?utm_source
4. **Chronic Obstructive Lung Disease: Treatment Guidelines and Follow-Up.** *PMC*. Sigue y respalda la enseñanza de ejercicios respiratorios adaptados para optimizar función pulmonar según edad y condición clínica. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10815941/?utm_source
5. **Standard precautions in health care.** *WHO*. 2007. Aclara que el tamizaje respiratorio no sustituye una valoración clínica médica y que se requieren controles regulares por parte de profesionales de salud. https://www.who.int/publications/m/item/standard-precautions-in-health-care?utm_source

- Control de cambios

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN
1	02/09/025	Inicio convenios interadministrativos GSP-PSPIC Octubre 2025.
2	26/12/2025	Ajustes técnicos a los convenios interadministrativos GSP-PSPIC, de acuerdo al periodo de estabilización.

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre (s)	María Camila Marín Carvajal Liseth Lorena Pava Saldaña Sylvia Alejandra Ramírez Ramírez Paula Ximena Ramírez Barbosa Diana Patricia Sandoval Castillo Lida Quitian María Eugenia Delgado Heydi Hidalgo Adriana Padilla Javier Isaac Maldonado	Marcela Martínez Contreras Juan Carlos Cocomá Parra Diana Sofia Ríos Oliveros Diane Moyano Romero	Patricia Eugenia Molano Builes María Belén Jaimes Sanabria
Firma (s)			
Cargo	Profesionales Especializados	Subdirectora Acciones Colectivas Subdirector Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública (E)	Directora de Salud Colectiva Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva

		Subdirectora Determinantes en Salud Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública (E)	
Fecha	Diciembre/2025	Diciembre/2025	Diciembre/2025