



ALGORITMOS DE PRACTICA CLINICA PARA EL ADULTO



EJÉRCITO NACIONAL
COMANDO DE PERSONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD

ALGORITMOS DE PRACTICA CLINICA PARA EL ADULTO

Editores

BG. CARLOS IVAN MORENO OJEDA

Comandante Comando de Personal

BG. GERMAN LÓPEZ GUERRERO

Director de Sanidad del Ejército

TC. AUDREY JULIANA CARDOZO

Oficial de Asesoría DISAN EJC

Comité Científico Asesor

CR. VLADIMIR RAMÍREZ CABRALES

Oficial de Servicios de Salud DISAN EJC

TC. LUIS EDUARDO PINO VILLARREAL

Médico Internista

Hematólogo y Oncólogo Clínico

CT. OSCAR EDUARDO SOSA

Médico Internista

ST. HAVID DE JESUS GONZÁLEZ CASSAB

Médico Residente Medicina Interna UMNG – Hospital Militar

2018



DIRECCION DE SANIDAD DEL EJÉRCITO

Medios de contacto:

Dirección: Carrera 7 No 52 – 48 Bogotá D.C.

Teléfono: 4261434 – Fax 4261400

Web: www.disanejercito.mil.co

Imprenta del Ejército
2018

INTRODUCCIÓN

La Dirección de Sanidad del Ejército en el marco del desarrollo y optimización de la gestión clínica debe liderar las actividades enfocadas a optimizar el flujo de atención en salud para nuestros usuarios y beneficiarios, con criterios de oportunidad, calidad y eficiencia.

Por lo anterior se hace necesario contar con un documento de fácil consulta, actualizado y actualizable, práctico y enfocado a la realidad del subsistema y de la práctica clínica moderna, pero con un enfoque de valor y racionalidad científica.

El presente manual pretende ser un elemento fundamental de consulta para el médico general y especialista que desarrolla su actividad profesional en nuestros establecimientos de sanidad militar a lo largo y ancho del país. Estas recomendaciones facilitarán la toma de decisiones clínicas y el flujo de referencia a niveles de mayor complejidad de atención con unos parámetros científicos claros y además con unos exámenes o pruebas complementarias que agilizarán el abordaje especializado de nuestros pacientes.

Debemos crear una cultura de excelencia clínica permanente, nuestros pacientes lo merecen.

Los Editores

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

ESTADÍSTICAS DE ATENCION EN SALUD DISAN EJC

RED DE ATENCION DISAN EJC

Red de Referencia y Contrareferencia
Directorio DISAN EJC

ALGORITMOS DE ABORDAJE POR PROBLEMAS

El paciente con disnea
El paciente con dolor torácico
El paciente con Hipertensión Arterial no controlada
El paciente con anemia
El paciente con fiebre
El paciente con cefalea
El paciente con dolor lumbar
El paciente con dolor articular
El paciente Agitado
El paciente con dispepsia



ALGORITMOS DE ABORDAJE POR DIAGNOSTICOS EN EL CONSULTORIO

Paciente con Hipertensión arterial crónica
Paciente con Diabetes Mellitus
Paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
Paciente con Hipotiroidismo primario

Paciente con síndrome de pérdida de peso involuntaria

RECOMENDACIONES GENERALES

CONCLUSIONES

MANUAL DE RECOMENDACIONES CLÍNICAS

I. ESTADÍSTICAS DE ATENCION EN SALUD DISAN EJC

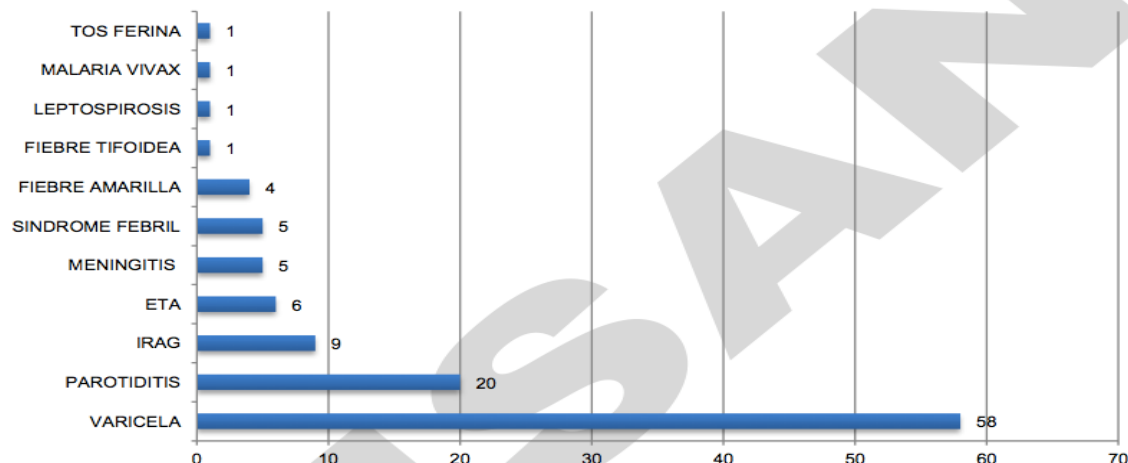
Según los registros de atención de los años 2016 y 2017 para la Dirección de Sanidad del Ejército, las principales causas de morbilidad fueron:

DIAGNÓSTICO	2017	2016
1. HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	75.025	89.319
2. RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	54.232	66.996
3. LUMBAGO NO ESPECIFICADO	49.939	77.147
4. DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	26.850	38.153
5. DOLOR EN ARTICULACION	20.865	24.653
6. CEFALEA	19.486	25.734
7. INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	16.848	26.889
8. AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	15.620	22.508
9. OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	14.202	20.397
10. LEISHMANIASIS CUTANEA	14.168	19.052
11. HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	13.513	14.783

Fuente: Bioestadística DISAN EJC
Procesado: Bioestadística DISAN EJC

De acuerdo al perfil epidemiológico reportado por DISAN para el año 2016, las enfermedades que implicaron brotes epidemiológicos en personal militar fueron: Varicela con 58 brotes que corresponde al 52.25% del total general; le sigue parotiditis con 20 brotes que corresponde al 18.2% del total, IRAG con 9 brotes que corresponde al 8.11%, ETA (enfermedad transmitida por alimentos) con 6 brotes que corresponde al 5.41%, le siguen la meningitis y síndrome febril cada uno con 5 casos que corresponde al 4.50% respectivamente. Fiebre Amarilla con 4 brotes que corresponde al 3.60% y fiebre tifoidea, leptospirosis, malaria y tosferina cada uno con 1 brote que corresponde al 0.90% respectivamente.

Los brotes epidémicos del año 2016 pueden revisarse en la siguiente gráfica:



Fuente: Aplicativo SIVIGILA 2016. Red Interna.
Procesado: Vigilancia Epidemiológica 2016.

II. RED DE SERVICIOS DISAN EJC

1. Red de Referencia y Contrareferencia
2. Directorio DISAN EJC

Debe ingresar a la página www.disanejcalgoritmos.com para descargar esta información

III. ALGORITMOS DE ABORDAJE POR PROBLEMAS

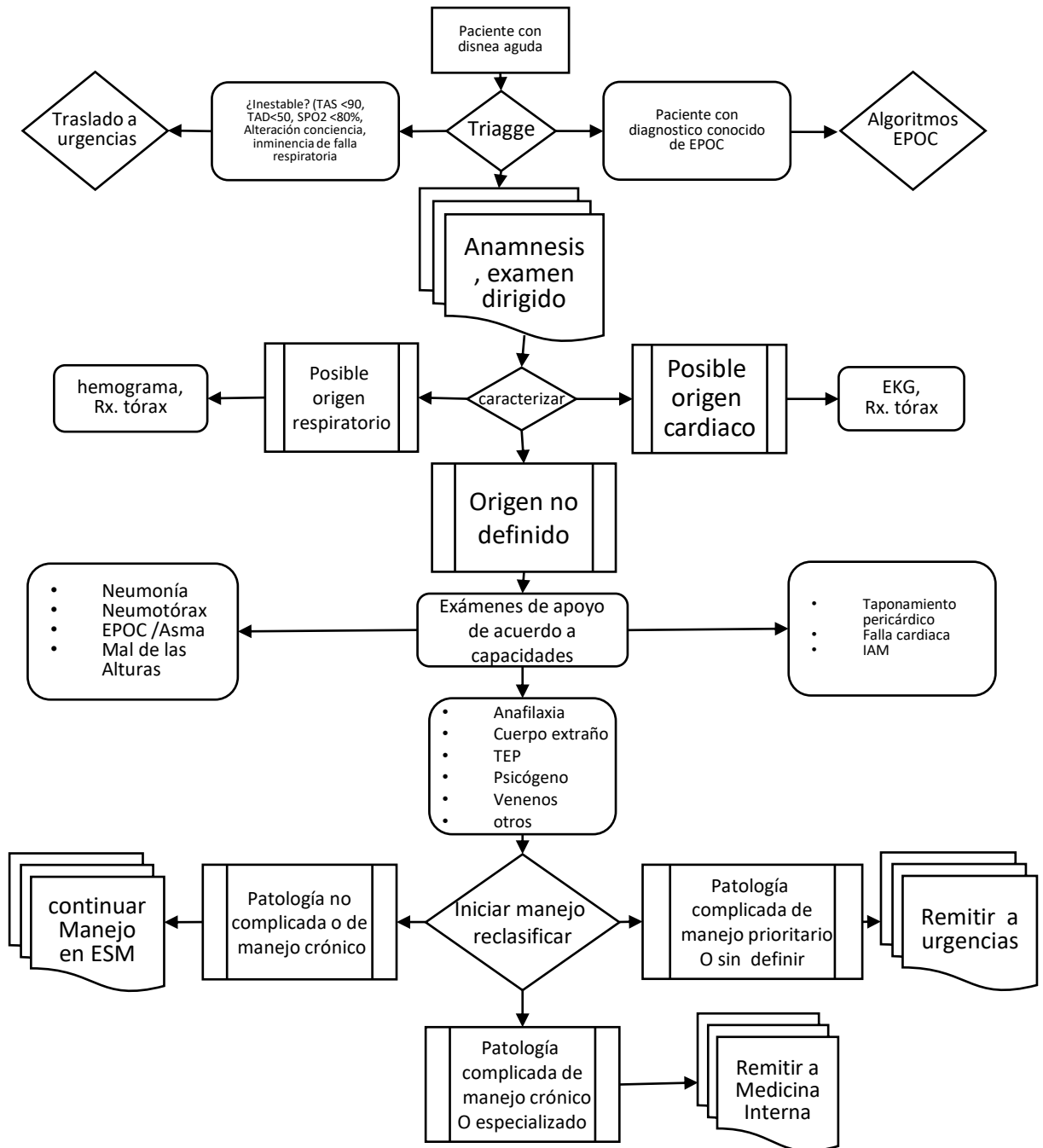
Este folleto está enfocado al escenario de la práctica clínica en la consulta externa de baja complejidad, sin embargo no es infrecuente que en dicho contexto se presenten consultas por síntomas agudos que pueden reflejar una nueva enfermedad o complicación o la agudización de una enfermedad preexistente que requiera un abordaje adecuado para establecer que pacientes pueden continuar en el flujo de atención ambulatorio y qué pacientes requieren traslado para atención en urgencias de un nivel mayor de complejidad.

Es fundamental en todos los casos reconocer desde el punto de vista clínico las que denominaremos banderas amarillas y banderas rojas que nos permitan discriminar a los pacientes con potencial de complicaciones mayores y así mismo enviar a estos pacientes a un nivel mayor de complejidad con estudios complementarios adecuados de acuerdo a la disponibilidad de los mismos.

Se han planteado los escenarios de consulta más comunes en el ámbito de la consulta externa que pueden hacer pensar en un diagnóstico de mayor gravedad. El algoritmo puede variar dependiendo de la disponibilidad o no de los recursos diagnósticos en su escenario de atención, pero esto no debe limitar la principal y más valiosa herramienta de diagnóstico que sigue siendo la anamnesis adecuada.

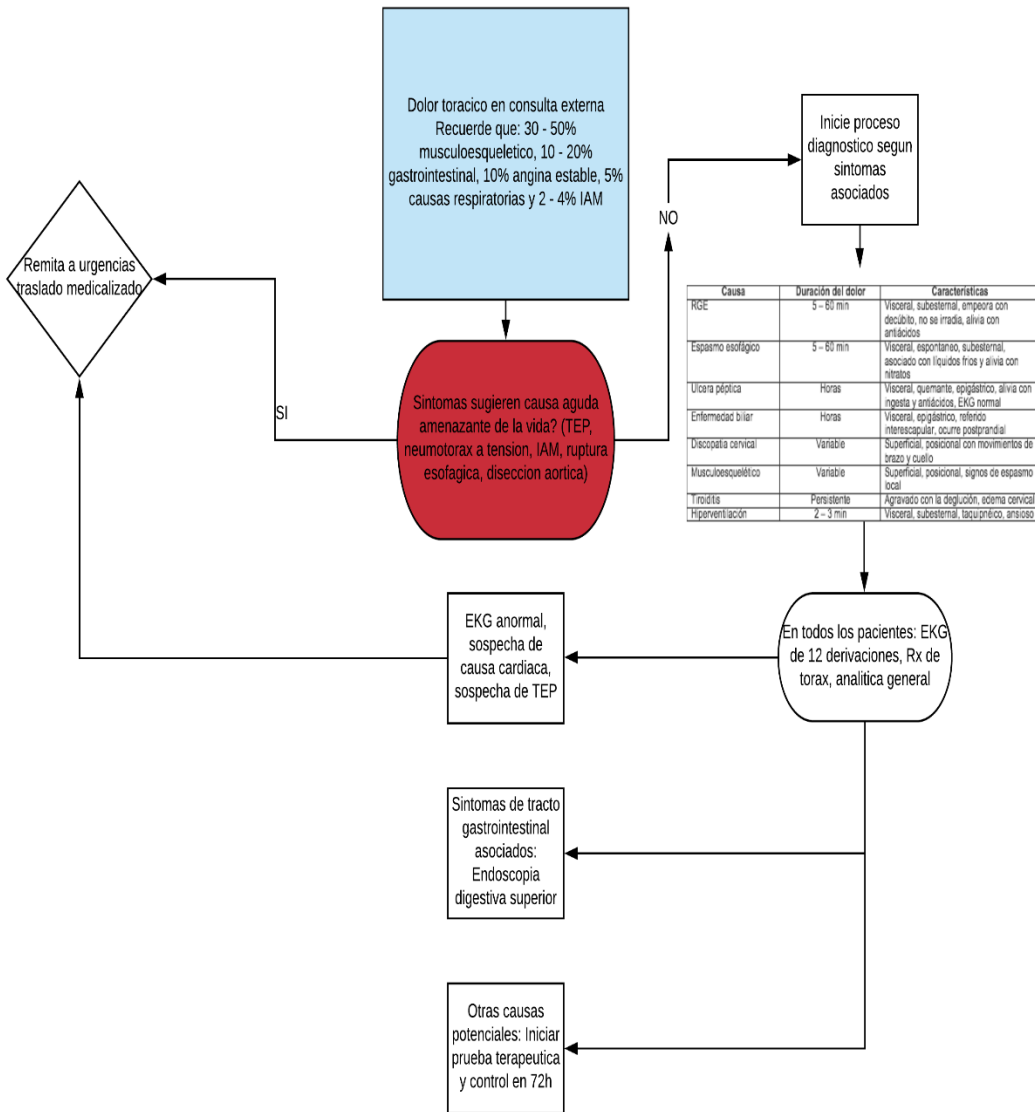
A continuación se presentan los algoritmos de diagnóstico y tratamiento inicial propuesto

1. El paciente con disnea aguda



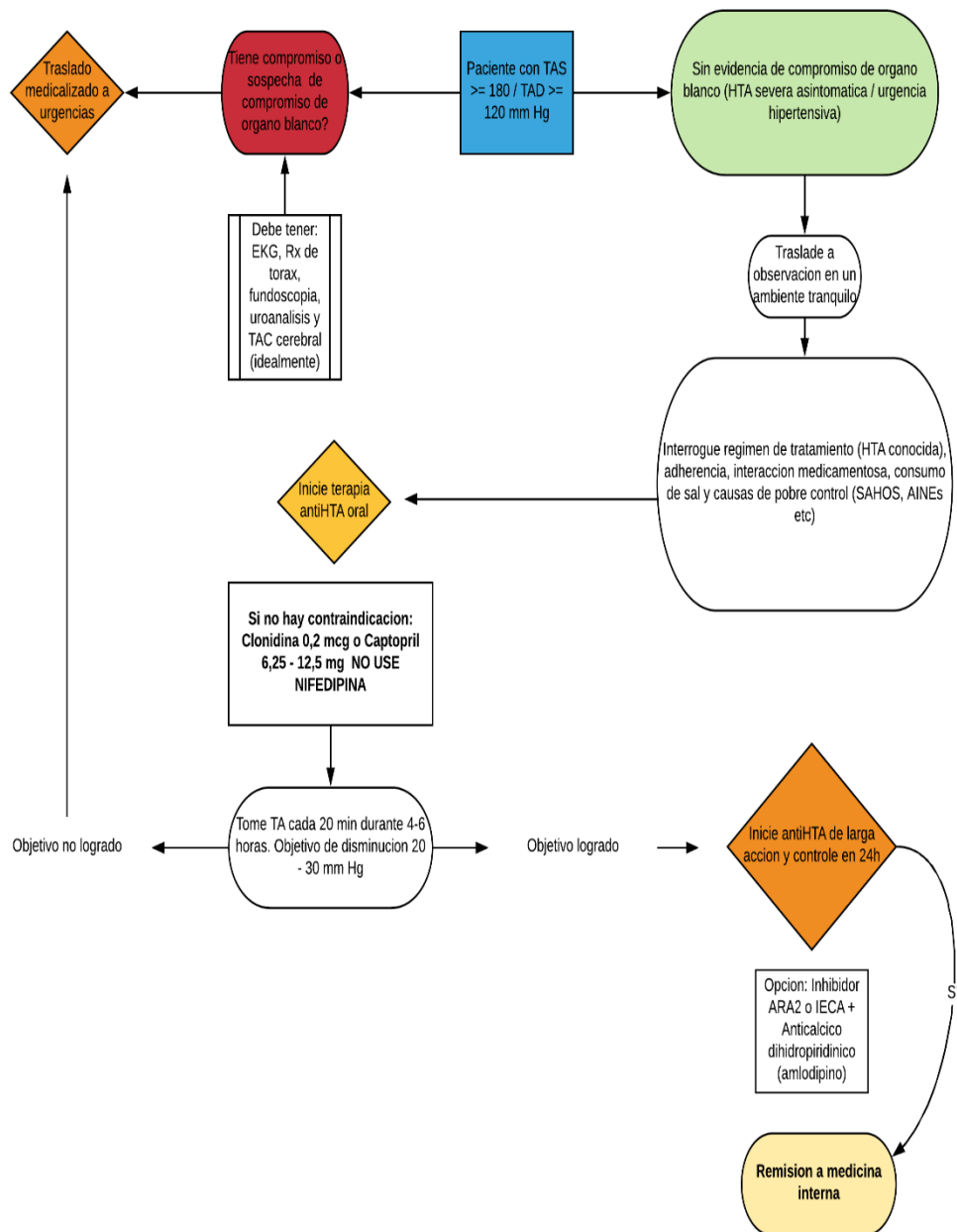
1. Prekker ME, Feemster LC, Hough CL, et al. The epidemiology and outcome of prehospital respiratory distress. Acad Emerg Med 2014;21(5):543–50.
2. American Thoracic Society. Dyspnea. Mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. Am J Respir Crit Care Med 1999;159:321–40.
3. Schwartzstein RM, Lewis A. Chapter 29: Dyspnea. In: Broaddus V, Mason RC, Ernst JD, et al, editors. Murray & Nadel's textbook of respiratory medicine. 6th edition. Philadelphia: Elsevier Health Sciences, Saunders/Elsevier; 2015. p. 490–1.

2. El paciente con dolor torácico (no en urgencias)



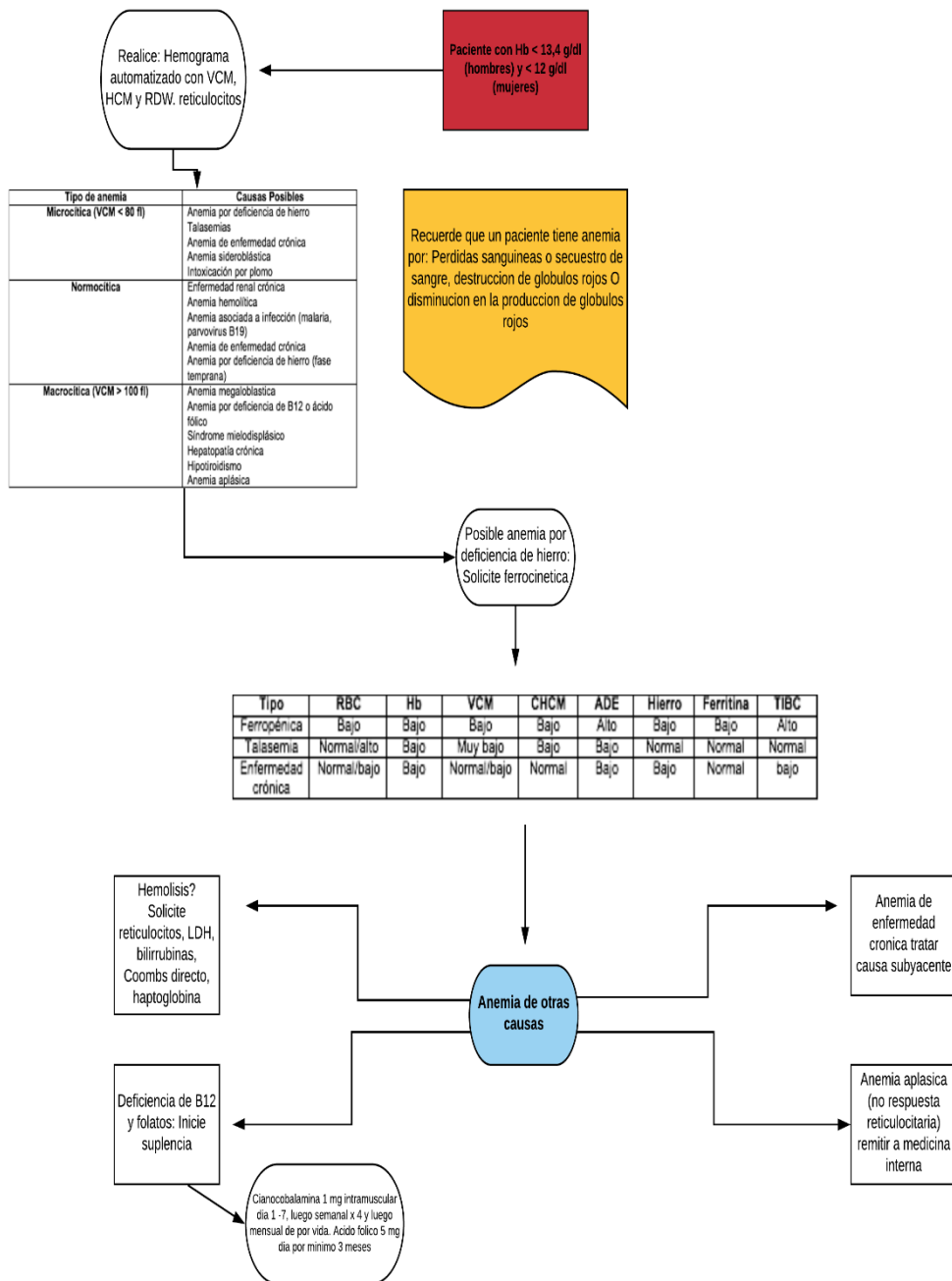
1. Fesmire FM, Martin EJ, Cao Y, et al. Improving risk stratification in patients with chest pain: the Erlanger HEARTS(3) score. Am J Emerg Med. 2012.
2. Eslick G, in Fass and Eslick, NCCP/A Growing Medical Problem 2007
3. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines

3. El paciente con Hipertensión Arterial no controlada



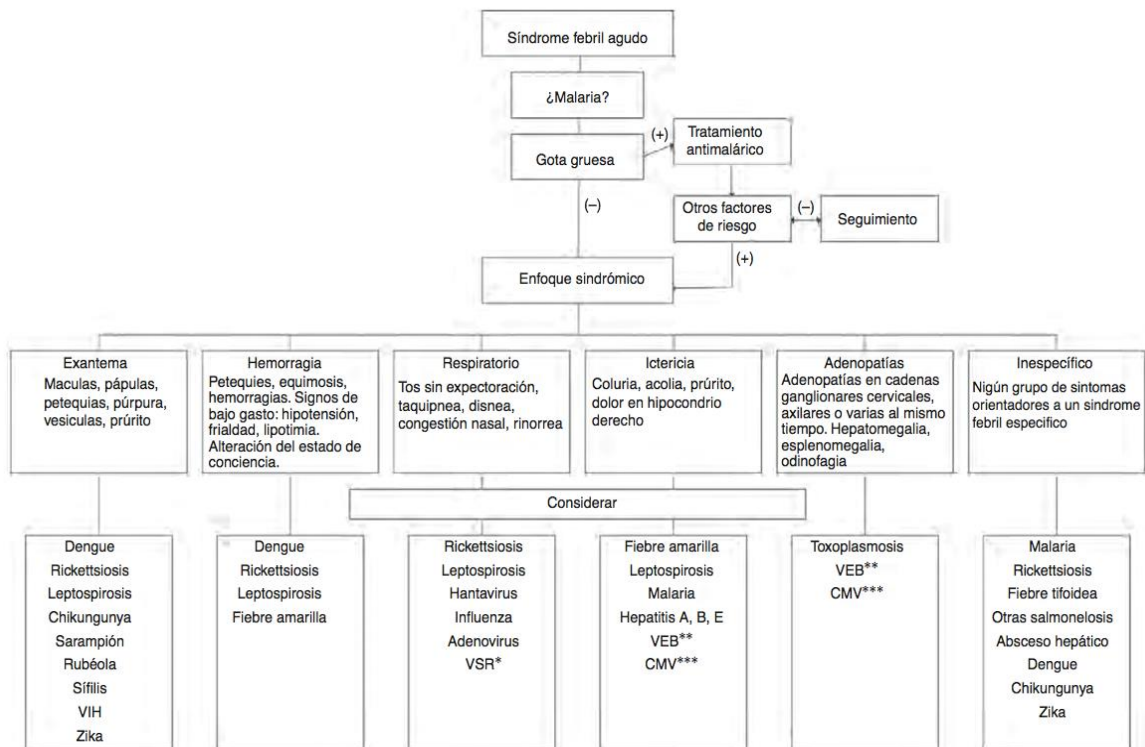
1. Anderson JL, Heidenreich PA, Barnett PG, et al. ACC/AHA statement on cost/ methodology in clinical practice guidelines and performance measures: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures and Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2014;**129**:2329–45.
2. Halperin JL, Levine GN, Al-Khatib SM, et al. Further evolution of the ACC/AHA clinical practice guideline recommendation classification system: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2016;**133**:1426–28

4. El paciente con anemia



- Kim SH, Lilot M, Murphy LS, et al. Accuracy of continuous noninvasive hemoglobin monitoring: a systematic review and meta-analysis. *Anesth Analg* 2014; 119:332.
- Beutler E, Waalen J. The definition of anemia: what is the lower limit of normal of the blood hemoglobin concentration? *Blood* 2006; 107:1747.
- Alli N, Vaughan J, Patel M. Anaemia: Approach to diagnosis. *S Afr Med J* 2017;107(1):23-27.

5. El paciente con fiebre en el trópico



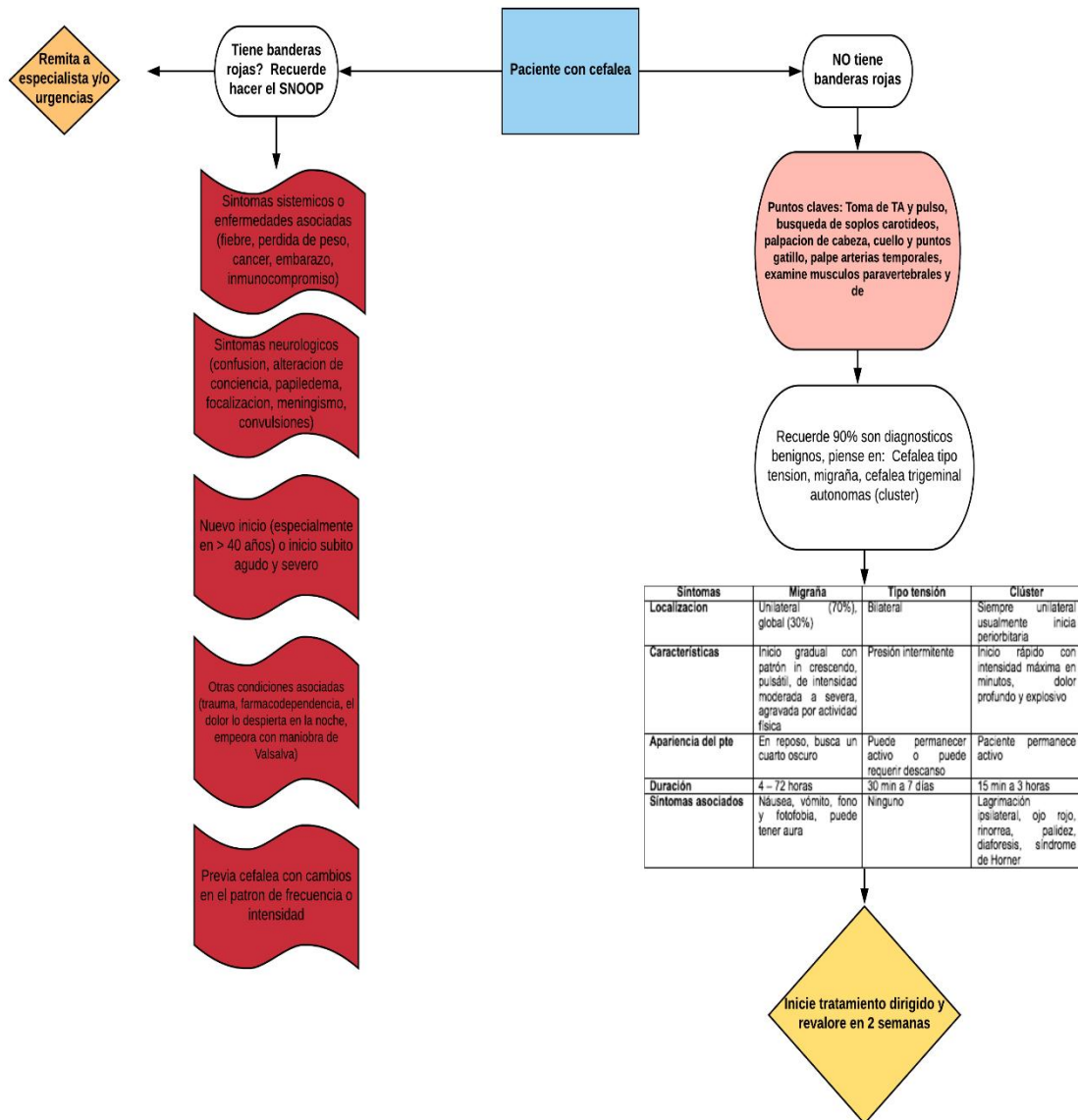
Tomado de Cortés JA, et al. Enfoque clínico del síndrome febril agudo en Colombia. Infectio. 2016.

* Virus sincitial respiratorio

** Virus de Epstein Barr

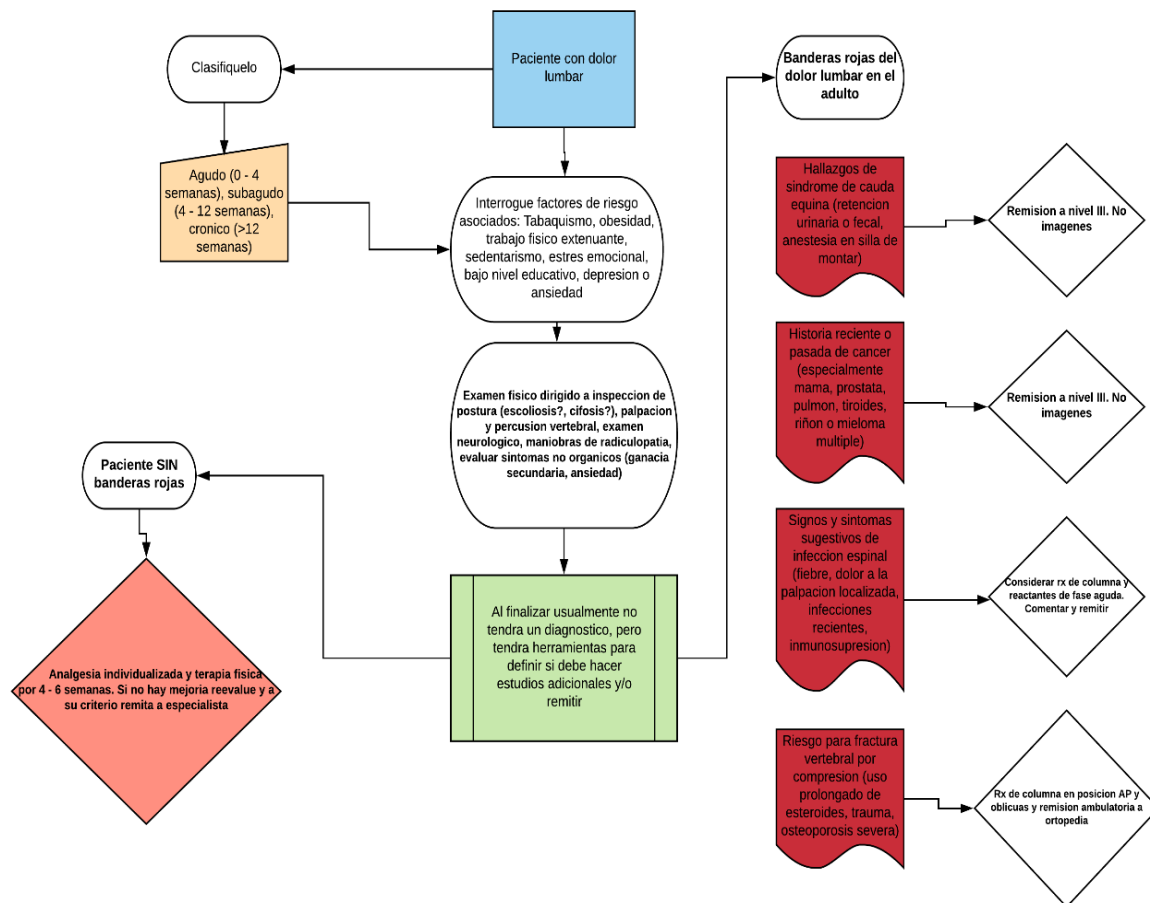
*** Citomegalovirus

6. El paciente con cefalea



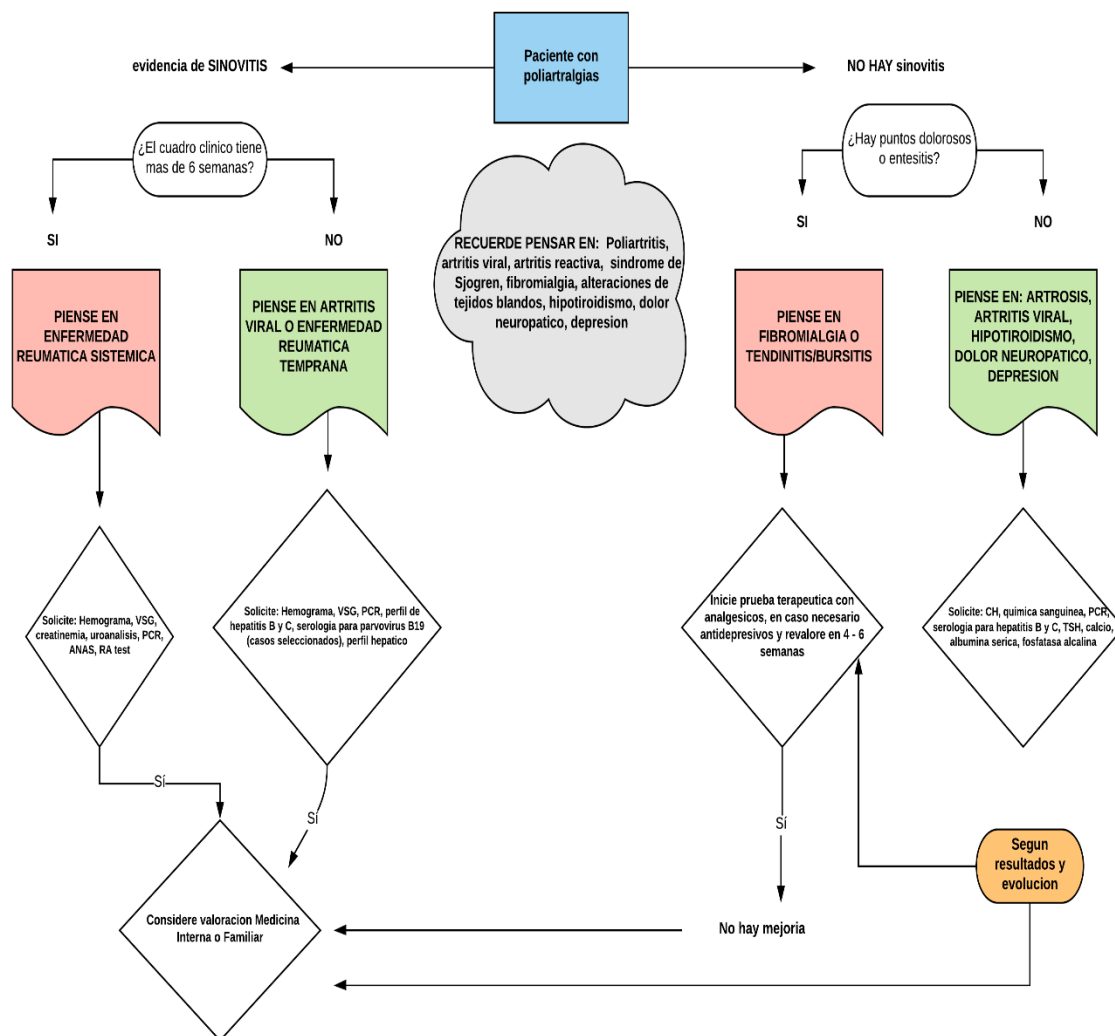
1. Carod-Artal FJ. Tackling chronic migraine: perspectives. Journal of pain research. 2014;7:185-94. Epub 2014/04/22
2. Cohen SP, Mao J. Neuropathic pain: mechanisms and their clinical implications. BMJ (Clinical research ed). 2014;348:f7656. Epub 2014/02/07
3. Rezai AR, Machado A, Deogonokar M, Azmi H, Kubu C, Boulis NM. Surgery for movement disorders. Neurosurgery 2008;62:809-38.
4. Levin M. Nerve blocks and nerve stimulation in headache disorders. Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management 2009;13:42-9.

7. El paciente con Dolor Lumbar



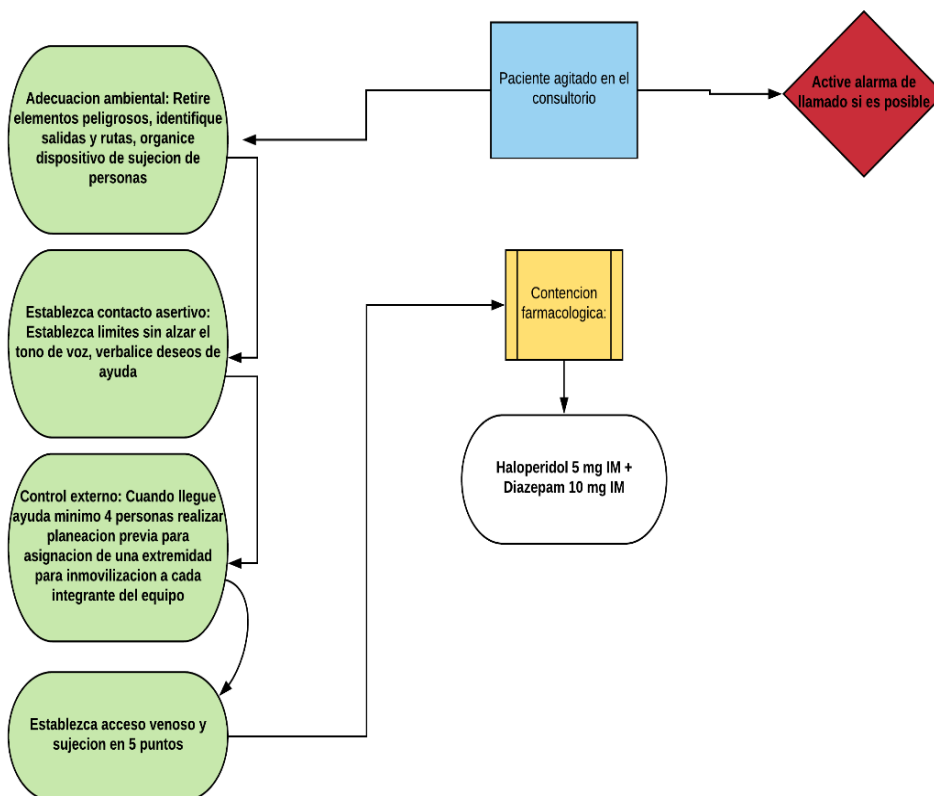
1. Chou R, Fu R, Carrino JA, et al. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2009;373:463-472.
2. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM. A systematic review identifies five "red flags" to screen for vertebral fracture in patients with low back pain. *J Clin Epidemiol*. 2008;61:110-118.
3. Airaksinen O, Brox JJ, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006;15(Suppl 2):S192-300.
4. Refshauge KM, Maher CG. Low back pain investigations and prognosis: a review. *Br J Sports Med*. 2008;40(6):494-8.
5. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: low back pain. 2015. <http://www.acr.org/> (last accessed 30 March 2017).

8. El paciente con Poliartralgias



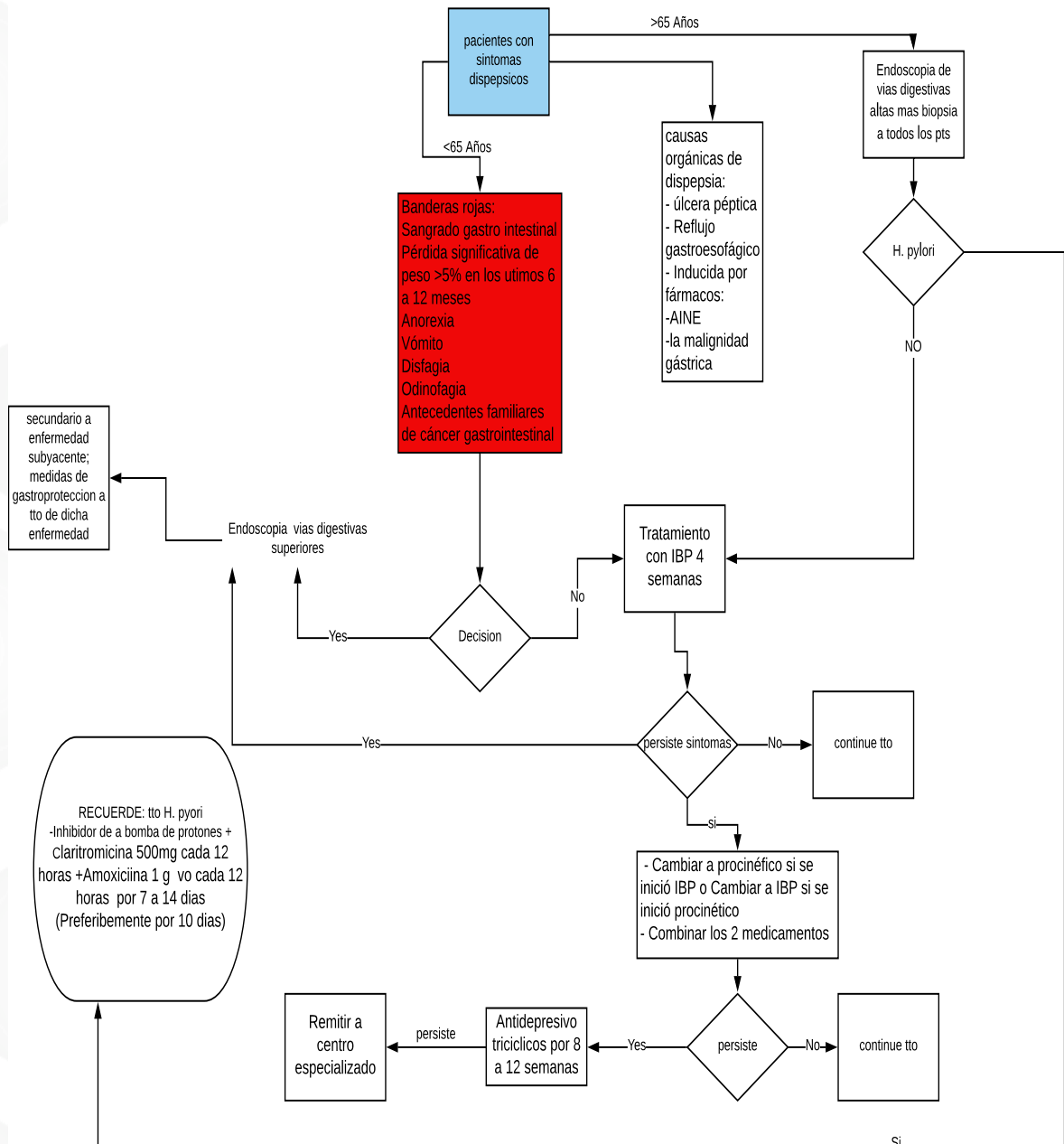
- Musumeci, G. et al. Osteoarthritis in the XXIst Century: Risk Factors and Behaviors that Influence Disease Onset and Progression. Int. J. Mol. Sci, 2015 ;16:6093- 6112. DOI:10.3390/ijms16036093 www.mdpi.com/journal/ijms.
- Altman RD. Classification of disease: osteoarthritis. Seminars in Arthritis Rheumatology. 1991; 20: 40-7.
- Lee J, Thorson D, Jourison M, Hunt A, Hark T, Else C. Diagnosis and treatment of adult degenerative joint disease of the knee. Institute for Clinical Systems Improvement. Health care guideline, 2000. <http://www.icsi.org>
- Neogi Tuhina, Zhang Yuqing. Epidemiology of Osteoarthritis, Clinics of North America of Rheumatology; 2013, Amp 39 1-19.
- Bruyère, O., Cooper, C., Pelletier, J. P. et al. An Algorithm Recommendation for the Management of Knee Osteoarthritis in Europe and Internationally: A Report from a Task Force of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). Semin Arthritis Rheum 2014;44:253-263.

9. El Paciente Agitado



1. New A, Tucci VT, Rios J. A Modern-Day Fight Club? The Stabilization and Management of Acutely Agitated Patients in the Emergency Department. *Psychiatr Clin North Am.* 2017 Sep;40(3):397-410.
2. Han JH, Wilber ST. Altered mental status in older patients in the emergency department. *Clin Geriatr Med.* 2013;29(1):101-36.
3. Wilber ST, Ondrejka JE. Altered mental status and delirium. *Emerg Med Clin North Am.* 2016;34(3):649-65.
4. Takeuchi A, Ahern TL, Henderson SO. Excited Delirium. *West J Emerg Med.* 2011;12(1):77-83.

10. El paciente con dispepsia

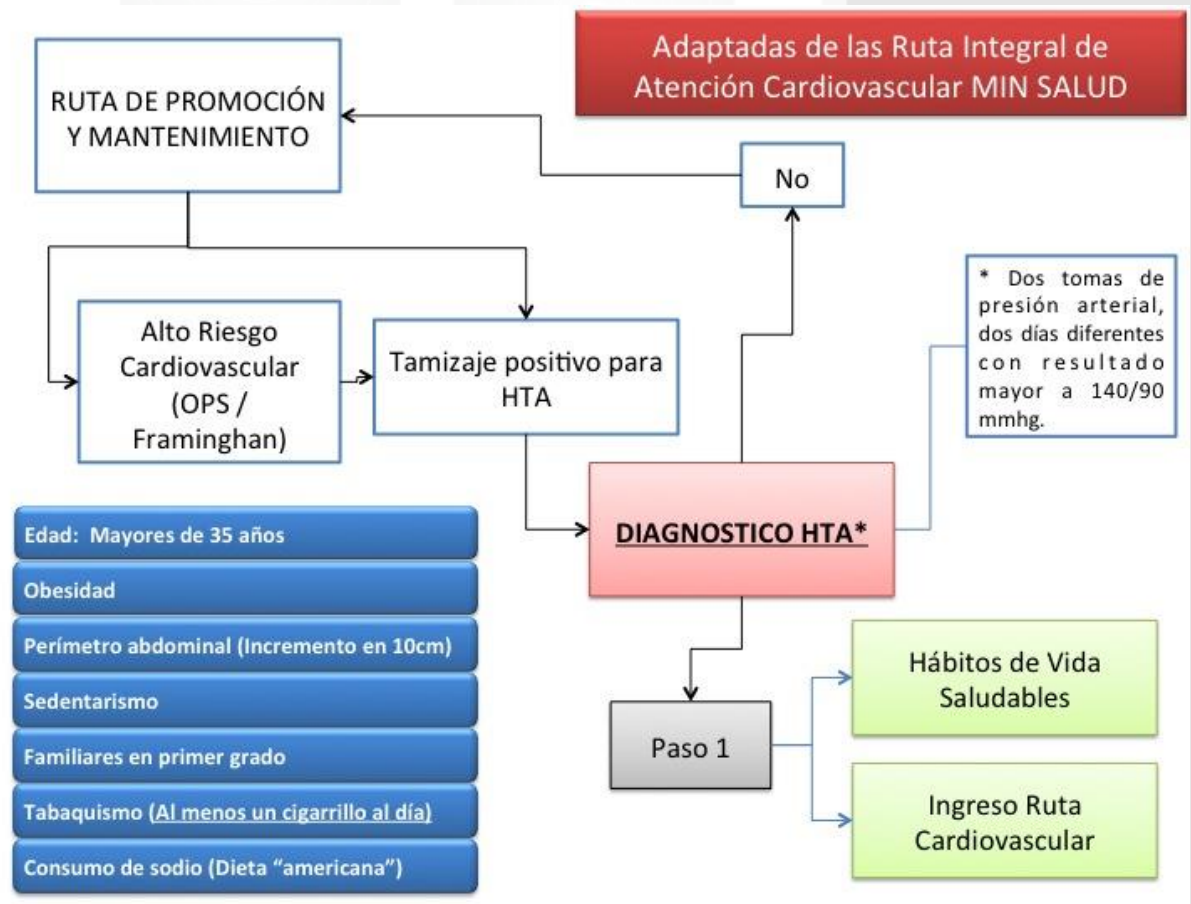


1. Ford AC, Marwaha A, Sood R *et al.* Global prevalence of, and risk factors for, uninvestigated dyspepsia: a meta-analysis. *Gut* 2015;64:1049–1057.
2. National Collaborating Centre for Cancer. Suspected Cancer: recognition and referral. NICE guideline June 2015 (NG-12). <http://www.nice.org.uk/guidance/NG12/evidence> Accessed on 12 May 2016.
3. National Cancer Institute, Surveillance, Epidemiology, and End Results program. <http://seer.cancer.gov/data/> Accessed on 24 May 2016.

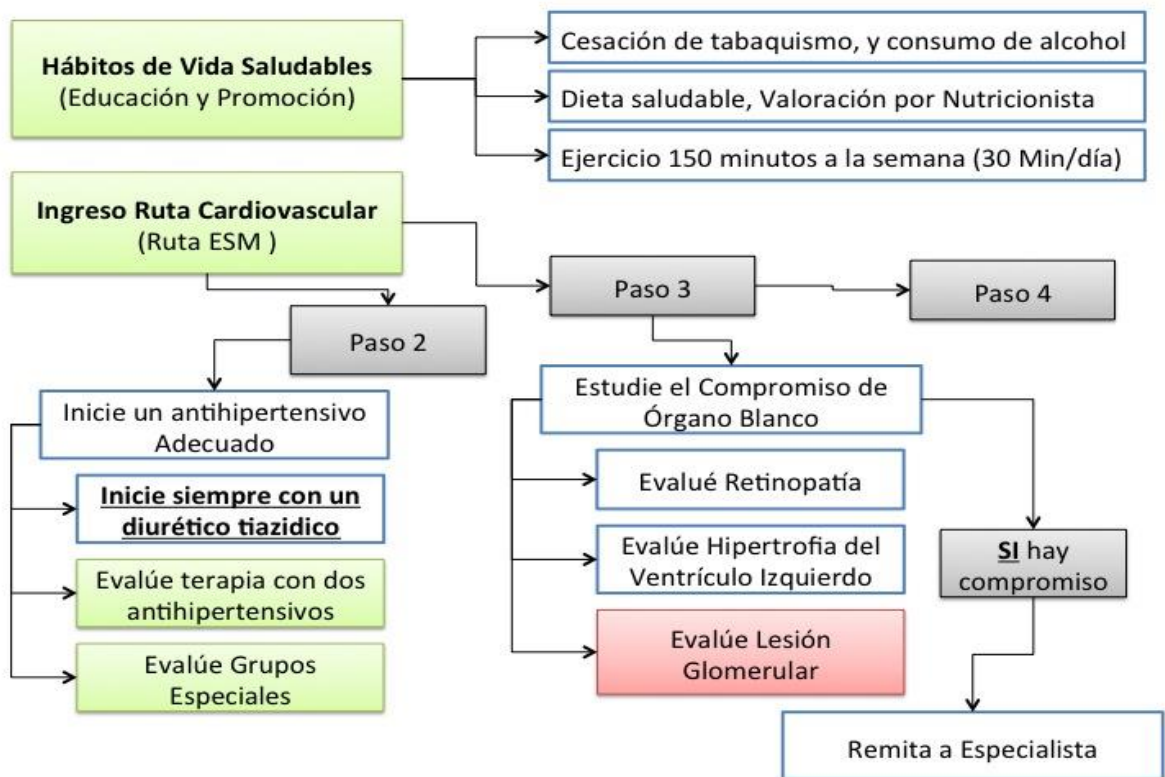
IV. ALGORITMOS DE ABORDAJE POR DIAGNOSTICOS EN EL CONSULTORIO

Los siguientes algoritmos están enfocados a pacientes con diagnósticos específicos y pretenden optimizar la gestión clínica del médico general en consulta externa para que acorde con el estado del arte pueda realizar una intervención diagnóstica, educativa y terapéutica así como definir los casos que deben ser evaluados y tratados por médicos especialistas (medicina interna y medicina familiar). Nuevamente estos algoritmos pretenden ser una herramienta de fácil consulta y amena lectura para el médico, no reemplazan en ningún momento el criterio clínico ni la autonomía médica pero si intentan que todo el personal de salud de nuestros establecimientos de sanidad tenga un actuar científico coherente y actualizado para que sean nuestros pacientes quienes reciban el mayor beneficio.

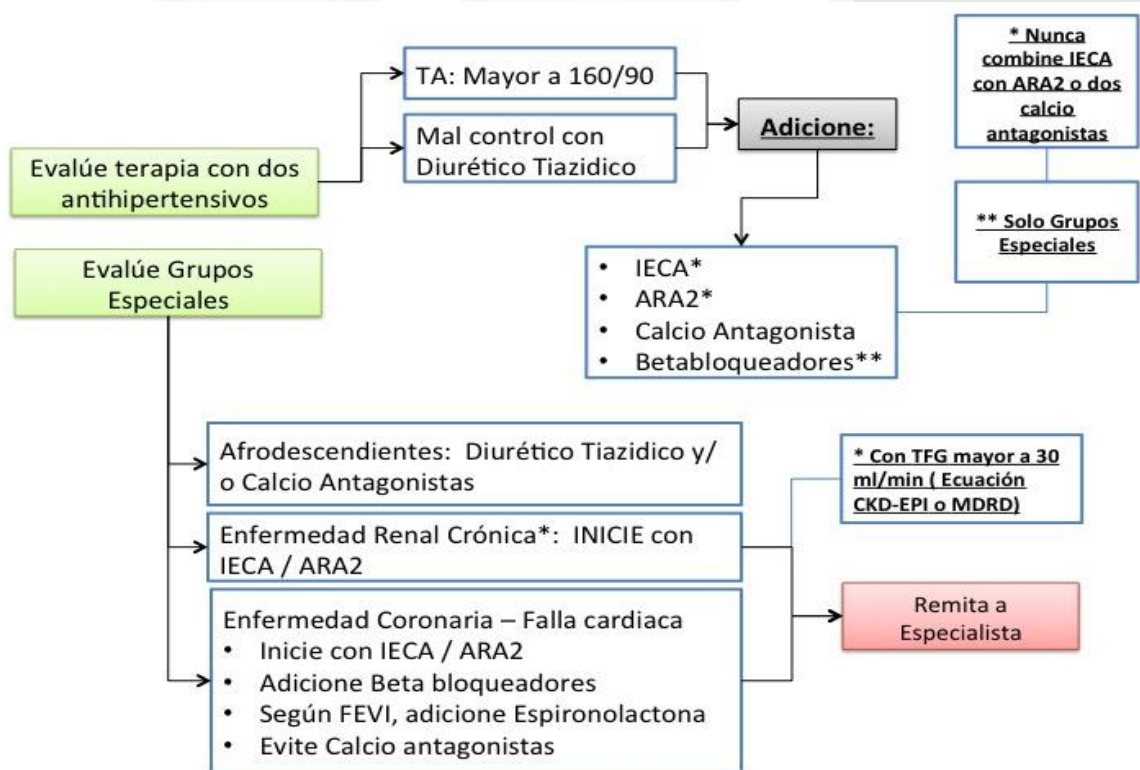
1. Paciente con Hipertensión arterial crónica



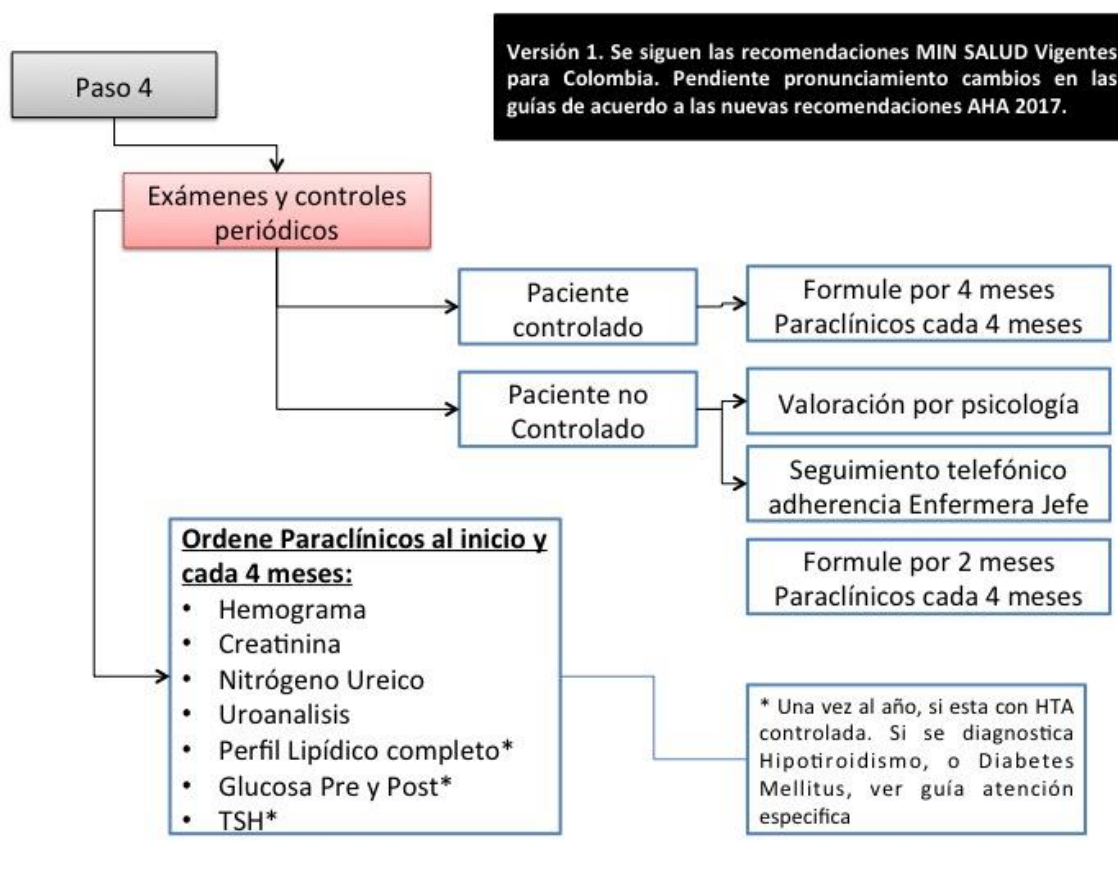
1. Anderson JL, Heidenreich PA, Barnett PG, et al. ACC/AHA statement on cost/ methodology in clinical practice guidelines and performance measures: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures and Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2014;**129**:2329–45.
2. Halperin JL, Levine GN, Al-Khatib SM, et al. Further evolution of the ACC/AHA clinical practice guideline recommendation classification system: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2016;**133**:1426–28



1. Anderson JL, Heidenreich PA, Barnett PG, et al. ACC/AHA statement on cost/ methodology in clinical practice guidelines and performance measures: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures and Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2014;**129**:2329–45.
2. Halperin JL, Levine GN, Al-Khatib SM, et al. Further evolution of the ACC/AHA clinical practice guideline recommendation classification system: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2016;**133**:1426–28

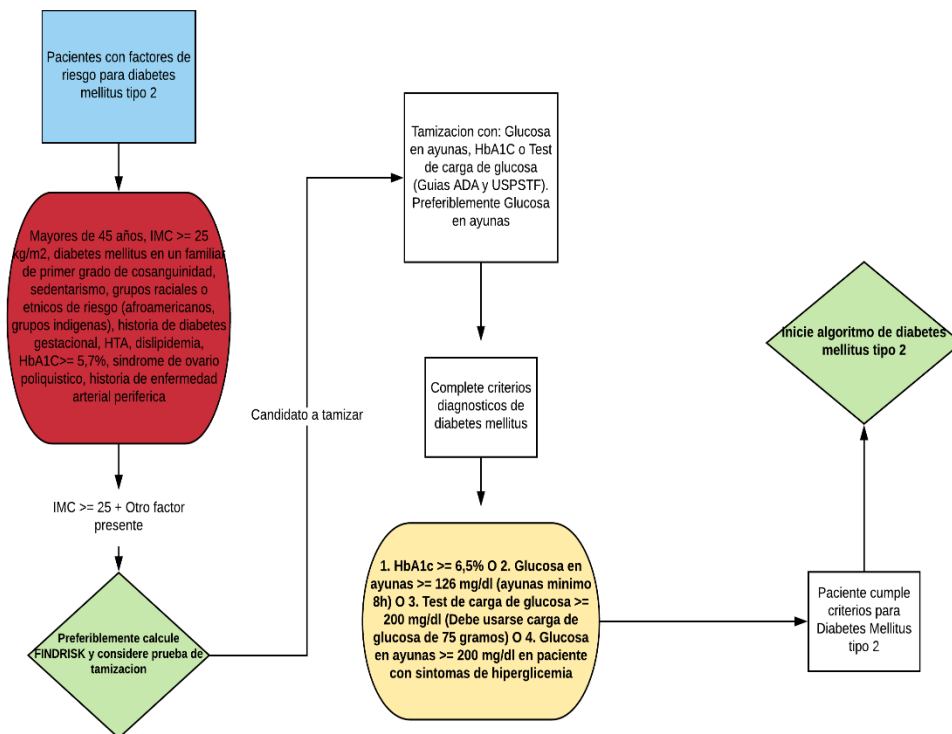


1. Anderson JL, Heidenreich PA, Barnett PG, et al. ACC/AHA statement on cost/ methodology in clinical practice guidelines and performance measures: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures and Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2014;**129**:2329–45.
2. Halperin JL, Levine GN, Al-Khatib SM, et al. Further evolution of the ACC/AHA clinical practice guideline recommendation classification system: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2016;**133**:1426–28

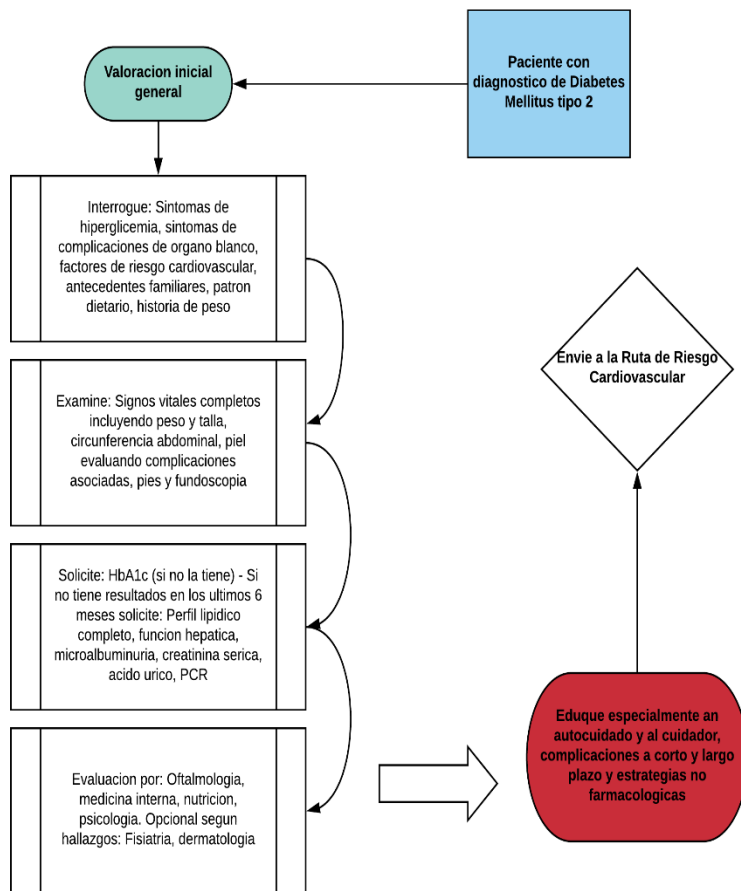


1. Anderson JL, Heidenreich PA, Barnett PG, et al. ACC/AHA statement on cost/ methodology in clinical practice guidelines and performance measures: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures and Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2014;**129**:2329–45.
2. Halperin JL, Levine GN, Al-Khatib SM, et al. Further evolution of the ACC/AHA clinical practice guideline recommendation classification system: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2016;**133**:1426–28

2. Paciente con Diabetes Mellitus (Diagnostico y Tamizaje)

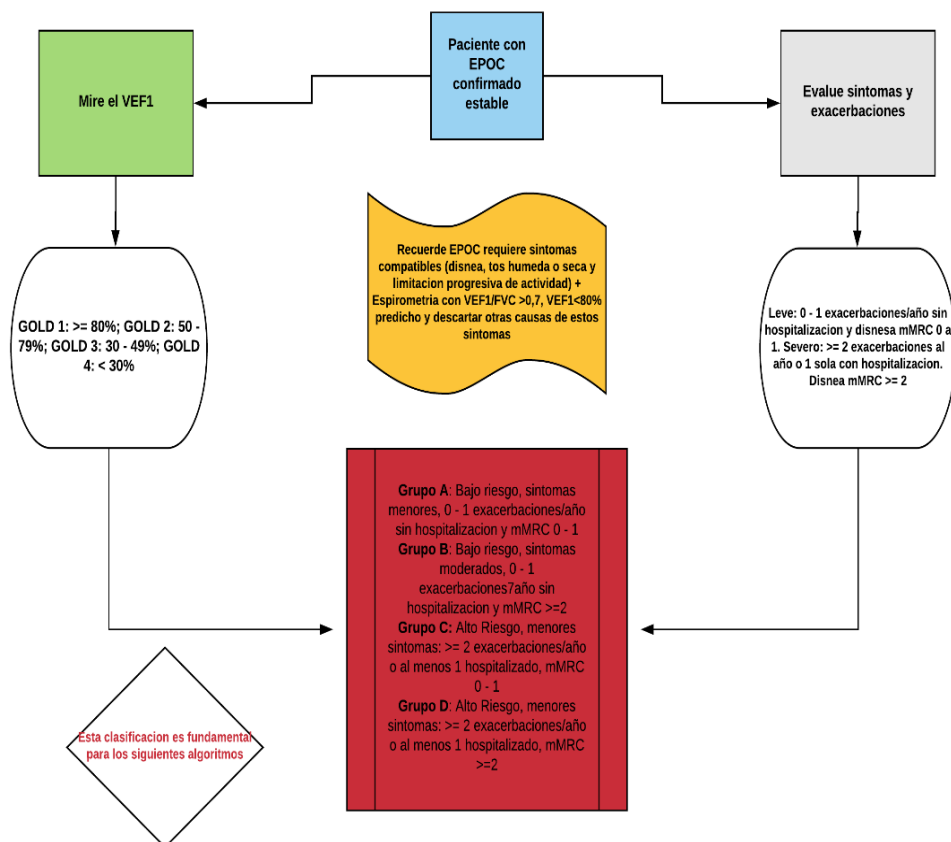


1. Jackson CC, Albanese-O'Neill A, Butler KL, et al. Diabetes care in the school setting: a position statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care 2015;38:1958– 1963
2. Siminerio LM, Albanese-O'Neill A, Chiang JL, et al. Care of young children with diabetes in the child care setting: a position statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care 2014;37:2834–2842

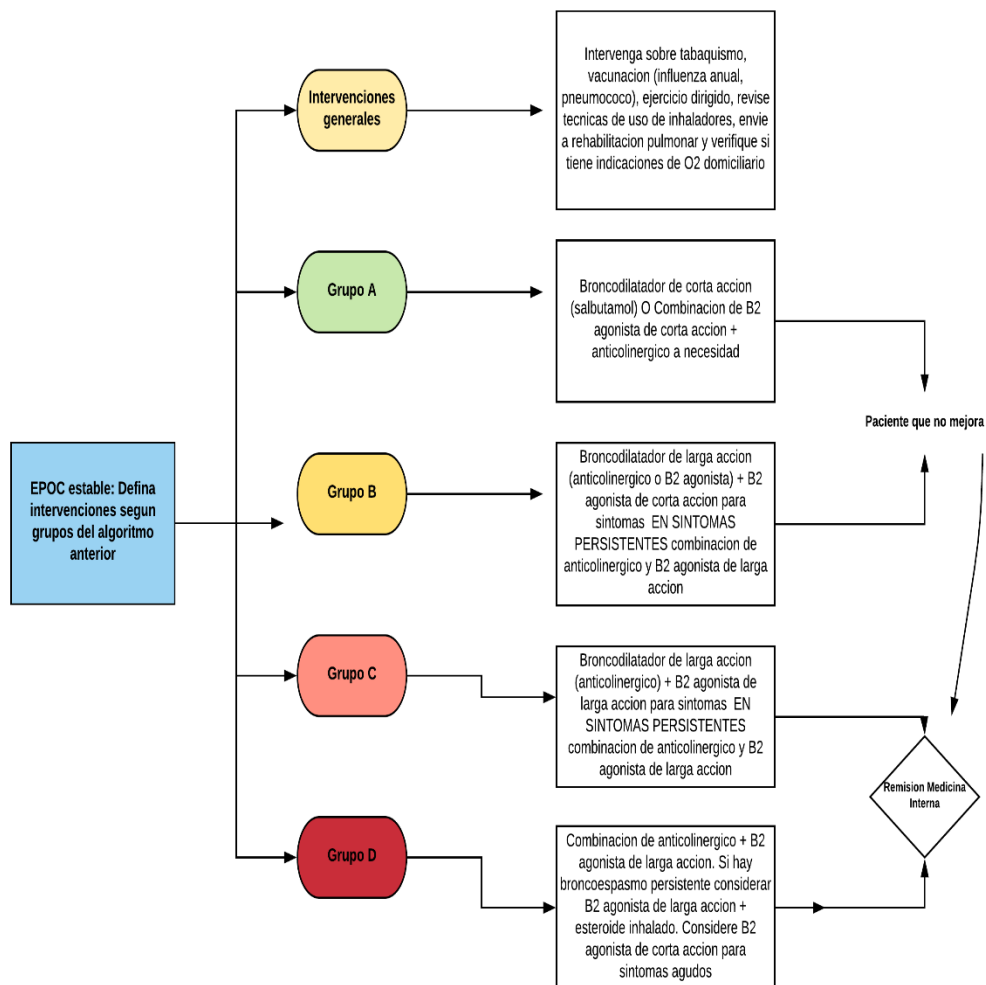


1. Jackson CC, Albanese-O'Neill A, Butler KL, et al. Diabetes care in the school setting: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2015;38:1958–1963
2. Siminerio LM, Albanese-O'Neill A, Chiang JL, et al. Care of young children with diabetes in the child care setting: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2014;37:2834–2842

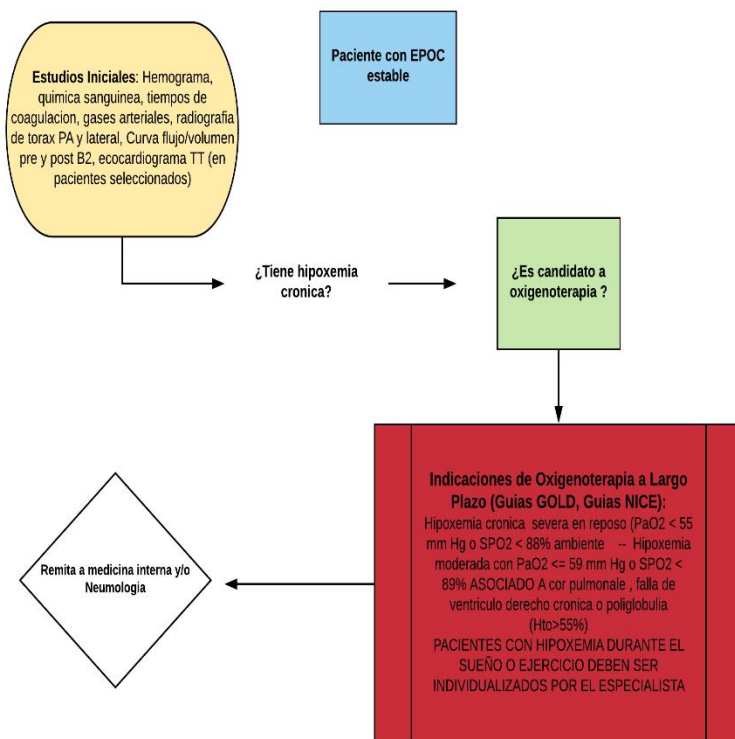
3. Paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica



1. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2016;388:1545-602.
2. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report: GOLD Executive Summary Arch Bronconeumol., 53 (2017), pp. 128-149
3. Clinical audit of COPD in outpatient respiratory clinics in Spain: The EPOCONSUL study Int J Chron Obstruct Pulm Dis, 12 (2017), pp. 417-426

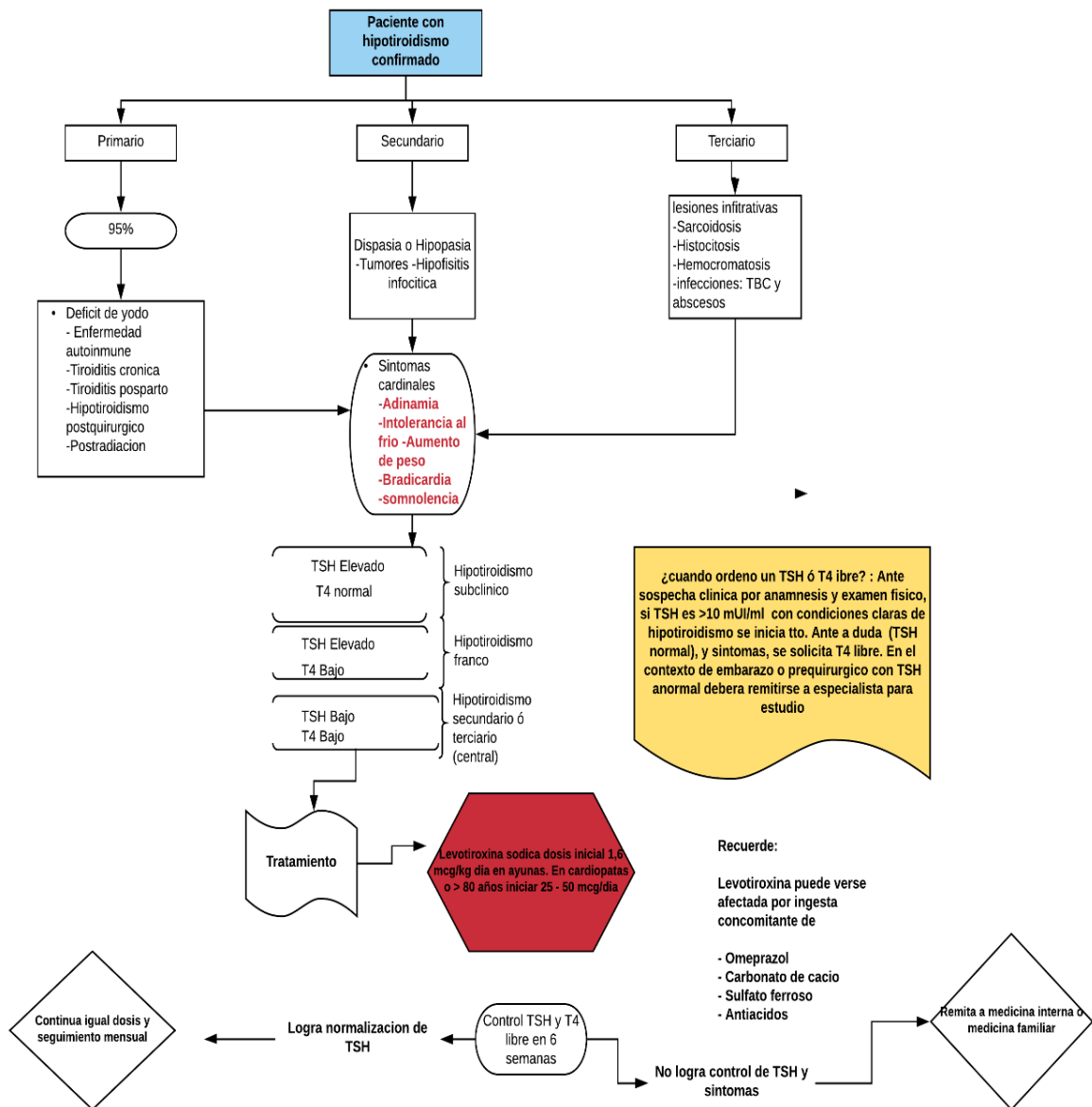


1. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2016;388:1545-602.
2. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report: GOLD Executive Summary Arch Bronconeumol., 53 (2017), pp. 128-149
3. Clinical audit of COPD in outpatient respiratory clinics in Spain: The EPOCONSUL study Int J Chron Obstruct Pulm Dis, 12 (2017), pp. 417-426



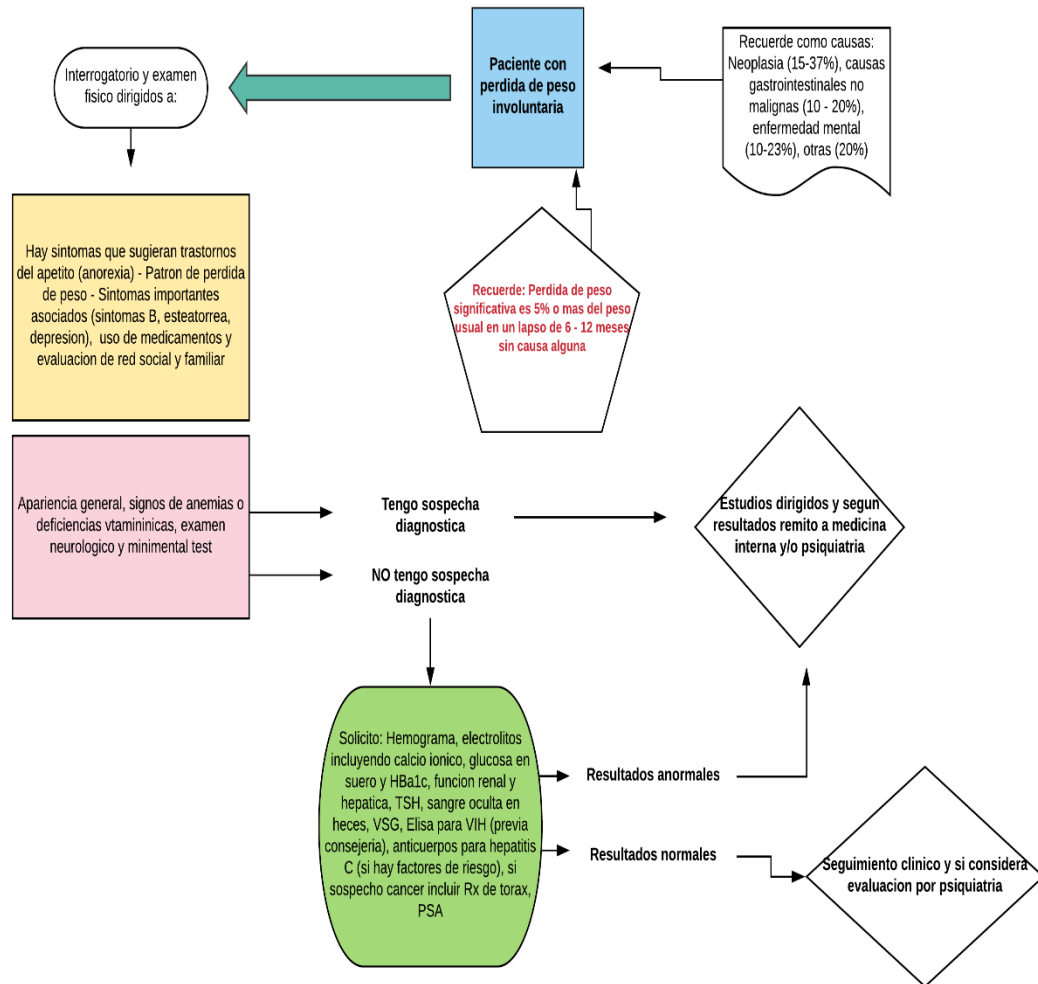
1. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2016;388:1545-602.
2. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report: GOLD Executive Summary *Arch Bronconeumol.*, 53 (2017), pp. 128-149
3. Clinical audit of COPD in outpatient respiratory clinics in Spain: The EPOCONSUL study *Int J Chron Obstruct Pulm Dis*, 12 (2017), pp. 417-426

4. Paciente con Hipotiroidismo primario



1. Ladenson PW, Singer PA, Ain KB, Bagchi N, Bigos ST, Levy EG et al. American Thyroid Association Guidelines for detection of thyroid dysfunction. Arch Intern Med 2000;160:1573-5
2. Hay ID, Bayer MF, Kaplan MM, Klee GG, Larsen PR and Spencer CA. American Thyroid Association Assessment of Current Free Thyroid Hormone and Thyrotropin Measurements and Guidelines for Future Clinical Assays. Clin Chem 1991;37:2002 - 2008.
3. Hay ID, Bayer MF, Kaplan MM, Klee GG, Larsen PR and Spencer CA. American Thyroid Association Assessment of Current Free Thyroid Hormone and Thyrotropin Measurements and Guidelines for Future Clinical Assays. Clin Chem 1991;37:2002 - 2008.

5. Paciente con síndrome de pérdida de peso involuntaria



1. Vanderschueren S, Geens E, Knockaert D, Bobbaers H. The diagnostic spectrum of unintentional weight loss. Eur J Intern Med. 2005;16:160-4.
2. Wu JM, Lin MH, Peng LN, Chen LK, Hwang SJ. Evaluating diagnostic strategy of older patients with unexplained unintentional body weight loss: A hospital-based study. Arch Gerontol Geriatr. 2010 nov; doi:10.1016/j.archger.2010.10.016
3. Bilbao-Garay J, Barba R, Losa-García JE, Martín H, García de Casasola G, Castilla V, et al. Assessing clinical probability of organic disease in patients with involuntary weight loss: a simple score. Eur J Intern Med. 2002;13:240-5.

