



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCION GENERAL DE NORMALIZACIÓN

LN18:2018

**LINEAMIENTOS DE REFERENCIA Y
RESPUESTA A LA REFERENCIA DE PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**



Febrero 2018



AUTORIDADES

Dr. Octavio Sanchez Medina

Secretario de Estado en el Despacho de Salud

Dr. Roberto Cosenza

Subsecretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Elvia María Ardón Castro

Directora General de Normalización

Dra. Silvia Yolanda Nazar

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

INDICE

INTRODUCCION.....	4
OBJETO, CAMPO DE APLICACIÓN, MARCO DE REFERENCIA Y PARTE SUSTANTIVA	5
BIBLIOGRAFIA	10
ANEXOS.....	12
TERMINOS Y DEFINICIONES.....	17
ACRONIMOS, SIMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS.....	20

1. INTRODUCCION

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT), están asociadas a la pobreza y a la falta de desarrollo social y económico de la población.

El problema se focaliza en zonas de mayor vulnerabilidad, marginación y pobreza, donde el acceso de la población a los servicios básicos es limitado.

Las ENT representan una carga importante de morbilidad y mortalidad, tanto a nivel mundial como regional y nacional, afectando la productividad de las personas y de los países. En el 2012 se les atribuyó el 79% de todas las defunciones en la Región de las Américas, y de estas el 35% fueron prematuras (en personas de 30 a 69 años).

Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas son las cuatro ENT responsables de la mayor carga de mortalidad; asimismo comparten 4 factores de riesgo, conductas modificables: inactividad física, alimentación poco saludable, consumo de tabaco y consumo de alcohol.

En Honduras, las ENT representan el 69% de todas las defunciones en el país, esto según datos del Informe “ Perfiles de País Enfermedades No Transmisibles OMS, Washington DC, 2012”.

En relación con la Diabetes Mellitus, se estima que la prevalencia nacional en poblaciones adultas (20-79 años), asciende a 7.4%.

En respuesta al panorama epidemiológico actual de la Secretaría de Salud ha iniciado diferentes intervenciones orientadas a mejorar la atención de los centros de salud para disminuir el riesgo de complicaciones a través de la detección temprana y tratamiento eficaz para esta enfermedad.

Una de estas acciones es la elaboración del presente documento de **“Lineamientos de Referencia y Respuesta a la Referencia”**, donde se describe los pasos a seguir con el objeto de estandarizar la referencia y respuesta a la referencia de las personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus Tipo 2 en los diferentes establecimientos de salud con que cuenta la Secretaría de Salud. Será utilizado por el personal de salud que brinda atención a las personas con esta patología.

En anexos se describen algunos ejemplos de casos clínicos.

El proceso de elaboración estuvo a cargo de personal de la Secretaría de Salud, Hospital Escuela Universitario, Instituto Hondureño de Seguridad Social , Instituto Nacional del

Diabetico, realizando talleres de discusión y participación sobre la forma de de referencia de pacientes con Diabetes Mellitus.

2.OBJETO

Estandarizar las referencias y respuestas a la respuesta de las personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus Tipo 2 a los niveles de atención que cuenta la Secretaria de Salud en el sistema de salud.

3.CAMPO DE APLICACIÓN:

Este lineamiento debe ser utilizado por el personal de salud que brinda atención a personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 en los distintos establecimientos de salud.

4.MARCO DE REFERENCIA:

Guía de Practica Clínica para el Manejo Ambulatorio (Promoción, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento) del Adulto con Diabetes Mellitus Tipo 2 y otras artículos y/o estudios que se detallan en la bibliografía

5.PARTE SUSTANTIVA

REFERENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA A MEDICINA INTERNA DEL INADI O MEDICINA INTERNA DE OTROS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

- Pacientes debutantes: sin síntomas catabólicos (poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso) que persisten con un valor de Glucosa en ayuno >130 mg/dl; tres meses después de iniciado el tratamiento en primer nivel de atención; con adherencia comprobada al tratamiento y recomendaciones médicas; o con sospecha clínica de complicación crónica (disminución de la agudeza visual, edema de miembros inferiores, examen cardiopulmonar anormal, presencia de proteinuria o alteración de la creatinina).

- **Pacientes ya conocidos:** en tratamiento con antidiabéticos orales a dosis máxima (Glibenclamida 5 mg., 4 tabletas por día y/o Metformina 850 mg. 3 tabletas por día) con falla secundaria en quienes no se logren las metas de objetivos glicémicos: glicemia en ayuno > de 250 mg/dl o glicohemoglobina > 9, a pesar de buen apego al tratamiento y a la dieta en un periodo de tres meses, referir a consulta externa de Medicina Interna.
- **Pacientes con úlceras traumáticas:** al momento de la detección referir a emergencia de cirugía.
- **Pacientes con úlceras no traumáticas:** sobre infectadas referir a emergencia de Medicina Interna.
- **Pacientes con hipoglucemias severa** < 54 mg/dl, y/o con síntomas Neuroglucopenicos (alteración de conciencia, cefalea, mareo, confusión, disartria, sudoración, convulsión, visión borrosa), referir a emergencia de Medicina Interna.
- **Pacientes con 2 ó más episodios por semana** de hipoglucemias documentada < 70 mg/dl, referir a consulta externa de Medicina Interna. o APS (IHSS).

Referencias de Atención Primaria y Medicina Interna a Endocrinología

- Sospecha de otros tipos de Diabetes (genéticos, Diabetes Tipo 1, enfermedades del páncreas, exocrino y endocrinopatías secundarias).
- Embarazo en mujer con Diabetes.
- Embarazada con glicemia en ayuno \geq 92 mg/dl.
- Pacientes con descontrol metabólico (HbA1 > de 10) crónico a pesar de modificaciones terapéuticas por Medicina Interna.
- Pacientes menores de 40 años con sospecha de otro tipo de Diabetes en el momento del diagnóstico. (MODY, Mitocondriales y otros).
- Pacientes con diabetes más historia de evento cardiovascular conocida.

Referencia de Atencion Primaria a Ginecologia

- Embarazo en mujer con Diabetes.
- Embarazada con glicemia en ayuno ≥ 92 mg/dl. O HbCa1 mayor de 6.4

Referencias a Nefrología

- Proteinuria clínica Persistente (> 200 mg/min o 300 mg/día).
- Creatinina > 2 mg/dl o aclaramiento de creatinina < 50 ml/min/ 1073 m².
- Proteinuria cualitativa (++)

Referencia a Cirugía Vascular

- Arteriopatía periférica:
 - Con dolor en reposo o dolor nocturno en miembros inferiores con disminución de los pulsos periféricos.
 - Aumento de la claudicación intermitente.
 - Ausencia de pulsos pedios. (enviarlo a emergencia de cirugía).
 - Ulceras traumáticas (emergencia de cirugía).

Referencia a Dermatología

- Ulceras que no curan

Referencia a Cardiología

- Sospecha o presencia de cardiopatía isquémica y/o insuficiencia cardíaca.**
- Paciente hipertenso de difícil control (más de 4 medicamentos).
- Paciente con sospecha de cardiopatía valvular aortica
- Pacientes con arritmias

Referencia a Neurología

- Historia de evento cerebrovascular isquémico o hemorrágico y neuropatía periféricas que no responda a tratamiento medico.

Referencia a Oftalmología

- Enviar al momento del diagnóstico o en la visita inicial.
- En pacientes con buen control metabólico, glicohemoglobina < 8, (o su equivalente a menos de 180 mg/dl) cada 2 o 3 años, después de 1 o más exámenes normales.
- En pacientes con pobre o mal control metabólico, glicohemoglobina > de 8, (o su equivalente a más de 180 mg/dl) o examen anormal cada año.
- Pacientes con retinopatía diabética no proliferativa con buen control, hemoglobina glicosilada < de 8 %, se deberá realizar evaluación oftalmológica cada dos años.
- Pacientes con retinopatía diabética no proliferativa con pobre control, hemoglobina glicosilada > de 8 %, se deberá realizar evaluación oftalmológica cada año.

- Pacientes con Diabetes Mellitus mayor de 10 años de evolución bien controlado o no, debe ser evaluado por oftalmología obligatoriamente, por lo menos una vez al año.
- Control y detección de retinopatía diabética mediante fotografía de fondo de ojo con cámara de Fundoscopia.

Referencias a Odontología

- En atención primaria enviar en la visita inicial, y anualmente o según recomendación del odontólogo. Para realizar un procedimiento o la paciente deberá estar compensado con glucosa en ayuno < 180 mg/dl.
- Pacientes con diabetes con condición aguda odontológica: gingivitis, absesos, estomatitis y otras.

Urgencias Hospitalarias

- Sospecha clínica de estado hiperglucémico-hiperosmolar o de cetoacidosis diabética: deshidratación severa, alteración de la conciencia, aumento de la frecuencia respiratoria, dolor abdominal y síntomas catabólicos.
- Hipoglucemia grave o coma hipoglucémico, sobre todo si es secundario a tratamiento con antidiabéticos orales (Sulfonilureas: glibenclamida).
- Hiperglucemia grave > de 250 mg/dl o glicohemoglobina > de 9 % con síntomas catabólicos, que necesita tratamiento inicial con insulina y que en atención primaria no pueda realizarse.
- Pacientes con pie de Warner

IMPORTANTE:

Pacientes con diagnóstico de DM debe referirse a un equipo multidisciplinario Psicólogo, nutricionista, educador en DM.

6. BIBLIOGRAFIA

1. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (writing committee to revise the 1998 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease): developed in collaboration with the Society of Cardiovascular Anesthesiologists; endorsed by the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions and the Society of Thoracic Surgeons». *Circulation* 114 (5): e84-231.
2. Allelo L.M. Perspectives on diabetic retinopathy. *Am J ophtalmol* 20003; 136:122.
3. Bonow RO, Carabello BA, Kanu C, et al (2006). ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the Evidence summary: The relationship between oral diseases and diabetes. D'Aiuto F, et al. *Br Dent J*. 2017.
4. Guia de Practica Clinia para el manejo ambulatorio (promocion, prevencion, diagnostic y tratamiento) del adulto con Diabetes Mellitus Tipo 2.
5. Fihn SD, Gardin JM, Abrams J, et al. 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines, and the American College of Physicians, American Association for Thoracic Surgery, Preventive Cardiovascular Nurses Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *Circulation* 2012; 126:e354.
6. Frank RN. Diabetic retinopathy. *N Engl J Med* 2004; 2004;350:48.
7. Kasper, D. L., & Harrison, T. R. (2015). *Harrison's principles of internal medicine* 19ed. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division.
8. Kasper, D. L., & Harrison, T. R. (2015). *Harrison's principles of internal medicine* 19ed. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division.
9. Luis cereceda G .Mecanismos de la caquexia. Instituto Oncológico. Clínica Las Condes. Hospital Fach. *Rev Med Clin. Condes* - 2007; 18(4) 349 – 355.
10. Michael f. Carroll, m.d., and jonathan I. Temte, m.d., ph.d., university of wisconsin–madison medical school, madison, wisconsin proteinuria in adults: a diagnostic

approach am fam physician. 2000 sep 15;62(6):1333-1340
Standards of medical care in Diabetes -2017 Diabetes Care 2017;40(Suppl. :S1–S2 | DOI: 10.2337/dc17-S001
Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al, for the Authors/Task Force Members. 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2016 Jul 14. 37 (27):2129-200.

11. Stitt AW, et al. The progress in understanding and treatment of diabetic retinopathy. *Prog Retin Eye Res*. 2016;51:156–186.
12. Strasser F, Bruera E. Cancer anorexia/cachexia syndrome: epidemiology, patogenesis, and assessment. In *Gastrointestinal symptoms in advanced cancer patients*. Oxford University Press 2002.
13. Vanegas-Aroyave N, Arbeláez-Gómez M. Proteinuria. *Medicina & Laboratorio* 2007; 13: 327-344. Módulo 11 (Orina), número 3. Editora Médica Colombiana S.A., 2007©
14. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation* 2013; 128:1810.

15.ANEXOS:

CASOS CLÍNICOS PARA REFERENCIA

CASO CLINICO # 1

María paciente femenina de 35 años de edad, procedente de Florida, Copán, asiste a consulta al Centro Integral de Salud (CIS) por aumento excesivo de sed, orinadera, mareos resequedad de boca y ha bajado de peso; el médico le indica exámenes y el resultado de la glucosa en ayunas es de 300 mg/dL, paciente comenta no tiene antecedentes previos de resultados de glicemia alterado, ni historia familiar.

Examen Físico

Paciente consciente, lucida, orientada, no se observan signos de enfermedad aguda.

Signos vitales:

Peso: 83 Kg. Talla: 1.58 mts IMC: 33.2, T: 37°C, FC: 72 X'

FR: 20X', P/A 150/90 mm/Hg.

ORL: mucosa oral seca. Resto sin alteración.

Cuello: sin adenopatías, ni masas.

Tórax: no hay puntos dolorosos.

Cardíaco: ritmo cardiaco regular, no se auscultan soplos.

Pulmones: murmullo vesicular normal, no se auscultan ruidos patológicos.

Miembros inferiores: pulsos pedios presentes, sensibilidad presente, sin úlceras ni callosidades.

DIAGNÓSTICO:

Diabetes Mellitus 2 Debutante

TRATAMIENTO:

- Metformina 850 mg. V.O. cada 12 horas

- Toma presión arterial diaria, durante 5 días para confirmar o descartar diagnóstico.
- Referencia consulta externa medicina Interna

Factores de riesgo asociados

Criterios de diagnóstico:

Que medicamento iniciaría de primera opción

Es indicado iniciar insulina en el momento de diagnóstico

Puede embarazarse

CASO CLÍNICO # 2

Paciente femenina de 20 años de edad, embarazada de 10 SG, a quien en los exámenes del control prenatal se encuentran estos resultados: Glucosa: 95mg/dL

HGO: G: 2 P: 2 A: 0 HV: 2 HM: 0

Último parto hace 3 años, el hijo peso 4 kg.

Antecedentes familiares: Madre Diabética.

Antecedentes personales: madre le comentó que fue gordita al nacer.

EXAMEN FÍSICO

Signos vitales:

Peso: 69 kg. Talla: 1.58 mts. , IMC: 25.8, P/A 90/60 mm/Hg

T: 37°C, FR: 18 X', FC: 78 X', AU: 6, MF: no presentes, FCF: NO Audible.

ORL: hidratada.

Cardiaco: ritmo cardiaco regular.

Pulmones: murmullo vesicular normal, sin ruidos patológicos.

Abdomen: AFU: 6 MF: no presentes FCF: no audible.

Miembros Inferiores: sin edema

DIAGNÓSTICO

- Sospecha de Diabetes Mellitus Gestacional.
- Embarazo de 10 SG.
- Factores de riesgo reproductivo.
- Criterios de diagnóstico de diabetes gestacional.
- Indicaciones sobre manejo adecuado de peso, programa de alimentación y ejercicio.
- Tratamiento farmacológico: metformina y/o insulina.
- ¿Necesita ser referido?

CASO CLINICO# 3

Femenina de 35 años de edad, con 26 SG.

HGO: G: 5 P: 5 A: 0 HV: 4, Óbito: 1

APP: Diabetes Mellitus 2 hace 5 años, recibe tratamiento con Metformina 850 mg una Tableta TID.

En los exámenes del control prenatal se encuentran estos resultados: Glucosa: 123 mg/dL, Glicohemoglobina 6.6 mg%

EXAMEN FÍSICO:

Signos vitales:

Peso: 80 kg. Talla: 1.55 mts. IMC: 33.2 P/A 110/70 mm/Hg.

T: 37°C, FR: 18 X', FC: 78 X', AU: 24 cm. MF: presentes

FCF: 138

ORL: hidratada.

Cardiaco: ritmo cardiaco regular.

Pulmones: murmullo vesicular normal, sin ruidos patológicos.

Abdomen: AFU: 24 MF: presentes FCF: 138

Miembros Inferiores: sin edema

DIAGNÓSTICO:

- Embarazo de 26 SG
- Diabetes Mellitus Tipo 2
- Factores de riesgo reproductivo
- Indicaciones sobre manejo adecuado de peso, programa de alimentación y ejercicio.
- Tratamiento farmacológico: metformina y/o insulina
- ¿Necesita ser referido?

CASO CLÍNICO # 4

Paciente masculino de 64 años de edad, con Diabetes Mellitus Tipo 2, diagnosticado hace 13 años, en tratamiento con Metformina 850 mg V.O. TID. Y Glibenclamida 5 mg BID, hace 3 meses se aumentó la dosis de Glibenclamida a 3 veces al día por persistir con Glicemias elevadas.

Última Glicemia en ayunas: 250 mg/dl

Antecedente de infarto cardiaco hace un año

EXAMEN FÍSICO:

Signos vitales:

Peso: 92 kg. Talla: 1.65 mts. IMC: 33.8 P/A 150/85 mm/Hg, T: 37°C FR: 18 X' FC: 78 X'

ORL: mucosa oral seca. Resto sin alteración.

Cuello: sin adenopatías, ni masas.

Tórax: no hay puntos dolorosos.

Cardíaco: FC: 78, ritmo cardiaco regular, no se auscultan soplos.

Pulmones: FR: 18, murmullo vesicular normal, no se auscultan ruidos patológicos.

Miembros inferiores: pulsos pedios presentes, y edema fóvea positiva

DIAGNÓSTICO:

- Diabetes Mellitus Tipo 2 Descompensada.
- Cardiopatía mixta isquémica hipertensiva
- Factores de riesgo de complicaciones
- Elección de tratamiento con sglt2 y/o glp1

- Es indicado iniciar insulina
- Estaría indicado una proteinuria de 24 horas
- ¿Debe ser referido?

CASO CLÍNICO # 5

Paciente femenina de 63 años, diagnosticada hace 12 años con Diabetes Mellitus tipo 2, en tratamiento con insulina N.P.H. 20 u am y 10 U PM, quien no es regular en sus consultas y no tiene adherencia al tratamiento; Hipertensa hace 10 años, en tratamiento con Enalapril 20 mg V.O. BID

HEA: acude a establecimiento de salud con sintomatología urinaria, con antecedente de presentar hipoglicemia medida entre 50 y 60 mg/dl con episodios previos de ITU, le indican exámenes, los cuales decide realizar en laboratorio de clínica particular, y trae los siguientes resultados: Creatinina 2 mg/dl, en el examen de orina: 20- 30 leucocitos, proteinuria +++, glicemia: 54 mg/dL.

EXAMEN FÍSICO:

Sin alteración

DIAGNÓSTICO:

- Diabetes Mellitus Tipo 2 Descompensada.
- Nefropatía Diabética
- ITU
- Factores de riesgo de complicaciones
- Es indicado iniciar insulina
- Estaría indicado una proteinuria de 24 horas
- ¿Debe ser referido?
- ¿Tiene indicación de diálisis?
- ¿Causas de hipoglicemia?
- ¿Como modificaría su esquema de insulina para evitar la hipoglicemia.

16.TERMINOS Y DEFINICIONES:

Cardiopatía isquémica: Estado fisiopatológico donde hay una disminución de la circulación coronaria que produce una insuficiencia de sangre y oxígeno en el miocardio. También ocurre cuando hay un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno.

Cardiopatía valvular aórtica: Patología caracterizada por afección de las valvas aórticas, que se puede clasificar en estenosis e insuficiencia.

- a) Estenosis aórtica: Cardiopatía caracterizada por una disminución del área valvular aórtica a partir de un punto crítico genera una incapacidad para incrementar el gasto cardíaco y en determinadas condiciones, una caída neta del volumen minuto.
- b) Insuficiencia aórtica: Cardiopatía caracterizada por la existencia de un flujo retrógrado de sangre desde la aorta al ventrículo izquierdo como resultado del cierre defectuoso de las valvas de la válvula aórtica.

Fundoscopia: Técnica de exploración del fondo de ojo paso a paso. La exploración del fondo de ojo u oftalmoscopia consiste en la visualización a través de la pupila y de los medios transparentes del globo ocular (córnea, humor acuoso, cristalino y humor vítreo) de la retina y del disco óptico.

Glicohemoglobina: La prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c) es un examen de sangre para la diabetes tipo 2 y prediabetes. Mide el nivel promedio de glucosa o azúcar en la sangre durante los últimos tres meses. Los médicos pueden usar la prueba HbA1c sola o en combinación con otras pruebas de diabetes para hacer un diagnóstico. También utilizan la HbA1c para ver lo bien que está manejando su diabetes. Esta prueba es diferente a los controles de azúcar en la sangre que las personas con diabetes se hacen todos los días.

Insuficiencia cardíaca: Síndrome clínico caracterizado por síntomas típicos (como disnea y fatiga), que puede ir acompañado de signos (como presión venosa yugular elevada, estertores crepitantes pulmonares y edema periférico) causados por una anomalía cardíaca estructural o funcional que producen una reducción del gasto cardíaco o una elevación de las presiones intracardíacas en reposo o en estrés.

Retinopatía Diabética no Proliferativa: La retinopatía diabética es una complicación microvascular crónica de diabetes mellitus. Se puede clasificar en retinopatía diabética proliferativa y no proliferativa en base a la presencia o ausencia de neoformación de vasos

sanguíneos anormales en retina. La retinopatía diabética no proliferativa se caracteriza por una serie de alteraciones como infarto en fibras nerviosas, hemorragias intrarretinianas, exudados duros y anomalías microvasculares (incluyendo microaneurismas, oclusión de vasos sanguíneos, vasos sanguíneos dilatados o tortuosos) afectando primariamente la mácula y retina posterior. La pérdida de la visión presente en esta patología es debido principalmente por edema macular. Se puede clasificar en leve a muy severa, siendo esta estratificación útil para valoración del riesgo de progresión a retinopatía proliferativa.

Síndrome Catabólico: El término catabolismo hace referencia a la pérdida de tono y fuerza muscular. Se trata de un proceso de destrucción muscular que se produce cuando el organismo termina nutriéndose de sus propios tejidos consumiendo el músculo y acabando con la masa muscular como consecuencia de someter al cuerpo a entrenamientos muy exigentes sin proporcionarle una alimentación correcta.

Síntomas catabólicos: Síntomas secundarios a proceso fisiopatológico del metabolismo (caquexia metabólica) que se acompaña de un aumento de la tasa metabólica basal, con movilización de proteínas y lípidos, resultando en una pérdida más acelerada de peso a expensas de los compartimientos proteicos y grasos. Se caracteriza por síntesis de proteínas aumentada, proteínas musculares disminuidas, proteínas de fase aguda aumentadas, lipogénesis disminuida, proteólisis y lipólisis aumentados y el metabolismo de glucosa aumentado.

Entre los principales síntomas encontrados aparte de pérdida de peso > 5% comparado con el peso estable pre-mórbido: Anorexia, astenia, adinamia, náusea crónica, pérdida de músculo y tejido graso, edema periférico.

Proteinuria cualitativa: Método colorimétrico basado en la capacidad de las proteínas para alterar el color de algunos indicadores de pH. En función del contenido en albúmina da los siguientes rangos:

- a. Negativo (0-10 mg/dl)
- b. Trazas (10-20 mg/dl)
- c. + (30 mg/dl)
- d. ++ (100 mg/ dl)
- e. +++ (300 mg/dl)
- f. ++++ (1000 mg/dl)

Pie Warner: Paciente que presenta pie con cualquier tipo de ulcera , con o sin coexistencia de isquemia

17.ACRONIMOS SIMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS:

AFU:Altura de Fondo Uterino.

APP: Amenaza de parto pretermino

AU: Altura Uterina.

BID: Dos veces al día.

CIS: Centro de Salud Integral.

FC: Frecuencia Cárdica.

FCF: Frecuencia Cardiaca Fetal .

FR: Frecuencia Respiratoria.

G: Gesta.

HEA: Historia de la Enfermedad Actual.

HGO: Historia Gineco obstetra.

HM: Hijos Muertos

HV: Hijos Vivos

IMC: Indice de Masa Corporal.

ITU:Infección del Tracto Urinario.

Kg: Kilogramo.

MF: Movimientos Fetales.

Mg: Miligramo.

MODY: Mature Onset Diabetes off the Young(Diabetes deAdulto de aparición en jóvenes).

mg/dl: Miligramos/decilitros.

ml: Mililitro.

mm/Hg: Milímetros de mercurio.

mts: Metros.

NPH: Neutral protamine hagerdon.

ORL: Otorrinolaringología .

P: Peso.

P/A: Presión Arterial.

SG: Semanas de Gestación.

T: Temperatura.

TID: Tres veces al día.

V.O.: Vía Oral.