



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular

2017

ÍNDICE

GLOSARIO DE TÉRMINOS	6
INTRODUCCIÓN	8
OBJETIVOS DEL DOCUMENTO	9
ALCANCE DEL DOCUMENTO	9
ANTECEDENTES	10
OBJETIVO GENERAL DEL PSCV	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
INGRESO PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR	11
PESQUISA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR	11
CRITERIOS DE INGRESO AL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR	12
CONSIDERACIONES GENERALES AL INGRESO	15
SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN EL PSCV	16
1. Fase de compensación	16
2. Fase de seguimiento paciente compensado	18
EQUIPO DE SALUD	20
RECOMENDACIONES DE FUNCIONES DEL EQUIPO DE SALUD, EN LA SALUD CARDIOVASCULAR Y DM	21
PROCESO DE INDUCCIÓN DE PROFESIONALES AL CENTRO DE SALUD FAMILIAR	23
RETROALIMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO	25
RENDIMIENTOS SUGERIDOS	26
FONDO DE FARMACIA	27
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	28
Contrarreferencia	28
Continuidad de la atención	28
MODELO DE CUIDADOS DE PACIENTES CRÓNICOS	29
TALLERES DE AUTOMANEJO	29
SALUD MENTAL Y SALUD CARDIOVASCULAR	30
TELE-OFTALMOLOGÍA	31
INDICADORES SALUD CARDIOVASCULAR	32

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIOS	33
Página web	33
Orientaciones Técnicas del PSCV	33
Aplicaciones para teléfonos inteligentes	33
Documentos complementarios	33
ANEXOS	35
AUTORES	82
LISTA DE REFERENCIAS	84

ANEXOS

ANEXO 1. Factores de riesgo cardiovasculares	35
ANEXO 2. Adquisición de esfigmomanómetros	36
ANEXO 3. Errores frecuentes que se traducen en una medición inadecuada de la presión arterial	37
ANEXO 4. Técnica estandarizada de medición manual de la presión arterial	38
ANEXO 5. Perfil de presión arterial. Técnica estandarizada de medición automática de la presión arterial	40
ANEXO 6. Programa vida sana	42
ANEXO 7: Registros estadísticos mensuales	45
ANEXO 8: Examen de Medicina Preventiva	48
ANEXO 9. Tablas de Framingham para la estimación del riesgo coronario a 10 años adaptadas a la población chilena	50
ANEXO 10. Encuesta de tamizaje de depresión, PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) validado para Chile	52
ANEXO 11. Test de Morisky Green Levine-4	53
ANEXO 12: Gestión de la salud cardiovascular y diabetes en la Red	54
ANEXO 13. Hipertrigliceridemia y riesgo cardiovascular	64
ANEXO 14. El Químico Farmacéutico en el PSCV	65
ANEXO 15. Criterios referencia	67
ANEXO 16. Fondo de farmacia, FOFAR, listado de fármacos	70
ANEXO 17. Interacciones farmacológicas fármacos PSCV (color), Elaborado por Francisco Martínez M., QF, reproducción autorizada	71
ANEXO 18. Interacciones farmacológicas PSCV-SALUD MENTAL Y EPILEPSIA, (versión color), Elaborado por Francisco Martínez M., QF, reproducción autorizada	72
ANEXO 19. ANEXO AUDIT	74
ANEXO 20. ASSIST V3.0 CHILE	75
ANEXO 21. CRAFF, SCREENING DE CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL EB ADOLESCENTE	77
ANEXO 22. Estimación de riesgo de ulceración del pie en personas con diabetes	78
ANEXO 23. Guía alimentaria para la población Chilena	79
ANEXO 24	80

GLOSARIO DE TÉRMINOS

ACV:	Ataque Cerebrovascular
AF:	Atención farmacéutica
APS/AP:	Atención Primaria de Salud
AVISA:	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
CC:	Circunferencia de cintura
Col-LDL:	Colesterol LDL
CV:	Cardiovascular
DEIS	Departamento de Estadísticas e Información en Salud
DIGERA:	División de Gestión de Redes Asistenciales
DIPRECE:	División de Prevención y Control de Enfermedades
DIVAP:	División de Atención Primaria
DLP:	Dislipidemia
DM:	Diabetes mellitus
ECV:	Enfermedades Cerebrovasculares
ENS:	Estrategia Nacional de Salud 2011-2020
ENF:	Enfermedad
EU:	Enfermera Universitaria
FOFAR:	Fondo de Farmacia
GES:	Régimen de Garantías Explícitas en Salud
GPC:	Guía de Práctica Clínica
HbA1c:	Hemoglobina Glicosilada
HTA:	Hipertensión arterial
IAM:	Infarto agudo al miocardio
IMC:	Índice de masa corporal
MAPA	Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial
MINSAL:	Ministerio de Salud
MTF:	Metformina
OE:	Objetivo Estratégico
Oe:	Objetivo estratégico
PAD:	Presión arterial diastólica
PAS:	Presión arterial sistólica
PSCV:	Programa de Salud Cardiovascular
RAC:	Razón albúmina creatinina en orina, expresada en miligramos de albúmina por gramo de creatinina urinaria (mg/g)
REM:	Registro Estadístico Mensual

Definiciones

Factores de riesgo cardiovascular (FRCV): Son características, exposiciones o enfermedades que aumentan la probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular (ECV), promoviendo el desarrollo y la progresión de la aterosclerosis. Se clasifican en factores de riesgo mayores o condicionantes, según la importancia como factor causal de la ECV, así como en modificables o no modificables, en función de si pueden o no ser intervenidos, ANEXO 1.

Riesgo cardiovascular (RCV): Es la probabilidad que tiene un individuo de presentar una ECV en un plazo definido, en general 10 años. Está determinado por el efecto multiplicativo que tienen los FRCV.

Compensación: Es el logro de la meta terapéutica para cada FRCV modificable, en función del riesgo cardiovascular (RCV) individual.

Descompensación: Se refiere al fracaso en la compensación de los FRCV, determinado por la no obtención de las metas terapéuticas determinadas según el RCV de cada persona.

Enfermedades cardiovasculares (ECV): Son entidades clínicas que resultan del proceso aterosclerótico, y por sí mismas, son el factor de riesgo más importante para tener un nuevo evento cardiovascular. Se considera una ECV cualquiera de las siguientes:

- Enfermedad coronaria: Infarto agudo al miocardio, angina estable/inestable, antecedentes de angioplastia o cirugía de revascularización miocárdica.
- Enfermedad cerebrovascular: Accidente cerebrovascular o ataque cerebral isquémico transitorio
- Enfermedad arterial periférica.
- Enfermedad aórtica aterosclerótica.
- Enfermedad renovascular.
- Enfermedad carotídea.

INTRODUCCIÓN

El Sistema de Salud Público Chileno cimenta sus bases en la Atención Primaria de Salud (APS), donde pretende implementar un Modelo de Atención Integral de Salud, de carácter familiar y comunitario. De este modo el proceso debe estar centrado en las personas y su entorno, priorizando las acciones que tiene que ver con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. La misión que tiene el equipo de salud es entregar las herramientas que faciliten el autocuidado de enfermedades crónicas.

El Modelo de Atención Integral de Salud, de carácter familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso integral y continuo que centre su atención en las personas y sus familias, que priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas y comunidades, entregándoles herramientas para su autocuidado.

Según lo establecido en la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes de los pacientes, todas las personas tienen derecho a recibir las prestaciones de salud de forma oportuna y sin discriminación. Asimismo, se debe asegurar un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia [1].

Los prestadores de salud deben hacer uso de un lenguaje adecuado y comprensible para que las personas puedan recibir información oportuna y veraz sobre su estado de salud, enfermedades, alternativas terapéuticas disponibles y pronóstico. De esta forma, las personas tendrán la oportunidad de tomar decisiones informadas sobre su cuidado y tratamiento, en colaboración con los profesionales de la salud.

OBJETIVOS DEL DOCUMENTO

Objetivo general: entregar recomendaciones que orienten a los equipos de salud, con el fin de estandarizar las acciones del PSCV en la Red de Salud y así reducir la morbilidad y mortalidad asociada a las enfermedades cardiovasculares.

Objetivos específicos:

1. Mejorar la detección, diagnóstico e intervención oportuna de los factores de riesgo cardiovascular, mediante una atención integral, continua y de calidad en el marco de las redes integradas de servicios de salud basadas en APS.
2. Mejorar la calidad y resultados de las atenciones a través de la incorporación e implementación de elementos del Modelo de Cuidados Crónicos al PSCV.
3. Fortalecer el control de los factores de riesgo y el seguimiento de aquellas personas que han tenido un evento CV.
4. Incorporar a la familia como factor protector y potenciador del cambio de conductas en el abordaje de los riesgos.

ALCANCE DEL DOCUMENTO

El documento está dirigido al personal de salud que está involucrado en la prevención, diagnóstico y atención de los pacientes con factores de riesgo cardiovascular y aquellos que han tenido un evento CV.

Además, busca reunir toda la información administrativa básica para implementar el PSCV, pretendiendo ser una referencia y guía para los gestores y encargados administrativos del Programa.

Se debe considerar que los factores de riesgo cardiovasculares durante la infancia y la niñez, difieren en su etiología, diagnóstico y tratamiento a los de las personas adultas, en consideración de lo anterior, el PSCV incorpora a personas de 15 años o más.

PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)

ANTECEDENTES

Acorde con las recomendaciones internacionales, el año 2002 se combinaron los programas de hipertensión arterial (HTA) y diabetes (DM) en un programa integrado: el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) para la Atención Primaria enfocado en el riesgo cardiovascular global de las personas, en lugar de los factores de riesgo por separado.

Para estimar el RCV, el año 2009 se publica el documento "Implementación del Enfoque de Riesgo en el PSCV" donde se recomienda calcular el RCV global de las personas utilizando las Tablas de Framingham para la estimación de riesgo coronario a 10 años adaptadas a la población chilena.

Luego el Consenso del año 2014, realiza actualizaciones sobre la determinación del RCV, las categorías de riesgo y las tablas para estimarlo. De esta manera, se persigue estandarizar la forma en que categorizamos según el RCV global con el objetivo de ofrecer el mejor tratamiento y seguimiento según las necesidades de cada persona.

Este programa busca prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por ECV así como prevenir las complicaciones de la diabetes mellitus, en congruencia con los objetivos sanitarios definidos a nivel nacional e internacional [2].

Mayores antecedentes del Programa se encuentran disponibles en el SUPLEMENTO 1, en www.redcronicas.cl.

OBJETIVO GENERAL DEL PSCV

Reducir la incidencia de eventos cardiovasculares a través del control y compensación de los factores de riesgo cardiovascular en APS, así como también, mejorar el control de las personas que han tenido un evento cardiovascular con el fin de prevenir la morbilidad y mortalidad prematura, junto con mejorar la calidad de vida de estas personas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reducir el RCV de las personas bajo control.
- Fomentar estilos de vida saludables.
- Lograr el control de los factores de riesgo.
 - Alcanzar niveles de presión arterial óptimos.
 - Mejorar el control metabólico de las personas con diabetes.
 - Mejorar los niveles de colesterol de las personas con dislipidemia.
- Prevención secundaria en personas con antecedentes de enfermedades cardiovasculares.
- Pesquisar precozmente la enfermedad renal crónica en personas con factores de riesgo.
- Abordar a la familia como unidad de apoyo que potencie los cambios de conducta de sus integrantes.
- Generar espacios de diálogo comunitario para el abordaje de los factores de riesgo en la población.

INGRESO PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

PESQUISA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Cualquier contacto con el sistema de salud debe ser utilizado como una oportunidad para detectar factores de riesgo cardiovascular y tomar exámenes de salud preventivos.

1. Examen de medicina preventiva del adulto y adulto mayor (EMPA/EMPAM)

El examen de medicina preventiva es un plan periódico de monitoreo y evaluación de salud, que tiene como objetivo detectar precozmente enfermedades prevenibles o controlables y, de este modo, reducir la morbi-mortalidad asociadas a ellas. Este “paquete” de salud preventiva se aplica según la edad y el sexo ANEXO 8.

2. Factores de riesgo pesquisados en Programa Vida Sana

Derivación de pacientes pesquisados en el Programa Vida Sana con diagnóstico de DM, HTA, Dislipidemia y Tabaquismo en personas de 55 años o más.

3. Consulta servicio de urgencia

La consulta en el servicio de urgencia puede ser el único encuentro del paciente con el sistema de salud. Por esto, los equipos de salud de los servicios de urgencia se encuentran en una posición privilegiada para la pesquisa de factores de riesgo cardiovascular que no han sido detectados previamente o que se encuentran descompensados, así como también para el rescate de pacientes inasistente a los controles. En cualquiera de estos casos hay que derivar al paciente para un control ambulatorio con médico, donde se deberá confirmar/descartar el diagnóstico o intensificar el tratamiento, según corresponda [4, 5].

4. Salud de la mujer

La mujer tiene encuentros periódicos y frecuentes con el sistema de salud desde temprana edad a través de controles ginecológico, embarazo, puerperio, climaterio, entre otros. Todos éstos presentan una oportunidad para realizar un examen de medicina preventiva que incluya el conjunto de prestaciones según edad.

5. Consulta de morbilidad

La consulta de morbilidad en atención primaria, es una instancia que ofrece una gran oportunidad al médico para sospechar y detectar factores de riesgo cardiovascular. Asimismo, es una ocasión para rescatar pacientes del PSCV sin controles o descompensados.

6. Otros controles o consultas de salud

Los controles o consultas de APS donde otros profesionales de salud sospechan FR cardiovasculares. Asimismo, es una ocasión para rescatar pacientes del PSCV sin controles o descompensados.

7. Dirección del tránsito

Coordinar con el departamento de tránsito, la derivación de las personas en las que se pesquisen cifras de presión arterial mayores o iguales a 140/90 mmHg.

CRITERIOS DE INGRESO AL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

El ingreso al programa se debe realizar con uno o más de los siguientes criterios: Algoritmo 1.

1. Antecedente personal de enfermedad cardiovascular aterosclerótica

Deben ser derivados inmediatamente para ingreso al PSCV, personas con cualquiera de los siguientes antecedentes o aquellas egresadas del hospital:

- a. Enfermedad coronaria: Infarto agudo al miocardio, angina estable/inestable, antecedentes de angioplastia o cirugía de revascularización miocárdica.
- b. Enfermedad cerebrovascular: Accidente cerebrovascular o ataque cerebral isquémico transitorio.
- c. Enfermedad arterial periférica.
- d. Enfermedad aórtica aterosclerótica.
- e. Enfermedad renovascular.
- f. Enfermedad carotídea.

2. Hipertensión arterial

Personas de 15 años y más, en quienes se detecte una presión arterial sistólica (PAS) 140 mmHg o una presión arterial diastólica (PAD) 90 mmHg deben ser derivadas para confirmar o descartar el diagnóstico de HTA. Para esto se usa uno de los siguientes:

- El **perfil de PA** consiste en realizar al menos dos mediciones adicionales a la toma inicial alterada con técnica estandarizada, en días distintos y en un lapso no mayor a 15 días, ANEXO 4 y ANEXO 5. En cada una de estas visitas, se deben realizar dos ó más mediciones de la presión arterial separadas por 30 segundos, luego las cifras de PAS y PAD se promedian cada una por separado. Si el promedio de la PAS ≥ 140 o de la PAD ≥ 90 , se debe establecer el diagnóstico presuntivo de HTA, que debe ser confirmado por un médico [7]. La primera vez se debe tomar la PA en ambos brazos, en las visitas posteriores sólo en el brazo con la cifra más elevada.
- El **MAPA¹ de 24 horas** es especialmente útil cuando se sospecha hipertensión “enmascarada” o de “bata blanca”. El diagnóstico se define según el promedio de la PA ambulatoria, el patrón del DIP, la presión de pulso y la variabilidad de la PA sistólica nocturna [8].

Si el perfil de PA o el MAPA 24 horas resulta alterado, se debe derivar al paciente para ingreso al PSCV, donde el médico debe confirmar el diagnóstico de HTA.

Una medición aislada de PA no hace el diagnóstico de HTA, excepto si PAS ≥ 180 o PAD ≥ 110 mmHg. En estos casos derivar para control médico en un máximo de 24 horas.

En personas entre 15 y 17 años, los niveles de presión arterial se evalúan con las Tablas de Presión Arterial por edad, sexo y talla [9].

3. Diabetes mellitus tipo 2

Derivar para ingreso al PSCV a las personas que cumplan uno o más de los siguientes criterios:

- Glicemia venosa > 200 mg/dl en cualquier momento del día, asociada a síntomas clásicos de diabetes (polidipsia, poliuria, polifagia y baja de peso). En estos casos derivar para control mé-

¹ Recomendaciones de uso de MAPA de acuerdo a Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial en personas de 15 años y más.

dico en un máximo de 24 horas.

- Dos glicemias venosas en ayuno de 8 horas ≥ 126 mg/dl².
- Glicemia ≥ 200 mg/dL dos horas después de una carga de 75 g. de glucosa en una prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO).

4. Dislipidemia

El nivel de lípidos considerado como patológico varía según el riesgo cardiovascular de cada persona, no obstante, se debe considerar diagnóstico y criterio de derivación para ingreso al PSCV los siguientes valores:

- a. Colesterol Total ≥ 240 mg/dl.
- b. Colesterol LDL ≥ 160 mg/dl.

La Hipertrigliceridemia y el HDL bajo no se incluyen como criterios de ingreso al PSCV, ANEXO 13.

5. Tabaquismo

Toda persona, de 55 años y más, que fume tabaco.

En Chile la prevalencia de fumadores en la población general es 40.6% [6] y es uno de los principales factores de riesgo (FR) cardiovasculares (CV). Al ser un FRCV mayor debe ser incluido como patología de ingreso al PSCV. Además, es muy importante el trabajo colaborativo con la Sala ERA y Salud Mental para planificar las distintas intervenciones disponibles para apoyar a los fumadores a dejar el hábito de fumar.

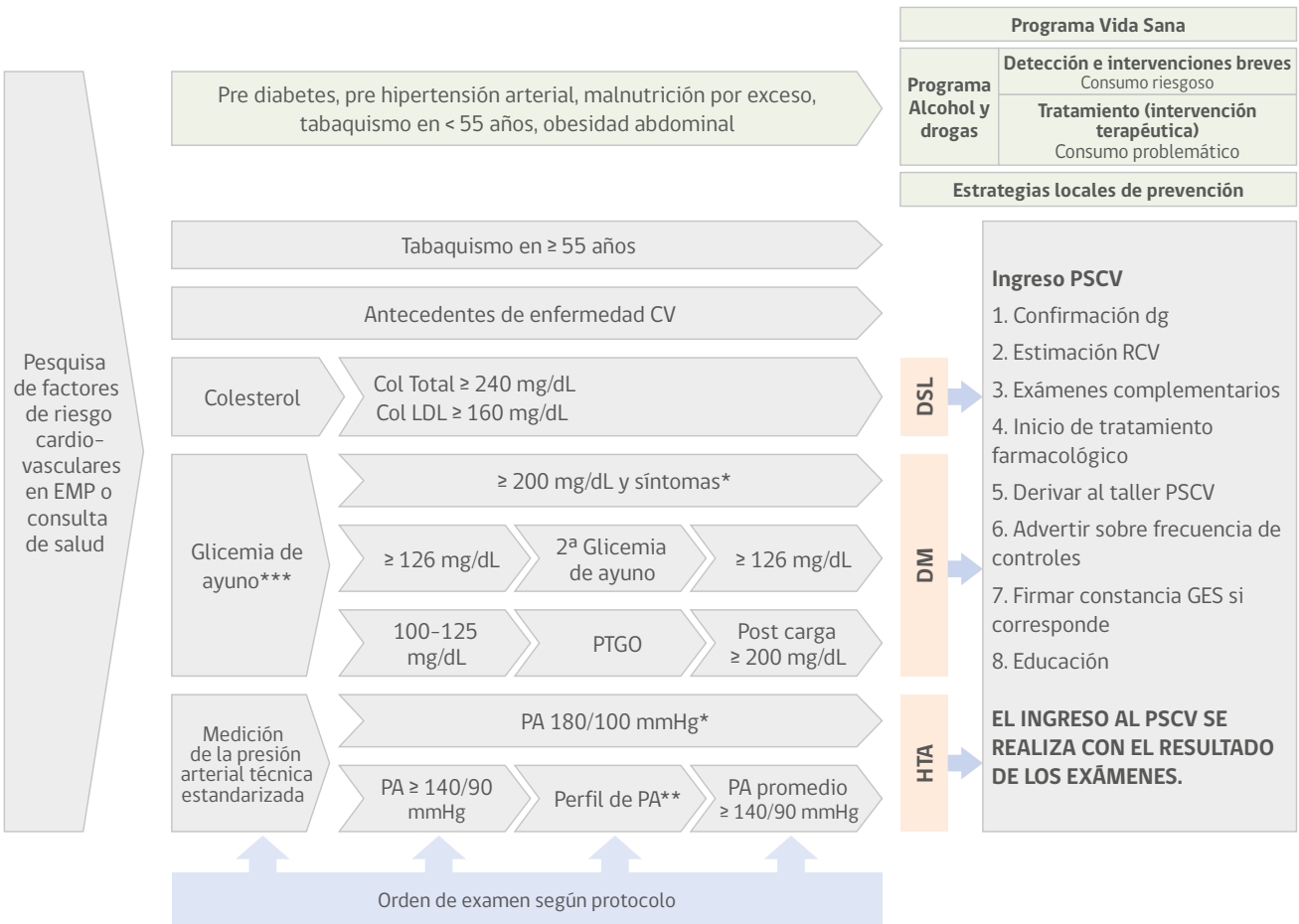
Las personas que no cumplan con los criterios de ingreso al PSCV, pero tienen uno o más de los siguientes factores, deben ser controlados anualmente, educados sobre estilos de vida saludable y derivados al Programa Vida Sana, ANEXO 6. Además realizar tamizaje e intervenciones breves en tabaco, alcohol y drogas, ANEXO 19, ANEXO 20, ANEXO 21. Procurar que estas estrategias mantengan el trabajo continuo con el equipo de salud. En caso de no tener acceso a este programa, derivar a consulta nutricional y realizar consejería en estilos de vida saludables. Procurar que estas estrategias mantengan el trabajo continuo con el equipo de salud.

- Presión arterial normal alta
- Pre-diabetes
- Síndrome metabólico³
- Obesidad o sobrepeso
- Consumo de riesgo de alcohol

² La glicemia capilar con cintas reactivas no es un examen validado para realizar el diagnóstico de diabetes.

³ Síndrome metabólico definido por la presencia de ≥ 3 criterios: CC ≥ 90 cm en hombres y ≥ 80 cm en mujeres, PA $\geq 130/85$ mmHg o en tratamiento con antihipertensivos, TG ≥ 150 mg/dL o en tratamiento con hipolipemiantes, HDL < 50 mg/dL en mujeres o < 40 mg/dL en hombres, glicemia de ayuno ≥ 100 mg/dL o en tratamiento.

ALGORITMO 1: CRITERIO DE DERIVACIÓN E INGRESO AL PSCV



*Control médico en < 24 hrs. | **Perfil de PA > 2 tomas en 2 días diferentes | ***8 horas de ayuno

Orden de examen según protocolo

• Hematocrito • Glicemia • Perfil lipídico • Creatinina plasmática • Uricemia	• Orina completa • ELP • ECG • RAC (DM o HTA) • HbA1c (DM) • Fondo de ojo (DM)
---	--

CONSIDERACIONES GENERALES AL INGRESO

El Régimen de Garantías Explícitas en Salud (RGES), dispone un plazo de 45 días para confirmar o descartar el diagnóstico de HTA y DM. Durante este plazo, el equipo de salud debe realizar los perfiles de PA o MAPA 24 hrs., repetir la glicemia o hacer una PTGO, según corresponda. El detalle de las garantías RGES están disponible en el Listado Específico de Prestaciones vigente.

Es tarea de cada centro organizarse de forma eficiente para la solicitud y rescate de exámenes confirmatorios. Para esto, es fundamental implementar medidas que involucren a los pacientes.

Si la persona tiene cifras de PA $\geq 180/110$ mmHg o síntomas sugerentes de DM el paciente debe ser atendido en menos de 24 horas por un médico, quien realizará la confirmación diagnóstica, informará sobre los derechos asociados al RGES e iniciará el tratamiento farmacológico recomendado en las Guías de Práctica Clínica (GPC), si corresponde. Esto significa que, si el tiempo de espera para ingreso médico al PSCV es superior, se debe realizar el diagnóstico e iniciar el tratamiento en otras instancias, como por ejemplo, la consulta de morbilidad.

Es importante establecer un sistema de derivación y solicitud de exámenes para ingreso al PSCV que sea práctico, centrado en la persona, con el fin de optimizar el tiempo y eficacia de las visitas al establecimiento.

El ingreso al PSCV se considera como la consulta médica donde el paciente debe acudir con los resultados de todos los exámenes de ingreso para HTA o DM, según corresponda, Tabla 1; a excepción del fondo de ojo en diabéticos, que lo debe solicitar el médico en el ingreso, tras confirmación diagnóstica.

TABLA 1. EXÁMENES DE INGRESO AL PSCV

- | | |
|-----|---|
| 1. | Hematocrito |
| 2. | Glicemia |
| 3. | Perfil lipídico |
| 4. | Creatinina plasmática |
| 5. | Uricemia |
| 6. | Electrolitos plasmáticos |
| 7. | Orina completa |
| 8. | Electrocardiograma |
| 9. | Razón albuminuria creatinuria RAC (en DM e HTA) |
| 10. | HbA1c (en DM) |
| 11. | Fondo de ojo (DM confirmada) |

Determinar la vigencia de los exámenes de laboratorio depende, en última instancia, de cada caso en particular; sin embargo, para el ingreso al PSCV se debe considerar una vigencia de 3 a 6 meses, quedando a criterio del médico definir la necesidad de repetirlos según el riesgo y comorbilidades del paciente.

Todo paciente que ingrese al PSCV debe disponer de los siguientes documentos:

- Formulario de ingreso al programa con todos sus datos y exámenes.
- Exámenes originales de ingreso y perfil de PA, si corresponde.
- Formulario de constancia de información al paciente GES, si corresponde.
- Exámenes complementarios de EMPA/EMPAM, si corresponde.

SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN EL PSCV

Después del ingreso al PSCV, existen dos fases de seguimiento de los pacientes: la fase de compensación que tiene por objetivo el logro de las metas establecidas, y la fase de seguimiento del paciente compensado. La frecuencia de los controles difiere en estas etapas.

1. Fase de compensación

La evidencia es contundente en concluir que el logro precoz de las metas terapéuticas, se asocia a menor frustración en los pacientes y mejor adherencia a la terapia farmacológica [10].

Recomendar adoptar estilos de vida saludables a todas las personas que se atiende en el PSCV.

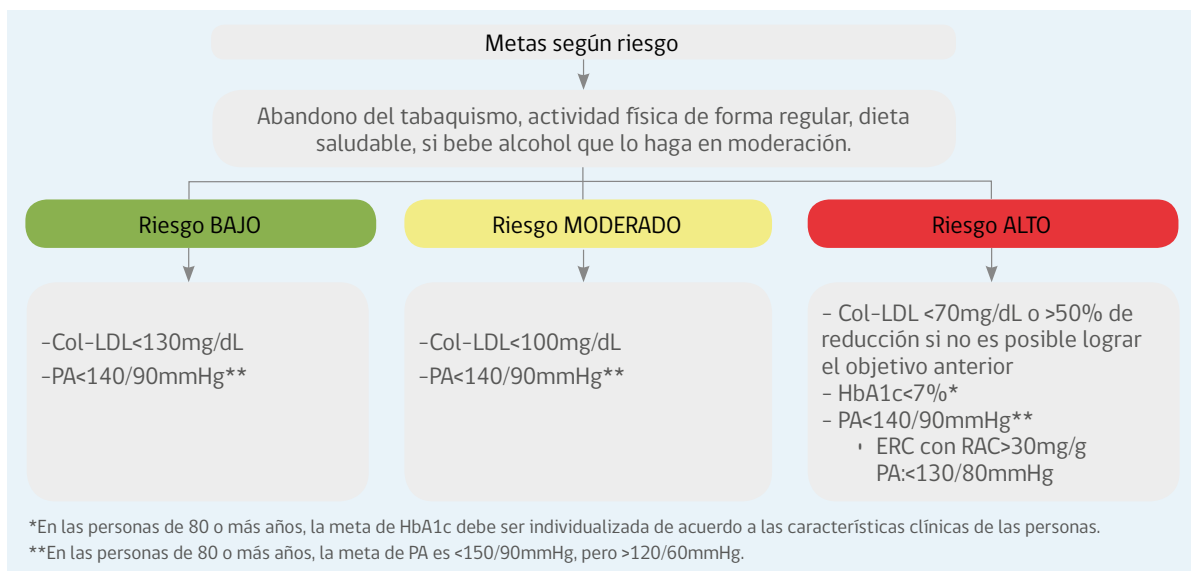
1. Alimentación saludable.
2. Abandono del tabaquismo: realizar intervenciones breves. ANEXO 24.
3. Actividad física de forma regular: según recomendaciones de Actividad Física del Ministerio de Salud.
4. En caso de beber alcohol, hacerlo de forma moderada⁴: en caso de consumo de alcohol y otras drogas, pesquisar consumo riesgoso con el AUDIT, ASSIST o CRAFFT ANEXO 19, 20 y 21, y realizar intervenciones breves y derivación según corresponda.

Si el paciente tiene varios factores de riesgo modificables, como por ejemplo, malnutrición por exceso, tabaquismo y sedentarismo, inicialmente se recomienda partir desde los temas generativos de la persona a fin de generar cambios en aquellas conductas que la persona reconozca que sean más fáciles de cambiar, estableciendo metas a distintos plazos. Para ello, la herramienta a utilizar en el modelo de atención individual es la consejería.

Metas

Las metas de tratamiento de los factores de riesgo (presión arterial, HbA1c y col-LDL) depende del riesgo cardiovascular, a mayor riesgo, mayor exigencia en las metas.

ILUSTRACIÓN 1: METAS DE COMPENSACIÓN SEGÚN RIESGO CARDIOVASCULAR



⁴ Se puede usar el AUDIT para monitorear cambios en el patrón de consumo. Se recomienda limitar el consumo de alcohol a un máximo de 1 unidad estándar al día en la mujer y 2 unidades en el hombre, con un máximo de 14 tragos en la semana para hombres y 7 para mujeres, dejando 2 días a la semana sin beber. En Chile, se considera una porción estándar 14 gramos de alcohol lo que equivale a 1 copa (150mL) de vino al 12%, un vaso (350mL) de cerveza al 5% o 40-50mL de licores fuertes al 40%, Consenso 2014.

Sin embargo, las metas en las personas adultas mayores deben ser ajustadas de acuerdo a la fragilidad de las personas y considerando el criterio médico. En diabetes, las metas en adultos mayores difieren de las de la población general, Tabla 2.

TABLA 2. METAS DE CONTROL DE HbA1c EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS, SEGÚN CONDICIONES CLÍNICAS DEL PACIENTE [11]

Estado del Paciente	HbA1c
Saludable, independiente (pocas comorbilidades, con integridad funcional y cognitiva)	7 – 7,5 % *
Frágil ⁵	< 8 %
Estado de salud muy complejo (comorbilidades crónicas en etapa terminal; declinación funcional o cognitiva severa)	< 8,5 % **

*Puede considerarse una meta menor en pacientes saludables, con expectativa de vida más de 10 años, sin tendencia a hipoglicemia y la meta se logre con terapia simple y con uso de fármacos con bajo riesgo de hipoglicemia.

**En paciente con cuidados al fin de la vida solo evitar hiperglicemia sintomática.

Durante el período de ajuste del tratamiento farmacológico es recomendable educar a las personas y a su entorno más cercano en la detección de efectos adversos asociados a los medicamentos y en pautas de acción si estos ocurren, para que no afecte la adherencia.

En el seguimiento de los pacientes, siempre se debe evaluar y fomentar la adherencia a la terapia. En la fase inicial de compensación este aspecto se vuelve crucial, para esto se recomienda utilizar el Test de Morisky Green Levine – 4, ANEXO 11.

Dependiendo del tiempo de efecto máximo de cada fármaco, se debe realizar un control para evaluar el nivel de compensación definido por las metas establecidas según el RCV de la persona.

• HTA

En la fase inicial, desde que se indica el tratamiento farmacológico hasta que se logra la meta de compensación de la HTA, se debe controlar a la persona cada 2 semanas, máximo 4. Los objetivos son ajustar el tratamiento farmacológico y evaluar efectos adversos de los fármacos, con el fin de alcanzar la meta de compensación en un plazo razonable, que no supere los 3 meses.

Las metas de PA se obtienen en un período de tiempo más corto con el uso de terapia combinada, lo que se traduce en menor requerimiento de ajustes y controles [12, 13].

• DM

En el caso de la diabetes, los ajustes iniciales de las dosis de hipoglicemiantes orales y de insulina se pueden realizar con un seguimiento de glicemia capilar con glucómetro cada 2-3 días en el mismo centro o domicilio, según la disponibilidad. El objetivo es obtener glicemias de ayuna entre 70-130 mg/dL y glicemias postprandiales menores a 180 mg/dL en la mayor cantidad de mediciones, junto con prevenir y educar sobre la hipoglicemia. No obstante, 3 meses desde que se finalizó el ajuste de dosis de fármacos o insulina siempre se debe evaluar el nivel de compensación con una HbA1c, Tabla 2.

⁵ Se consideró como criterios de fragilidad para el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 si la persona presenta al menos una de las siguientes características: Mayor de 75 años, comorbilidades crónicas significativas, desnutrición (IMC <23), dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel ≤ 60), expectativa de vida <5 años, caídas frecuentes, depresión severa, deterioro cognitivo moderado a severo, alto riesgo social y económico.

- **Dislipidemia**

Por su parte, en las dislipidemias hay que considerar el tiempo de efecto máximo de las estatinas y los fibratos. De esta forma, se debe realizar un perfil lipídico a las 6-8 semanas desde el inicio o cambio del tratamiento.

- **Enfermedad Renal Crónica**

En el nivel de atención primaria se debe ingresar el problema de salud N° 64 del RGES a todas las personas que cumplan con los criterios de ingreso definidos, tratándolas y derivando si corresponde a nivel de especialista a nivel secundario. Si el paciente es pesquizado en etapa ERC 4 y 5 debe crearse el caso de prevención en este nivel de atención, iniciar su tratamiento y simultáneamente derivar al especialista al nivel secundario.⁶

Atención integral

Durante la fase de compensación y seguimiento de los pacientes del PSCV, es fundamental no olvidar monitorizar otras enfermedades crónicas no transmisibles, como el consumo problemático de alcohol, la pesquisa de cáncer cervicouterino y mama en la mujer con Papanicolau y mamografía, así como la detección de enfermedades infecciosas como sífilis, tuberculosis y VIH que, si bien no se incluyen explícitamente en el PSCV, son parte del EMP del adulto y de una consulta integral.

Además considerar que existe una asociación entre las enfermedades cardiovasculares o diabetes y la depresión [14, 15]. En personas con diabetes mellitus o antecedente de enfermedad cardiovascular, se sugiere hacer un tamizaje de depresión usando el **PHQ-9** (Patient Health Questionnaire-9); encuesta de autoevaluación validada en Chile, en personas de 20 años y más, con una sensibilidad de 92% y una especificidad de 89% [16], ANEXO 10. En caso de presentar síntomas depresivos, un trabajo colaborativo entre el equipo de salud logra un mejor control, tanto de la patología psicossocial como cardiovascular. Además, se debe informar al paciente que el tratamiento de la depresión es parte del Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

2. Fase de seguimiento paciente compensado

Una vez lograda las metas de compensación para cada patología o factor de riesgo, sugerir la consejería familiar, con objetivos dirigidos a la modificación de conductas, con 2 o 3 sesiones.

En esta etapa, se sugieren controles de acuerdo al plan de intervención individualizado, el riesgo cardiovascular de las personas, Flujograma 1.

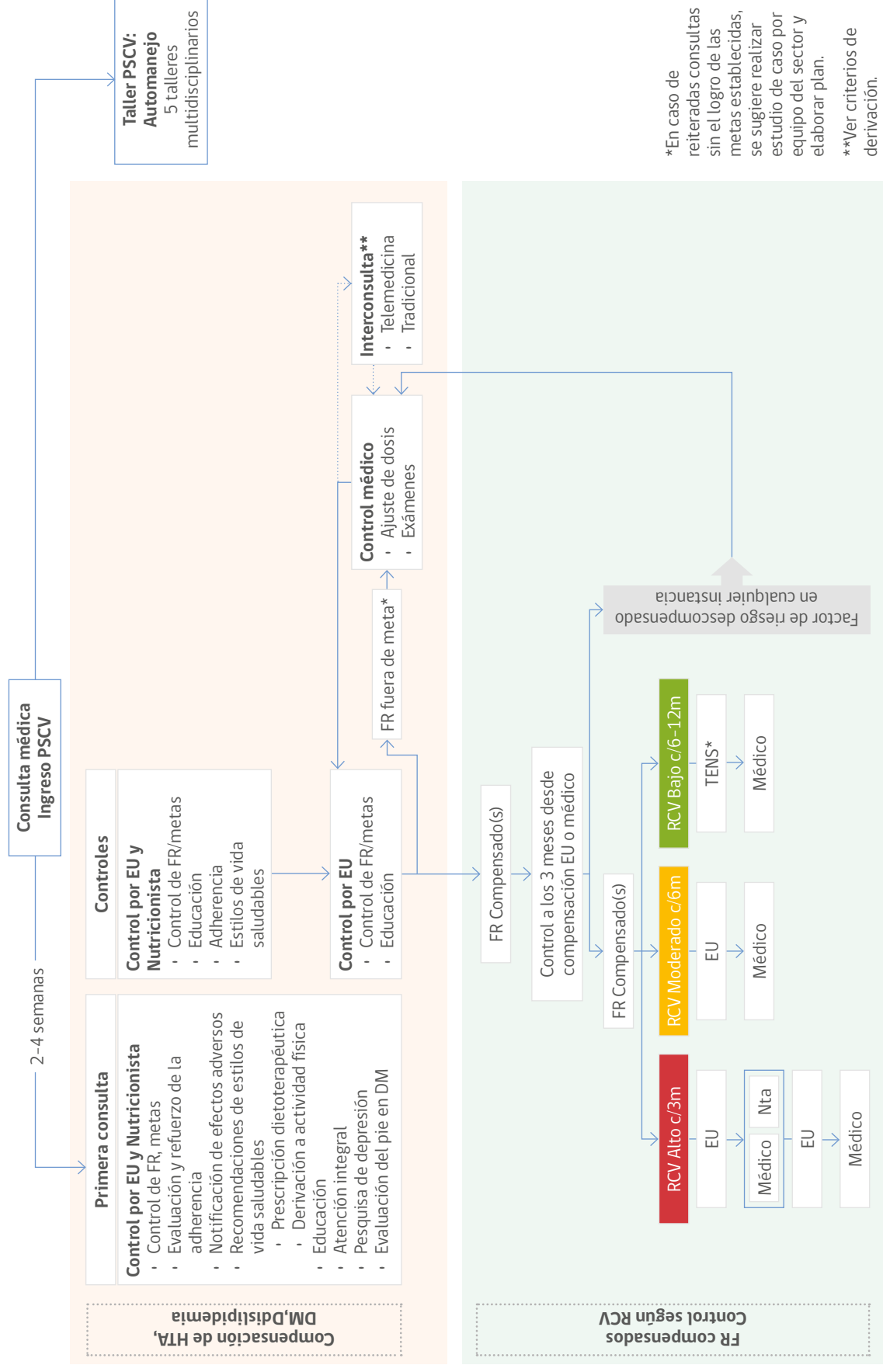
Frecuencia sugerida:

- RCV alto cada 3 meses.
- RCV moderado cada 6 meses.
- RCV bajo cada 6-12 meses.

Redactar duración de las recetas en etapa de compensación y posteriormente, según indicación médica.

⁶ Minsiterio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ordinario N° 2896, GES Enfermedad Renal, 23 de septiembre 2016.

FLUJOGRAMA 1 PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR



EQUIPO DE SALUD

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, considera entre sus principios irrenunciables una atención integral, basada en la continuidad del cuidado y centrada en la persona.

Los equipos multidisciplinarios formados por distintos profesionales de la salud han mostrado ser efectivos en mejorar la compensación de las enfermedades crónicas. Para su correcto funcionamiento es indispensable que exista una estrecha colaboración entre los miembros del equipo, que favorezca la comunicación efectiva entre los integrantes y con los pacientes para el diseño y logro de un tratamiento coordinado y consensuado. Las reuniones de equipo, discusiones de casos clínicos complejos y la definición clara de roles son herramientas para lograr este desafío.

Los centros de salud primaria cuenta con un equipo de salud conformado por profesionales y técnicos para entregar una atención integral a las personas con condiciones crónicas. De este modo, atendiendo a los objetivos del programa, el equipo debiera estar formado por, al menos:

- Médicos
- Enfermeras
- Nutricionistas
- Técnicos de Enfermería.

Sin embargo, la composición ideal de este equipo considera también a otros profesionales:

- Químico Farmacéutico
- Psicólogo
- Kinesiólogo
- Asistente Social
- Técnico en podología clínica
- Profesor de Educación Física.

SE DEBE PROPICIAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL Y COLABORATIVA ENTRE LOS DIFERENTES PROFESIONALES Y TÉCNICOS DEL EQUIPO DE SALUD.

RECOMENDACIONES DE FUNCIONES DEL EQUIPO DE SALUD, EN LA SALUD CARDIOVASCULAR Y DM

Con el fin de que el equipo de salud esté alineado con un objetivo común, es necesario definir los roles específicos que debieran cumplir sus integrantes. Los distintos miembros del equipo tienen habilidades y talentos que son complementarios, por tanto, es relevante hacer uso de las competencias interpersonales, tales como el trabajo colaborativo, la comunicación efectiva y la proactividad en la consecución de logros y metas.

Todos los integrantes del equipo tienen que orientar a los pacientes sobre el funcionamiento del programa y el centro de salud. Además, deben tener un trato cálido y acogedor con los pacientes, comprendiendo y respetando las creencias, identidades sexuales, preferencias personales, valores, situaciones familiares y estilos de vida de cada persona. Desde la promoción de hábitos saludables y la prevención de eventos cardiovasculares, la misión que tiene el equipo es apoyar a los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud, entregar herramientas y apoyar para resolver dificultades relacionadas con su automanejo y autocuidado.

La persona que asuma como **Coordinador/a del PSCV** en el centro de salud ejerce un liderazgo participativo y es parte del equipo de salud. Se recomienda programar, gestionar y supervisar el cumplimiento de las actividades realizadas por el equipo de salud del PSCV. Para llevar a cabo estas actividades, es necesario contar con un número de horas semanales protegidas para el trabajo administrativo. Se recomienda incorporar en la programación de actividades del centro de salud. En el ANEXO 12, se detallan las funciones de los profesionales, técnicos y administrativos que integran el equipo del PSCV.

Todos los profesionales deben incorporar en su evaluación, el enfoque familiar y al ingreso realizar la evaluación de la familia, su composición, las redes de apoyo, los factores protectores y de riesgo. Esta identificación es vital para el diseño del plan de intervención, y le permite dar continuidad e integralidad al plan.

Los **Médicos** son los encargados de realizar el ingreso al PSCV. Este es un momento clave del programa, pues la experiencia que tenga el paciente puede determinar aspectos tan trascendentes como la adherencia al tratamiento y a los controles. Es función del médico establecer claramente los diagnósticos y estratificar según el RCV, así como diseñar un plan consensuado con el paciente. Por su parte, los controles médicos deben enfocarse en detectar elementos de descompensación y daño de órganos blancos, buscando activamente el cumplimiento de las metas terapéuticas y, sobre todo, evitando la inercia clínica.

Las **Enfermeras** tienen un papel fundamental en el control y seguimiento de los pacientes: deben buscar activamente elementos de descompensación y daño de órganos blancos, solicitando apoyo médico inmediato o derivando oportunamente, según corresponda. Además, tienen a cargo tareas más específicas, como aplicar la pauta de prevención de úlceras en pie diabético y la educación de insulino terapia, entre otras.

Las **Nutricionistas** tienen que hacer la evaluación nutricional de todos los/as pacientes que son atendidos en el PSCV, siendo responsables, de igual modo, del seguimiento y la detección oportuna de quienes están descompensados. Deben realizar un diagnóstico nutricional y tratamiento dieto-terapéutico individualizado según las patologías en control, comprendiendo y respetando las prefe-

rencias y posibilidades de cada paciente, además de realizar promoción de actividad física.

Los **Químicos Farmacéuticos** (QF) tienen un rol fundamental en el control de las personas con enfermedades crónicas. El Fondo de Farmacia (FOFAR), aumentó la dotación de QF en los CESFAM a nivel nacional; esto representa una oportunidad de incorporarlo al equipo de salud de los centros de atención primaria. Los QF deben realizar funciones relativas a la atención farmacéutica y al seguimiento farmacoterapéutico.

Los **Técnicos en Enfermería** (TENS) ejercen un rol clave en el PSCV; son quienes deben orientar y resolver diversas dudas de las personas que se atienden en el programa. Dentro de sus múltiples responsabilidades, delegadas desde el profesional de enfermería, se encuentra preparar con anticipación la ficha clínica y tarjetón de control, adjuntando formularios, receta, exámenes de laboratorio y ECG, según corresponda. Están encargados de la medición de signos vitales y parámetros antropométricos, para lo cual deben estar correctamente certificados.

PROCESO DE INDUCCIÓN DE PROFESIONALES AL CENTRO DE SALUD FAMILIAR

Siempre que se incorpore un nuevo profesional o técnico al equipo, el centro de salud debe realizar una inducción administrativa que incluya:

- Manejo de la ficha clínica electrónica
- Registro de formularios
- Notificaciones GES
- Protocolos locales de referencia.

Asimismo, cada profesional y técnico que se incorpora tiene la responsabilidad de adquirir los conocimientos técnicos asociados a la atención del PSCV, con el fin de entregar una atención de calidad. Para asegurar un estándar de conocimientos mínimos, se dispone de las siguientes herramientas:

1. Sistema de aprendizaje a distancia del Ministerio de Salud (SIAD)

Son programas de aprendizaje autogestionados, en modalidad de educación a distancia y en formato de “cápsulas” de 20 horas cronológicas, que deben ser desarrolladas en un plazo de 31 días. Se encuentran disponibles, de forma gratuita, para los profesionales y técnicos⁷. En relación al PSCV se recomiendan los siguientes:

- Curso básico de DM
- Prevención de ERC
- Tiempo es cerebro
- Introducción a la prevención, control y cesación del tabaco.

2. Aula Virtual de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁸

Ofrece cursos de capacitación en línea, gratuitos y que permite hacer todos o solo algunos módulos. Se recomiendan los siguientes:

- Manejo de la hipertensión arterial para equipos de atención primaria, 2015
- Curso de Prevención y Manejo de la Enfermedad Renal Crónica para Equipos del Primer Nivel de Atención, 2016
- Prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares, 2017.

3. Guías de Práctica Clínica (GPC) ministeriales

Entregan recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, cuyo objetivo principal es ayudar a los profesionales en la toma de decisiones. En el sitio web del departamento de Enfermedades no transmisibles del MINSAL, www.redcronicas.cl, se encuentran disponibles todas las GPC, orientaciones técnicas, volantes, algoritmos y otros documentos de interés.

Además, en los profesionales prescriptores, una **inducción al arsenal farmacológico, incluyendo alternativas terapéuticas y restricciones de uso de los medicamentos disponibles en el CESFAM.**

⁷ Curso MINSAL disponibles en: <http://minsaluvirtual.cl>

⁸ Curso OPS disponibles en: <https://mooc.campusvirtualsp.org/course/index.php?categoryid=2>

Reuniones del equipo de salud

La frecuencia de reuniones se adapta a las necesidades del equipo y a la demanda de la población a cargo. Se recomienda realizarlas de forma semanal y que tengan, al menos, una hora de duración. Se recomienda incorporar los casos clínicos complejos que requieren un abordaje interdisciplinario a las reuniones del equipo de sector. Asimismo, es un espacio donde evaluar el desempeño del equipo en la compensación de los pacientes.

Objetivos de una reunión clínica [17]

1. Abordar problemas específicos al que se ve enfrentado el equipo de salud como son casos clínicos complejo y patologías específicas.
2. Revisión de nuevas recomendaciones de las guías de práctica clínica.
3. Garantizar la continuidad de la atención de las personas entre los diferentes niveles de atención, a través del levantamiento periódico de la información, considerando que el equipo de atención primaria deriva en préstamo a los pacientes (ej. Pacientes con ACV, IAM, amputación).
4. Discutir temas administrativos que requieran ser tratados: ej. revisión de indicadores y formular planes de acción específicos para su abordaje.
5. Evaluar el desempeño del equipo.

Los objetivos específicos de cada reunión clínica deben ser definidos con anticipación con el fin de preparar dicha reunión y lograr conclusiones que se traduzcan en acciones específicas.

RETROALIMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

La inercia terapéutica (IT), se define como la conducta pasiva o conservadora de los médicos, al no iniciar, retrasar o no intensificar la terapia de forma apropiada cuando las metas terapéuticas no son alcanzadas [18]. Las principales causas descritas sobre este fenómeno son la falta de familiarización con las guías de práctica clínica (GPC) y protocolos o falta de confianza en estos; poca motivación de tratar a pacientes asintomáticos; falta de formación profesional; poco tiempo de consulta; subestimación del riesgo asociado a presiones arteriales elevadas; finalmente, la pobre organización sanitaria [19, 20].

El equipo de salud, frecuentemente, cree que el nivel de compensación o logro de las metas terapéuticas de sus pacientes, es mayor al que realmente existe. La evaluación de desempeño y rendimiento clínico, en un período de tiempo específico, es una herramienta muy valiosa para la gestión de talento humano. Una revisión sistemática de la base de datos Cochrane 2012, concluye que las auditorías y retroalimentación de desempeño tienen un impacto positivo, al generar mejoras en la práctica clínica [21].

Así, tener valores objetivos sobre el nivel de control de los pacientes del PSCV, es un mecanismo para evaluar el desempeño de los profesionales. La finalidad de esta evaluación es maximizar el potencial del equipo y disminuir la inercia terapéutica [22].

Esta información debe ser obtenida, de forma automática y periódicamente, desde la ficha clínica; puede incluir, a modo de ejemplo, proporción de pacientes DM2 con HbA1c < 7% o HTA con presión arterial < 140/90 mmHg en el último control.

La retroalimentación ha mostrado ser más efectiva cuando:

1. El profesional presenta un bajo rendimiento
2. La persona responsable de la retroalimentación es un colega o superior
3. Cuando es de carácter periódica
4. Se entrega de forma verbal y escrita
5. Incluye metas específicas en tiempo determinado
6. No es punitivo, sino constructivo.

Esta retroalimentación ha sido usada de forma exitosa en experiencias internacionales para generar un ranking de desempeño de los profesionales a nivel local, por sector y regional [23, 24].

RENDIMIENTOS SUGERIDOS

Dependiendo de cada realidad local, el rendimiento de los profesionales del equipo debe ser calculado según la oferta de horas/profesional disponible y la demanda de estas, determinada por el número de pacientes que ingresa al programa y los que se mantienen en control.

No obstante, para una atención integral y de mayor calidad, se recomienda disponer de más tiempo para el ingreso médico y el primer control con Enfermera y/o Nutricionista, así como también para el seguimiento de los adultos mayores.

TABLA 3. RENDIMIENTOS SUGERIDOS EN EL CONTEXTO DE SALUD CARDIOVASCULAR

Profesional		Tiempo en minutos
Médico	Ingreso	30´
	Control	20´
	Control Adulto mayor	30´
Enfermera o Nutricionista	Primer control	30´
	Control	20´

Con el fin de mejorar la cobertura del examen de medicina preventiva, se sugiere aumentar el tiempo de los controles, ajustándose a los mencionados a continuación. La población en control por patologías cardiovasculares y diabetes, debe tener TODOS los exámenes de medicina preventiva realizados de acuerdo a la edad de este (ej: PAP, Mamografía, entre otros), ANEXO 8. Considerar que ambos tienen que ser registrados.

- Control cardiovascular asociado a examen de medicina preventiva: 30 minutos.
- Control cardiovascular asociado a examen de medicina preventiva del adulto mayor: 40-60 minutos.

Estrategia para favorecer la adherencia a los controles

Extensión horaria

La mayor parte de la oferta de horas para controles del PSCV es en el horario habitual de funcionamiento de los centros de atención, es decir, de 08:00 a 17:00 horas. En la práctica, esto representa una dificultad en el acceso de las personas con trabajos diurnos.

La extensión horaria es una estrategia orientada a promover el acceso de la población a la atención de salud en horario continuado. Acorde con los principios orientadores del modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario, particularmente continuidad de atención.

Conforme lo señalado son las entidades administradoras de salud primaria municipalizada responsables de la atención de salud de la población inscrita en los establecimientos bajo su administración, a ellos les compete garantizar las prestaciones de salud en todos los establecimientos de Atención Primaria de su dependencia brindando continuidad de atención conforme los horarios establecidos de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas y sábados de 09:00 a 13:00 horas, facilitando el acceso y la continuidad de la atención de salud de toda la población **consultas médicas, odontológicas y/o tratamientos, y disponibilidad de fármacos**; con una mejor utilización de su capacidad instalada⁹. En este marco se sugiere incorporar en la atención horaria el acceso a controles de salud cardiovascular, en acuerdo con la entidad administrativa municipal.

⁹ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División Atención Primaria, índice de actividad de atención primaria, 2017.

Al Gestor de la Red le corresponde la supervisión del cumplimiento de las actividades de todos los Establecimientos de la red asistencial de su jurisdicción. La continuidad de la Atención, es decir, de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas y sábados de 9:00 a 13:00 horas. Se evaluará mediante visitas a terreno aleatorias por parte del Servicio de Salud.

FONDO DE FARMACIA

El Fondo de Farmacia (FOFAR), implementado a partir del año 2014 [25], tiene por objetivo entregar, oportuna y gratuitamente, los medicamentos e insumos médicos incluidos en el arsenal básico del Servicio de Salud para las siguientes patologías, ANEXO 16:

- Diabetes Mellitus tipo 2
- Hipertensión arterial
- Dislipidemia
- Insumos para el manejo avanzado de úlcera de Pie Diabético.

En cada Servicio de Salud existe un Comité de Farmacia y Terapéutica de la Red Asistencial, encargado de establecer los lineamientos generales en materia de selección, disponibilidad y utilización de medicamentos; proponer el arsenal farmacológico básico para los establecimientos de la red de APS de su jurisdicción y elaborar una estrategia para la difusión de los arsenales de los diversos establecimientos de la red.

Además, cuenta con diferentes estrategias complementarias:

1. **Gestión de reclamos.** En el caso de que un medicamento no esté disponible, el paciente o familiar puede hacer su reclamo y en 24 horas hábiles le entregarán su medicamento¹⁰.
2. **Reforzamiento de personal con químicos farmacéuticos** en comuna con más de 20.000 inscritos, así como técnicos farmacia, para cumplir con un auxiliar o TENS por cada 200 prescripciones.
3. **Apoyo a la adherencia al tratamiento a través del Gestor de citas** al PSCV, con el cual se estandariza la gestión de horas, disminuyendo las inasistencias y mejorando la calidad de atención. En los centros que cuenten con sistemas informatizados, se recomienda usar esta plataforma, y así, mediante mensajería de texto, correo electrónico y llamadas automatizadas:
 - Enviar recordatorios a los pacientes de sus citas, permitiendo anularla en caso de no poder asistir.
 - Enviar mensaje de hábitos saludables.
 - Cancelación de horas desde el centro de salud por motivos de fuerza mayor.
 - Auditoría constante de los datos de los pacientes para mantener actualizado y mejorar el contacto.
4. **Stock crítico de fármacos disponible** en los Servicios de Salud, para abastecimiento de dos meses de su red.

¹⁰ Los reclamos se hacen vía telefónica, llamando a Salud Responde, 600 360 7777 o de forma presencial en las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) de los centros y servicios de salud, FONASA o Municipios.

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Son el conjunto de actividades administrativas y asistenciales relacionadas a la derivación del usuario, que requiere evaluación por algún especialista o apoyo diagnóstico complementario —desde un establecimiento de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad— y a la respuesta del especialista dirigida al profesional que solicita la interconsulta, con el fin de asegurar la continuidad de la atención [26].

Criterios de referencia específicos en cuanto al motivo y la especialidad a la cual derivar definen la pertinencia de la interconsulta, mientras que la contrarreferencia depende del criterio del especialista, quien deberá considerar la disponibilidad de tratamiento en APS y la necesidad de seguimiento en conjunto. En el caso de pacientes que se atienden en el PSCV y que han sido derivados, los controles tienen que ser compartidos entre atención secundaria o terciaria con APS, intentando mantener mecanismos de comunicación eficientes que aseguren la continuidad del cuidado.

En ciertas circunstancias, la referencia y contrarreferencia puede realizarse a través de plataformas de telemedicina.

En el ANEXO 15, se detallan los criterios de referencia de DM y sus complicaciones, HTA, DLP y ERC, información relevante para la derivación y la especialidad a la cual referir. Estos pueden ser modificados según la realidad local.

Contrarreferencia

Intervención educativa durante la hospitalización

La educación del paciente es un componente esencial de la rehabilitación cardiovascular, junto al entrenamiento físico y el apoyo psicológico, para promover el autocuidado, el control de los factores de riesgo y reducir el riesgo de un nuevo evento. Las personas que presentan un evento cardiovascular (CV) deben recibir en el transcurso de la hospitalización, la información necesaria para reducir el riesgo de un nuevo evento, de acuerdo a las orientaciones existentes¹¹.

Continuidad de la atención

Se debe notificar el egreso del hospital del paciente con IAM o ACV, al centro de atención primaria que corresponda a su domicilio para un control dentro de los 7 días posteriores al alta.

Conciliación de tratamientos entre los niveles de atención

Las transiciones entre los distintos niveles de asistencia (hospital, servicio de urgencia, consultas médicas en atención secundaria y primaria, consultas privadas), son períodos de alta vulnerabilidad para que existan errores entre los fármacos prescritos al paciente.

La conciliación de medicamentos es el proceso formal, que consiste en comparar los fármacos de uso habitual con los prescritos después de una transición asistencial, con el objetivo de analizar y resolver discrepancias. Es necesario considerar omisiones, duplicidades, posibles interacciones y contraindicaciones. Los errores que sean detectados, si procede, deben ser corregidos y los cambios realizados tienen que ser registrados y comunicados al paciente.

Se recomienda un abordaje sistemático dentro de las organizaciones, asignando un profesional responsable que realice la conciliación de medicamentos en un plazo preestablecido. **La unidad de farmacia de los centros de salud, en caso de contar con un QF, puede participar en la conciliación de tratamiento.**

¹¹ Según las directrices de, MINSAL, 2015, Educación para apoyar el automanejo de pacientes hospitalizados por un evento cardiovascular agudo. http://www.redcronicas.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/03/Educaci%C3%B3n-en-automanejo-de-pacientes-hospitalizados-eventos-CV-1.pdf

MODELO DE CUIDADOS DE PACIENTES CRÓNICOS

Los pacientes con enfermedades crónicas son un gran desafío para el sistema de salud porque, por un lado, requieren atención de forma permanente para prevenir la progresión y controlar los síntomas de las enfermedades; y por otro, sus necesidades son variadas y complejas. Debido a esto, la OPS y la OMS recomiendan el Modelo de Atención de Cuidado de Pacientes Crónicos, como una serie de propuestas para avanzar hacia un sistema de salud más proactivo y centrado en el automanejo de los pacientes.

Para implementar el Modelo de Atención de Cuidados de Pacientes Crónicos, se encuentran las orientaciones en los siguientes documentos:

- “Modelo de atención para personas con enfermedades crónicas, directrices para la implementación”, MINSAL 2014 [27].
- “Automanejo de enfermedades no transmisibles: una tarea compartida entre usuarios y el equipo de salud”, MINSAL 2016 [28].

TALLERES DE AUTOMANEJO

Las intervenciones cognitivo-conductuales facilitan los cambios de estilo de vida, particularmente, si involucran a un equipo multidisciplinario que combina diferentes conocimientos y habilidades. Son intervenciones multimodales que integren recursos médicos con educación, promoción de hábitos saludables y manejo de factores psicosociales [29].

La adherencia es definida como el grado en que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, pauta posológica y plazo prescrito [30]. En Chile, se estima que la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el Programa de Salud Cardiovascular es del 54% a los 4 meses y de 35% a los 12 meses después de iniciado el tratamiento, utilizando el cuestionario de Morinsky Green Levine, ANEXO 11 [31, 32]. Algunos de los factores relacionados a la baja adherencia son esquemas terapéuticos complejos, polifarmacia, falta de motivación y conocimiento, baja percepción de autoeficacia, entre otros.

Los talleres grupales de automanejo para personas con enfermedades crónicas han mostrado ser una de las herramientas más útiles para mejorar el control de las enfermedades y de la calidad de vida de las personas [29].

Los pacientes y sus familiares deben ser invitados a los talleres de automanejo desde el ingreso al PSCV, considerando que es el período en que tendrán mayor impacto.

Se dividen en 5 sesiones:

1. Programa de salud cardiovascular
2. Ejercicio
3. Alimentación
4. Adherencia a los fármacos
5. Salud mental

El detalle de los objetivos de los talleres, así como de cada módulo se encuentra disponible en documento externo, disponible en el sitio web del departamento.

SALUD MENTAL Y SALUD CARDIOVASCULAR

Las enfermedades crónicas no transmisibles y los trastornos mentales que explican más de la mitad de la carga de enfermedad [33], se presentan de forma concomitante en una proporción significativa de personas [34]. La asociación entre enfermedades cardiovasculares y diabetes con trastornos mentales, en particular con depresión es conocida, tanto así, que el diagnóstico de depresión es 2 a 3 veces más frecuente en personas con estas patologías, que en personas sin estos antecedentes [14, 15].

Entre los trastornos mentales, la depresión es la enfermedad con mayor interacción y correlación con las enfermedades cardiovasculares. La depresión aumenta el riesgo de infarto al miocardio entre un 15-30% [35-37]. Asimismo, la interacción es bidireccional, es decir las enfermedades cardiovasculares pueden ser un factor de riesgo para desarrollar enfermedades mentales [38].

Además de presentar mayores tasas de morbi-mortalidad, la falta de adherencia a estilos de vida saludables y tratamiento farmacológico en personas con trastornos depresivos, es el doble que la de las personas sin este antecedente [14].

Considerando lo anterior, es fundamental fortalecer un **enfoque colaborativo de atención** entre las actividades del PSCV y de salud mental, que considere una detección activa de los problemas psiquiátricos en las personas con enfermedades cardiovasculares, así como un manejo integral que considere intervenciones farmacológicas y psicosociales, particularmente en la atención primaria, hacerlo hace más eficaz la atención, fortalece los servicios de salud y reduce los costos [34, 39].

Otro aspecto fundamental es que la atención de salud mental debe ser brindada por el equipo de salud sectorizado de forma integral, no se debe propiciar una atención fragmentada en la que una persona tenga distintos profesionales del equipo de salud brindando atención para una misma prestación, lo que ha sido abordado en las últimas Orientaciones de Salud Mental para los equipos de APS [40].

En consideración de lo anterior, dentro de la evaluación integral, lo que incluye evaluar la salud mental. Una herramienta PHQ9 (ANEXO 10).

TELE-OFTALMOLOGÍA

En Chile, existe una prevalencia de retinopatía diabética de 5% en la población > 20 años de edad. En pacientes con DM, la prevalencia de retinopatía diabética varía entre 24% y 35%, y aumenta con el tiempo de evolución de la enfermedad, mal control metabólico, dislipidemia, hipertensión, embarazo, anemia y enfermedad renal [41, 42].

Como método de prevención de la ceguera por retinopatía diabética, se recomienda realizar examen de fondo de ojo a todas las personas con diagnóstico de DM¹².

Las Unidades de Atención Primaria Oftalmológicas (UAPO), forman parte de la estrategia de fortalecer la resolutiveidad de la APS en la especialidad de Oftalmología. Este modelo de atención pretende implementar y poner en marcha las UAPO integradas a la Red de Salud local para garantizar oportunidad en el acceso, atención integral, resolutiveidad, calidad y continuidad de la atención de los pacientes.

La evaluación de la presencia de retinopatía diabética puede hacerse por dos mecanismos:

- Evaluación oftalmológica integral, por oftalmólogo.
- Toma de foto de la retina con una cámara no midriática por un técnico en oftalmología en la UAPO, que posteriormente es evaluada por el oftalmólogo.

Fondo de ojo y Sospecha de Retinopatía Diabética

En el caso de la evaluación del fondo de ojo para los pacientes diabéticos bajo control en el PSCV, los centros de salud primaria tienen que derivar a los pacientes a las UAPOs con una orden de procedimiento u orden de atención (OA). Luego, dependiendo de cada UAPO, el examen de fondo de ojo se podrá realizar mediante una de sus dos modalidades disponibles: presencial por oftalmólogo o por telemedicina.

En el caso de un fondo de ojo con informe de oftalmólogo (telemedicina) categorizado como retinopatía diabética proliferativa severa, es el oftalmólogo de la UAPO el encargado de emitir una solicitud de interconsulta (SIC) al nivel secundario para su tratamiento, las retinopatías diabéticas no proliferativas leve a moderada debe ser controlada por APS y no se genera solicitud de interconsulta a nivel secundario. En caso de urgencia el tecnólogo médico deberá realizar la solicitud de interconsulta al nivel secundario, adjuntando los antecedentes referidos en el informe de la fotografía retinal realizada por teleoftalmología¹³.

¹² En los pacientes con DM con fondo de ojo normal, se recomienda repetir cada 2 años.

¹³ No activar la garantía de confirmación diagnóstica de retinopatía diabética en un paciente sin un examen de fondo de ojo alterado previo (realizado en forma presencial/Teleoftalmología).

INDICADORES SALUD CARDIOVASCULAR

Nombre indicador	Numerador	Denominador
1. Cobertura EMPA	Nº de adultos de 20 a 64 años con EMPA	/ Total de adultos de 20-64 años inscritos o beneficiarios asignados x 100
2. Cobertura EMPAM	Nº de adultos de mayores de 64 años con EMPAM	/ Total de adultos mayores de 64 años inscritos o beneficiarios asignados x 100
3. Cobertura HTA	Nº de personas hipertensas de 15 y más años en PSCV	/Total personas hipertensas de 15 y más años inscritas o beneficiarias asignadas esperadas según prevalencia x 100
4. Cobertura DM	Nº de personas diabéticas de 15 y más años en PSCV	/ Total de personas diabéticas de 15 y más, inscritas o beneficiarias asignadas, esperadas según prevalencia x 100
5. Cobertura efectiva de Diabetes	Nº personas diabéticas bajo control de 15 y mas años compensada	/ Total de personas diabéticas de 15 y más años según prevalencia x 100
6. Cobertura efectiva de HTA	Nº personas hipertensas bajo control de 15 y mas años compensada	/ Total de personas hipertensas de 15 y más años según prevalencia x 100
7. % de personas hipertensas con Presión arterial $\geq 160/100$ mmHg	Nº de personas hipertensas con PA $\geq 160/100$ mmHg.	/Total de personas hipertensas bajo control x 100
8. % de personas diabéticas con HbA1c ≥ 9 %	Nº de personas diabéticas con HbA1c ≥ 9 %.	/Total de personas diabética bajo control x 100
9. % de personas diabéticas bajo control con úlcera activa de pie diabético, amputadas	Nº de personas diabéticas bajo control con úlcera activa de pie diabético amputadas	/ Total de personas diabéticas bajo control con úlcera activa de pie diabético x 10.
10.% de personas diabéticas bajo control con fondo de ojo vigente	Nº de personas diabéticas bajo control con fondo de ojo vigente	/Total de personas diabética bajo control x 100
11.% de personas diabéticas bajo control con evaluación de pie diabético	Nº de personas diabéticas bajo control con evaluación de pie diabético	/Total de personas diabética bajo control x 100
12.% de personas diabéticas bajo control con evaluación vigente de la velocidad de filtración glomerular (VFGe)	Nº de personas diabéticas bajo control con evaluación vigente de la velocidad de filtración glomerular (VFGe)	/Total de personas diabética bajo control x 100

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIOS

Página web

El Departamento de Enfermedades no Transmisibles, de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública, dispone de un sitio web con información actualizada de todo el material disponible www.redcronicas.cl.

En esta, se puede acceder de forma gratuita a toda la información desarrollada por el MINSAL en relación a enfermedades no transmisibles, además de acceso directo a capacitaciones.

Orientaciones Técnicas del PSCV

- Consenso “Enfoque de Riesgo para la Prevención de Enfermedades Cardiovasculares”, Ministerio de Salud, 2014.
- “Implementación del Enfoque de Riesgo en el Programa de Salud Cardiovascular”, Ministerio de Salud, 2009.

Aplicaciones para teléfonos inteligentes

1. PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR
El PSCV, dispone de una aplicación gratuita para teléfonos inteligentes, tanto para sistemas IOS y Android. Se debe buscar como PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR o PSCV.
2. Guías clínicas MINSAL
Aplicación para teléfonos inteligentes con las guías de práctica clínica y orientaciones técnicas del PSCV.
3. GES MINSAL
Aplicación del Régimen de Garantías Explícitas en Salud en la cual se incluyen las guías de práctica clínica, el Listado de Prestaciones, Norma técnica, Recomendaciones y flujogramas.

Documentos complementarios

- Guía Clínica GES “Diabetes Mellitus tipo 2”, Ministerio de Salud, 2010
- Guía Clínica GES “Diabetes Mellitus tipo 2”, Ministerio de Salud, 2016
- Guía Clínica GES “Hipertensión Arterial Primaria o Escencial en personas de 15 años y más”, Ministerio de Salud, 2010
- Guía Clínica “Retinopatía Diabética”, Ministerio de Salud, 2010
- Orientación Técnica “Prevención de úlceras de los pies en la persona con Diabetes”, Ministerio de Salud, 2013
- Cartilla “Estimación del riesgo de ulceración del pie en personas con diabetes”, Ministerio de Salud, 2013
- Guía Clínica “Diabetes y Embarazo”, Ministerio de Salud, 2014
- Guía Clínica GES “Accidente Cerebro Vascular Isquémico en personas de 15 años y más”, Ministerio de Salud, 2013
- Guía Clínica GES “Infarto Agudo del Miocardio con Supradesnivel del Segmento ST, Ministerio de Salud, 2010

- Guía Clínica GES “Prevención Enfermedad Renal Crónica”, Ministerio de Salud, 2016
- Guía Clínica GES “Examen de Medicina Preventiva”, Ministerio de Salud, 2013
- Guía Clínica “Insuficiencia cardíaca” Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular y Ministerio de Salud, 2015
- “Guía Alimentaria para la Población Chilena”, Ministerio de Salud, 2013
- Guía Clínica GES, “Depresión en personas de 15 años y más”, Ministerio de Salud, 2013
- Cartilla “Orientación práctica para la consejería anti-tabáquica”, Ministerio de Salud
- Revisión Sistemática “Intervenciones para apoyar a los fumadores a dejar el hábito de fumar”, Ministerio de Salud, 2012
- Orientaciones Técnicas “Atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de salud”, Ministerio de Salud, 2013
- “Automanejo de Enfermedades No Transmisibles”, Ministerio de Salud, 2016
- Documento “Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo”, Ministerio de Salud, 2011
- Documento “Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital para la Prevención de Obesidad y otras Enfermedades No Transmisibles”, Ministerio de Salud 2010
- Orientaciones y lineamientos “Programa Vida Sana: Intervención de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles”, Ministerio de Salud, 2016
- Documento “Modelo de Atención para Personas con Enfermedades Crónicas”, Ministerio de Salud, 2015
- Norma Técnica Manejo Integral del Pie Diabético, Ministerio de Salud, 2006.

ANEXOS

ANEXO 1. Factores de riesgo cardiovasculares [43]

Factores de Riesgo Mayores	- Edad - hombre ≥ 45 años - mujer ≥ 55 años - Sexo masculino y mujer postmenopausia - Antecedente personal de ECV - Antecedente de ECV prematura en familiar de 1^{er} grado - hombres < 55 años - mujeres < 65 años	No modificables
	- Hipertensión arterial - Diabetes - Dislipidemia (colesterol LDL alto y/o colesterol HDL bajo) - Tabaquismo - Enfermedad renal crónica etapa 3b-5 y/o albuminuria moderada/severa persistente	Modificables
Factores de Riesgo Condicionantes	- Obesidad ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) - Obesidad abdominal ($CC \geq 90 \text{ cm}$ en hombres y $\geq 80 \text{ cm}$ en mujeres) - Triglicéridos $\geq 150 \text{ mg/dL}$ - Sedentarismo	

ANEXO 2. Adquisición de esfigmomanómetros

Por años, el esfigmomanómetro de mercurio ha sido el estándar indiscutible en la medición indirecta de la presión arterial (PA), pues es el único que ha sido validado y comparado contra la medición directa intra arterial de la presión, [44–46].

Sin embargo, dado que el mercurio es un elemento neurotóxico y contaminante ambiental, diversas organizaciones internacionales como la ONU, OMS y Salud Sin Daño, se han propuesto reducir los niveles de mercurio en el medio ambiente y disminuir, así, la exposición humana a este elemento [47], propuesta que el Ministerio de Salud acogió al implementar *Hospitales Libres de Mercurio*. A pesar que esta medida no es mandatoria para la atención primaria de salud, dadas las consideraciones anteriores, se recomienda el cambio progresivo a tecnología digital.

Equipo validados

La validación de los equipos de PA se inició en los años 80; sin embargo, a partir de la década de los 90, esta se formalizó con diversos protocolos. Los métodos de validación de los esfigmomanómetros más utilizados y reconocidos a nivel mundial, son los protocolos desarrollados por la Asociación Americana de Instrumentación Médica (AAMI) [48], Sociedad Británica de Hipertensión (BHS) [49] y la Sociedad Europea de Hipertensión Arterial (ESH)[50]. Se recomienda revisar uno de los siguientes sitios web para evaluar el grado de validación de un aparato en particular:

- <http://www.bhsoc.org>
- <http://www.dableducational.org/>
- <http://www.seh-lilha.org/SEHAmpa.aspx>

Calibración

Otro punto importante a considerar –y que habitualmente no es tomado en cuenta– es la mantención y calibración del equipo. Se debe tener claridad de la disponibilidad de servicio técnico, costos de cada mantención y la frecuencia con la que se debe calibrar (ej: anual), datos que deberá proporcionar el fabricante.

ANEXO 3. Errores frecuentes que se traducen en una medición inadecuada de la presión arterial

La medición de la presión arterial (PA) es, sin duda, un procedimiento que requiere atención del equipo clínico, considerando que la medición se traduce en un diagnóstico de por vida para el paciente, con las consideraciones personales, sociales y económicas que esto conlleva.

Al momento de medir la PA, diversas situaciones específicas se traducen en una elevación o disminución transitoria de la PA, Tabla 4 [45, 51, 52]. En virtud de lo anterior, es fundamental que la medición de la presión arterial sea realizada por personal capacitado en la toma de ésta, siguiendo una técnica estandarizada.

TABLA 4: ERRORES FRECUENTES EN LA TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL

Factor	Discrepancia en PA sistólica/diastólica (mmHg)
No reposa 5 minutos previo a medición	10-20/
Hablar o escucha activa durante la medición	10-17/10-13
Manguito sobre la ropa	5-40/
Manguito muy chico	10-15/2-8
Manguito muy grande	-7/5
Haber fumado o tomado café 30' antes de la medición	6-20/
Espalda no descansa en el respaldo	6-10/
Pierna cruzada	5-8/

ANEXO 4. Técnica estandarizada de medición manual de la presión arterial [7, 53]

1. Consideraciones generales:
 - a. Para la medición de la PA debe utilizarse un esfigmomanómetro validado, el cual debe calibrarse según las recomendaciones del fabricante.
 - b. Elegir el tamaño de manguito apropiado a la circunferencia de brazo¹⁴.
 - c. Si se usan aparatos digitales, deben usarse solo los que se aplican al brazo (no de muñeca o dedo).
2. Disponer de una sala tranquila y confortable, a temperatura agradable, sin ruido ambiente.
3. Informar a la persona sobre el procedimiento a realizar y la duración estimada de aproximadamente 15-20 minutos.
4. Previo a la medición, el paciente debe haber reposado sentado durante 5 minutos y evacuado la vejiga. En caso de ejercicio intenso, consumo de café, alcohol o tabaco, el reposo debe prolongarse por al menos 30 minutos.
5. El paciente debe estar sentado con la extremidad superior descubierta y apoyada en una mesa, a la altura del corazón. Las piernas no deben estar cruzadas y la espalda debe estar apoyada en el respaldo del asiento. No se debe hablar durante las mediciones.
 - En pacientes con síntomas de hipotensión ortostática se deben agregar mediciones en posición de pie, recomendable también en adultos mayores y en personas diabéticas. En esta medición, se debe tener especial cuidado de que el brazo quede a la altura del corazón, utilizando un medio de apoyo de la extremidad con el fin de evitar que el paciente realice una contracción muscular isométrica¹⁵.
6. Colocar el manómetro a nivel de los ojos del examinador y de la aurícula derecha del examinado, que permita leer la graduación de la columna de mercurio o el reloj del aneroides. Si se usa manómetro manual portátil, colocarlo sobre una superficie lisa y dura.
7. Ubicar la arteria braquial (o humeral) por palpación en el lado interno del brazo y pliegue del codo (fosa antecubital).
8. Colocar el manguito ajustado, firme y seleccionado de acuerdo a la circunferencia del brazo del examinado. La cámara de goma inflable al interior del manguito debe rodear el 80% del brazo y su borde inferior, quedar 2,5 cm (dos traveses de dedo) sobre el pliegue del codo, con los tubos de conexión paralelos al trayecto de la arteria braquial.

Hipotensión ortostática

"...si la medición en posición de pie es consistentemente más baja que la medición sentado, la medición de pie debería usarse para titular la dosis de antihipertensivos."

National High Blood Pressure Education Program Working Group report on hypertension in the elderly. National High Blood Pressure Education Program Working Group Hypertension 1994 Mar;23(3):275-85.

¹⁴ La cámara estándar tiene una dimensión de 12 x 26 cm y es útil para circunferencias de brazo entre 26 y 33 cm. Con circunferencias del brazo mayores la medición con una cámara de goma estándar sobreestima el nivel de presión. En el caso de pacientes obesos la sobreestimación de la presión sistólica puede llegar a 30 mmHg y la diastólica a 15 mmHg. Por esta razón es conveniente utilizar cámaras de goma de diferente tamaño: cámaras grandes (16 x 38 cm) para perímetros de brazo mayores de 33 cm o cámaras pequeñas (10 x 24 cm) para perímetros de brazo menores de 26 cm.

¹⁵ Precaución: el efecto presor de la contracción isométrica puede determinar aumentos de la presión sistólica de un 10%, efecto que es aún mayor en pacientes en tratamiento con betabloqueadores.

9. Determinar el nivel máximo de insuflación. Para ello:
 - a. Ubicar la arteria radial por palpación; sin dejar de presionar la arteria, inflar lentamente el manguito hasta el nivel de presión en que deja de palparse el pulso radial (presión sistólica palpatoria).
 - b. Al valor de presión sistólica palpatoria identificado, sumarle 30 mmHg.
 - c. Desinflar totalmente el manguito y esperar 30 segundos antes de inflar nuevamente.
10. Colocar el diafragma del fonendoscopio sobre la arteria braquial y bajo el borde inferior del manguito, con una presión suave, asegurando que contacte la piel en todo momento.
11. Insuflar el manguito en forma rápida y continua hasta el nivel máximo de insuflación ya calculado.
12. Abrir la válvula de la pera de insuflación, de modo que permita liberar el aire de la cámara a una velocidad aproximada de 2 a 4 mmHg por segundo. Simultáneamente, observar la columna de mercurio, identificando el nivel donde aparecen los 2 primeros ruidos audibles (presión sistólica) y la desaparición de los ruidos (presión diastólica).
13. Si la PA es > 140/90 mmHg, repetir la medición durante la consulta (espere 1 a 2 minutos para una segunda medición). En caso que las dos mediciones sean sustancialmente diferentes (>5 mmHg), medir la PA por 3ra vez, **hacer un promedio de las dos últimas mediciones**.
 - a. Se recomienda tomar ≥ 3 mediciones de PA, eliminar la primera (generalmente más alta que las siguientes debido al síndrome de bata blanca) y hacer un promedio de las dos siguientes.
 - b. La medición de la PA debe realizarse en ambos brazos al menos 1 vez. En caso que un brazo presente PA consistentemente más elevada, considerar ese brazo para seguimientos posteriores.
14. Registrar en números **pares** en los formularios correspondientes los valores encontrados, como también el brazo en que se realizó la medición. Ajustar a 2 mmHg, **no redondear** la cifra a 5 o 10 mmHg.
15. El perfil de PA debe quedar archivado en la ficha del paciente.

ANEXO 5. Perfil de presión arterial. Técnica estandarizada de medición automática de la presión arterial [53]

Consideraciones generales

- a. Realizar al menos 2 mediciones con técnica estandarizada en otras 2 oportunidades además de la toma inicial, en días distintos y en un lapso no mayor a 15 días.
 - b. Para la medición de la PA debe utilizarse un esfigmomanómetro validado, el cual debe calibrarse según las recomendaciones del fabricante.
 - c. Los equipos automáticos no deben ser usados en pacientes con fibrilación auricular.
 - d. Elegir el tamaño de manguito apropiado a la circunferencia de brazo¹⁶.
1. Sala tranquila y confortable, temperatura agradable, sin ruido ambiente.
 2. Informar a la persona sobre el procedimiento a realizar y la duración estimada (aproximadamente 15–20 minutos).
 3. Previo a la medición, el paciente debe haber reposado sentado durante 5 minutos, evacuado la vejiga en caso necesario. En caso de ejercicio intenso, consumido café, alcohol o si ha fumado, el reposo debe prolongarse por al menos 30 minutos.
 4. El paciente debe estar sentado con la extremidad superior descubierta y apoyada en una mesa, a la altura del corazón. Las piernas no deben estar cruzadas y la espalda debe estar apoyada en el respaldo del asiento. No se debe hablar durante las mediciones.
 5. Ubicar la arteria braquial (o humeral) por palpación en el lado interno del brazo y pliegue del codo (fosa antecubital).
 6. Colocar el manguito ajustado, firme y seleccionado de acuerdo a la circunferencia del brazo del examinado. La cámara de goma inflable al interior del manguito debe rodear el 80% del brazo y su borde inferior, quedar 2,5 cm (dos traveses de dedo) sobre el pliegue del codo, con los tubos de conexión paralelos al trayecto de la arteria braquial.
 7. Seleccione:
 - a. La opción para realizar en N° de mediciones
 - > Se recomienda tomar ≥ 3 mediciones de PA
 - b. El tiempo de espera para el inicio de la primera medición (5 minutos).
 - c. El intervalo entre las mediciones (1 minuto)
 8. Pulse el botón **START** (Inicio).
 9. Registrar valores de presión arterial desplegados en la pantalla del monitor, como también el brazo y la posición en que se realizó la medición.

¹⁶ La cámara estándar tiene una dimensión de 12 x 26 cm y es útil para circunferencias de brazo entre 26 y 33 cm. Con circunferencias del brazo mayores la medición con una cámara de goma estándar sobreestima el nivel de presión. En el caso de pacientes obesos la sobreestimación de la presión sistólica puede llegar a 30 mmHg y la diastólica a 15 mmHg. Por esta razón es conveniente utilizar cámaras de goma de diferente tamaño: cámaras grandes (16 x 38 cm) para perímetros de brazo mayores de 33 cm o cámaras pequeñas (10 x 24 cm) para perímetros de brazo menores de 26 cm.

10. En pacientes con síntomas de hipotensión ortostática se deben agregar mediciones en posición de pie, recomendable también en adultos mayores y en personas diabéticas. En esta medición se debe tener especial cuidado en que el brazo quede a la altura del corazón utilizando un medio de apoyo de la extremidad con el fin de evitar que el paciente realice una contracción muscular isométrica¹⁷.
11. La medición debe realizarse en ambos brazos y si existen diferencias significativas entre ambas extremidades, continuar las mediciones posteriores en el brazo con mayores cifras de presión arterial.
12. Las mediciones posteriores de control de la presión arterial y monitoreo del tratamiento se realiza con el paciente sentado.

¹⁷ Precaución: el efecto presor de la contracción isométrica puede determinar aumentos de la presión sistólica de un 10%, efecto que es aún mayor en pacientes en tratamiento con betabloqueadores.

ANEXO 6. Programa Vida Sana

El Modelo de Salud Familiar en la Atención Primaria (APS), debe orientar sus esfuerzos considerando los cambios demográficos y epidemiológicos registrados en los últimos años, con predominancia absoluta de enfermedades crónicas no transmisibles, concentrando esfuerzos en la búsqueda de alternativas en distintos ámbitos de la atención y de la gestión de salud.

El cambio demográfico en las últimas décadas por el envejecimiento de la población, resultado de una esperanza de vida más larga y de la disminución de la natalidad, ha influido directamente sobre el sistema sanitario. Ha implicado una modificación del perfil epidemiológico con un incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas y aumento en la demanda de atención sanitaria. En Chile, de los años de vida saludables perdidos (AVISA*) el 84% corresponde a las enfermedades crónicas (DEIS MINSAL 2014).

Durante los últimos años se ha levantado importante evidencia sobre las repercusiones de las enfermedades no transmisibles sobre la sociedad y la economía, revelando los altos costos que implica entre otros, la diabetes, el aumento de la obesidad y el sedentarismo, afectando principalmente a los estratos económicos más vulnerables. (OMS, 2012; Aviroop et. al, 2015).

Es por esta razón, que las intervenciones tendientes a prevenir la obesidad infantil y el sedentarismo deben empezar a temprana edad, ya que existen factores que gatillan desde los primeros años un incremento sostenido de ambas condiciones (Salazar y cols., 2014). Además, se ha demostrado que las estrategias implementadas en los primeros años de vida, tienen una mayor probabilidad de éxito, debido a que es la etapa más sensible en la formación de los hábitos saludables (Kain y cols., 2012).

El abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles debe considerar el curso natural de la enfermedad, interviniendo preventivamente en los factores de riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles y efectuando los tratamientos oportunos y de calidad. En este contexto, es fundamental implementar programas destinados a aquellas personas que tienen riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles, especialmente hipertensión arterial y diabetes tipo 2. Este hecho se sustenta en que hay un largo periodo con alzas de presión arterial e intolerancia a la glucosa que precede al desarrollo de la enfermedad (MINSAL 2010).

Es por estas razones que el Programa Vida Sana, que es una intervención en factores de riesgo de enfermedades no transmisibles implementado con un enfoque comunitario e interdisciplinario, junto al programa cardiovascular, deben trabajar articuladamente de forma tal que se cuente con estrategias de derivación de aquellos familiares de usuarios que ya tiene el desarrollo de una enfermedad no transmisible.

El Programa Vida Sana ha demostrado tener impacto significativo en el cambio nutricional y parámetros metabólicos de los beneficiarios que cumplen con su estrategia (Cañuecar, 2016), implementando adecuaciones que se sustentan en la necesidad de fortalecer la gestión y los procesos locales.

PROPÓSITO

"Contribuir a reducir los factores de riesgo de desarrollar diabetes y enfermedades cardiovasculares en la población".

OBJETIVO GENERAL

“Disminuir 3 de los factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares – 1) Dieta inadecuada , 2) Deficiente condición física y 3) Sobrepeso/Obesidad – en niños, niñas, adultos y mujeres post-parto de 2 a 64 años, beneficiarios de FONASA”.

OBJETIVO ESPECÍFICO

1. Disminuir la mal nutrición por exceso.
2. Mejorar perímetro de cintura.
3. Mejorar condición física.

POBLACIÓN OBJETIVO

La población objetivo del programa son niños, niñas, adolescentes, adultos y mujeres post parto inscritos en FONASA, de 2 a 64 años de edad que cumplen con los criterios de inclusión.

La mujer que siendo beneficiaria del programa Vida Sana se embaraza, se le debe dar continuidad a la intervención con la debida autorización de su médico tratante, y las adaptaciones pertinentes para su condición.

Criterios de inclusión para beneficiarios directos

Para todos los beneficiarios:

- i. Ser beneficiario de FONASA.
 - ii. Contar con consentimiento informado y carta de compromiso de padres, madre o tutor responsable.
 - iii. Contar con asentimiento en usuarios de 10 a 17 años.
 - iv. Evaluación inicial por el equipo multidisciplinario del programa.
- a. Niños y niñas de 2 a 4 años:
 - i. Diagnóstico nutricional integrado de sobrepeso u obesidad según edad y sexo.
 - b. Niños, niñas y adolescentes de 5 a 19 años:
 - i. Diagnóstico nutricional de sobrepeso u obesos según edad y sexo.
 - ii. Perímetro de cintura aumentado para la edad y sexo.
 - iii. Diagnóstico de pre diabetes o pre hipertensión según guía clínica MINSAL.
 - iv. Adolescentes que en el último control de embarazo fueron diagnosticadas con mal nutrición por exceso.
 - c. Adultos de 20 a 64 años, deben cumplir con al menos uno de los siguientes criterios:
 - i. Diagnóstico nutricional de sobrepeso.
 - ii. Diagnóstico nutricional de obesidad.
 - iii. Perímetro de cintura aumentado.
 - iv. Diagnóstico de pre diabetes o pre hipertensión según guía clínica MINSAL.
 - v. Mujeres que en el último control de embarazo fueron diagnosticadas con mal nutrición por exceso.

Criterios de exclusión

El programa Vida Sana tiene los siguientes criterios de exclusión, frente a los cuales el equipo multidisciplinario deberá derivar a la red según corresponda:

- a. Obesidad secundaria que contraindique el ingreso al programa.
- b. Hipertensión arterial.
- c. Diabetes mellitus.
- d. Eventos cardiovasculares (angina inestable o infarto agudo al miocardio, accidente vascular encefálico u otro semejante).
- e. Insuficiencia orgánica (renal, cardíaca, hepática, etc.).
- f. Patología oncológica con tratamiento actual o reciente.
- g. Patología psiquiátrica que contraindique el ingreso al programa.
- h. Cualquier otra patología que a juicio del evaluador represente contraindicación de ingreso al programa.

ESTRATEGIA

La estrategia del Programa Vida Sana, tiene un enfoque comunitario e interdisciplinario, realizando las actividades ya sea en el entorno educativo u otras organizaciones distintas al centro de salud, para lo cual se requieren alianzas estratégicas con diferentes instituciones públicas y privadas que cumplen un importante rol en los hábitos de vida saludable, potenciando la intervención con los espacios de la vida cotidiana que favorezcan una modificación de la conducta y hacer sustentables sus cambios.

Dispone en dos componentes: el primero son estrategias individuales a cargo de un equipo multidisciplinario compuesto por médico, nutricionista, psicólogo y profesional de actividad física (kinesiólogo, profesor educación física o terapeuta en actividad física), cada uno con sus respectivas evaluaciones, con el propósito de conocer la condición de ingreso del usuario, definir plan de intervención y hacer su seguimiento en el marco de su entorno familiar. El componente 2 son las prestaciones grupales, referidas a los Círculos de Vida Sana (talleres del equipo multidisciplinario) y sesiones grupales de actividad física y ejercicio, con el fin de apoyar el cambio de hábito y las mejoras en su condición.

Para la implementación de las estrategias locales, es primordial considerar una distribución de carga horaria que permita la entrega de prestaciones individuales y grupales en horarios que faciliten la asistencia de los usuarios, teniendo presente, entre otros factores, la jornada laboral, tiempos de desplazamiento y reuniones de equipo.

ANEXO 7: Registros estadísticos mensuales

Todos los establecimientos de salud definidos por el DFL 1 deben reportar de forma estandarizada las atenciones y población en control al Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), con el fin de tener una fuente de información para la producción de diversos indicadores de gestión y cumplimiento de programas, pilar fundamental para la toma de decisiones en salud.

Los registros estadísticos mensuales (REM) de atenciones o población en control se remiten al DEIS por establecimientos o estrategias según códigos estructurales definidos. Las definiciones operativas se encuentran disponibles y actualizadas anualmente en el Manual REM y Manual Serie P, disponibles en la página web del depto. de Estadísticas e Información en Salud (www.DEIS.cl).

Los REM pertenecientes al PSCV son los siguientes:

1. REM A.05: (Todos los registros en el REM A son de carácter mensual)

Sección H: Ingresos al PSCV

Corresponde a las personas que ingresan por primera vez a control en el Programa de Salud Cardiovascular de establecimientos con nivel primario de atención, con el fin de controlar periódicamente las enfermedades cardiovasculares que padecen.

Si una persona es portadora de dos o más patologías se considera como un sólo ingreso a dicho programa.

Ingresos según patología: Corresponde a las personas que ingresan por primera vez a control en el Programa de Salud Cardiovascular de establecimientos con nivel primario de atención, por las patologías cardiovasculares: Hipertensión, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Antecedentes de Enfermedad Cardiovascular Aterosclerótica o Tabaquismo.

Sección I: Egresos del PSCV¹⁸

Corresponde al total de personas que dejan de controlarse en el programa, ya sea por traslados, fallecimiento, abandono de tratamiento, etc.

- **Egresos por abandono:** Pacientes que durante el mes informado, han permanecido inasistentes en el PSCV por más de 11 meses 29 días, efectuándose en dicho período a lo menos 3 acciones de rescate.
- **Egresos por traslado:** Pacientes que se trasladan a otro establecimiento de la red, del mismo Servicio de Salud u otro, para continuar con su tratamiento. Generalmente, se produce por cambio de domicilio.
- **Egresos por fallecimiento:** Pacientes que egresan del programa por fallecimiento, puede ser por la o las patologías que se estaba tratando o por cualquier otra circunstancia.
- **Renuncia:** Paciente que manifiesta su deseo de no ser parte del programa, a pesar de las actividades de rescate. La renuncia al programa debe estar debidamente documentada.

¹⁸ Inasistencias: cualquier paciente que haya faltado a su control programado sin re-agendamiento.

Pasivos: Pacientes inasistentes a sus controles por más de 11 meses y 29 días, y que no se ha realizado ninguna actividad de rescate. No pueden ser egresados automáticamente del programa.

Abandono: Aquellos usuarios que han permanecido inasistentes al programa por más de 11 meses 29 días, y que se han efectuado, al menos, 3 acciones de rescate en dicho periodo.

Rescatados: Usuarios que vuelven al programa después de haber estado en abandono sin rescate o pasivos.

- Los pacientes egresados del bajo control no deben ser egresados del SIGGES, ya que la garantía es de por vida en los pacientes con enfermedades crónicas.
- Con excepción del fallecimiento en los casos antes mencionados, la garantía puede ser EXCEPTUADA, en el sistema SIGGES.
- En los casos que el paciente haya sido sacado del bajo control y su garantía se encuentre exceptuada y por cualquier eventualidad decide retomar sus controles, se considerará un REINGRESO y, por ende, deberá ser evaluado con exámenes completos por médico tratante.

2. REM P-04: Población en control Programa de Salud Cardiovascular

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PSCV con Médico, Enfermera/o, o Nutricionista, por grupos de edad y sexo, con una citación para estos profesionales y hasta un plazo máximo de inasistencia de 11 meses 29 días, desde la última citación, a la fecha del corte. Periodo durante el cual, se activa el sistema de rescate de inasistentes.

Al pasar 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa; o por egreso: si se constata que no es ubicable, ha cambiado su inscripción a otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

En el marco de atención integral, se registra solo una persona aunque esta tenga más de un problema de salud cardiovascular.

1. Sección A: Programa Salud Cardiovascular (PSCV)

Se registra el número de personas en control de PSCV, por grupo de edad y sexo, clasificados según riesgo cardiovascular (bajo, moderado, alto), según patología y factores de riesgo (Hipertensos, Diabéticos, Dislipidémicos, Tabaquismo, Antecedentes de Infarto (IAM), Antecedentes de Enfermedad Cerebro Vascular (AVC). Además de registrar el número de personas en PSCV que se les ha aplicado el formulario de Detección de Enfermedad Renal Crónica. Se debe registrar, como subgrupo, el número de pacientes diabéticos con detección enfermedad renal crónica (ERC).

2. Sección B: Metas De Compensación

Se registra el número de personas en control de PSCV, por grupo de edad y sexo, que logran metas de compensación de sus patologías.

Considerar que existen metas diferenciadas según la edad de las personas.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL		DIABETES MELLITUS	
De 15 a 79 años con PA	PA<140/90 mmHg	De 15 a 79 años	HbA1c<7%
80 y más años	PA<150/90 mmHg	80 y más años	HbA1c<8%

3. Sección C: Variables De Seguimiento Del PSCV Al Corte

Variables de seguimiento del PSCV al corte, corresponde al número de personas del PSCV que se encuentran en control según diversas variables de seguimiento.

Protocolo de Rescate

Los protocolos de rescate deberán ser desarrollados por cada establecimiento según los recursos disponibles y ajustados a su realidad local. Es así que pueden disponer de rescates telefónicos, visitas domiciliarias, recordatorios radiales, etc.

Para documentar tanto los rescates como las renunciaciones voluntarias al Programa, deberán confeccionar y validar en su establecimiento un tipo de consentimiento informado además de una notificación de rescate para adjuntar a la ficha. Este consentimiento debe incluir los datos del paciente, la fecha de realización de la actividad de rescate, el tipo de rescate y la firma de quien lo realiza. Si se cuenta con ficha digital, se deberá llevar registro de los documentos asociados a los pacientes egresados; la idea es que pueda ser auditable y que tenga valor al momento de las supervisiones y revisiones internas o externas.

ANEXO 8: Examen de Medicina Preventiva [30]

Las personas del PSCV deben tener sus exámenes de medicina preventiva al día. En personas de 15 años y más evaluar:

1. Pesquisa de consumo problema de alcohol (AUDIT), ANEXO 19.
2. Pesquisa de sobrepeso / obesidad y obesidad abdominal.
 - El diagnóstico nutricional se realizar con el Índice de Masa Corporal (IMC), que relaciona el peso con la talla.

ESTADO NUTRICIONAL, EN MENORES DE 65 AÑOS, CHILE

Estado nutricional	IMC
Bajo peso	<18.5
Normal	18.5-24.9
Sobrepeso	25-29.9
Obesidad	≥30

ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS, CHILE

Estado nutricional	IMC
Bajo peso	<23
Normal	23-27.9
Sobrepeso	28-31.9
Obesidad	≥32

Existe una estrecha relación entre la obesidad abdominal y el riesgo cardiovascular [54]. Se utiliza la medición de la circunferencia de cintura (CC) en el punto medio¹⁹ como método de tamizaje de obesidad abdominal.

¹⁹ La medición de la CC requiere una cinta métrica (7 mm de ancho), flexible, no elástica. El intervalo mínimo entre separaciones debe ser de 1mm con una capacidad de medir hasta 200cm. La rotulación numérica debe ser claramente legible. El sujeto debe sacarse el cinturón, prendas de vestir pesadas u otras que intervengan con la medición. La medición de la CC debe hacerse a lo más sobre una capa delgada de ropa (ej. camiseta), idealmente directamente sobre la piel. La postura del sujeto puede afectar la medición. Este debe estar de pie con el peso distribuido en forma uniforme en ambos pies, separados entre 25-30cm. Los brazos deben colgar libremente al lado del cuerpo. La medición debe tomarse en el punto medio entre el borde inferior de la última costilla y la cresta ilíaca, en el plano de la línea axilar media. Cada uno de estos puntos de referencia deben ser palpados y marcados, y el punto medio verificado con la cinta. La CC se mide al final de una espiración normal. La cinta debe estar ajustada, pero no comprimir los tejidos blandos. El operador se debe situar a un costado del sujeto para leer la medición. Idealmente un asistente debe corroborar que la posición de la huincha sea la correcta en el costado en que el evaluador no logra visualizar. Tomar dos mediciones, si éstas difieren en más de 1 cm, debe tomarse una tercera. El registro de la medición debe aproximarse al mm más cercano. El valor final de la CC corresponderá al promedio de las dos observaciones, o en el caso de una tercera medición, el promedio de las dos mediciones más cercanas entre sí.

- Los puntos de corte para el diagnóstico de obesidad abdominal, de acuerdo al Consenso 2014, son los siguientes [46]:
 - ≥ 90 cm en hombres
 - ≥ 80 cm en mujeres
- 3. Tabaquismo
 - Los fumadores tienen 10 a 20 veces más riesgo de cáncer de pulmón, 3 veces mayor riesgo de desarrollar EPOC, 2-3 veces mayor riesgo de úlcera péptica y 2 veces el riesgo de tener un evento cardíaco fatal.
 - Determinar consumo de riesgo en cada consulta.
 - Determinar adicción con escala ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), ANEXO 20 o CRAFFT, ANEXO 21.
- 4. Papanicolaou (PAP)
 - Realizar PAP cada 3 años en mujeres entre 25 y 64 años.
- 5. Mamografía
 - Realizar cada 3 años en mujeres de 50 a 69 años.

Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM)

El examen de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM) constituye una oportunidad para identificar, diagnosticar, tratar y rehabilitar o prevenir problemas de salud como pérdida de funcionalidad y autovalencia del paciente [45].

Este examen incluye:

1. Antecedentes generales
2. Antecedentes mórbidos
3. Terapia farmacológica
4. Riesgo de caídas
5. Evaluación funcional (EFAM)

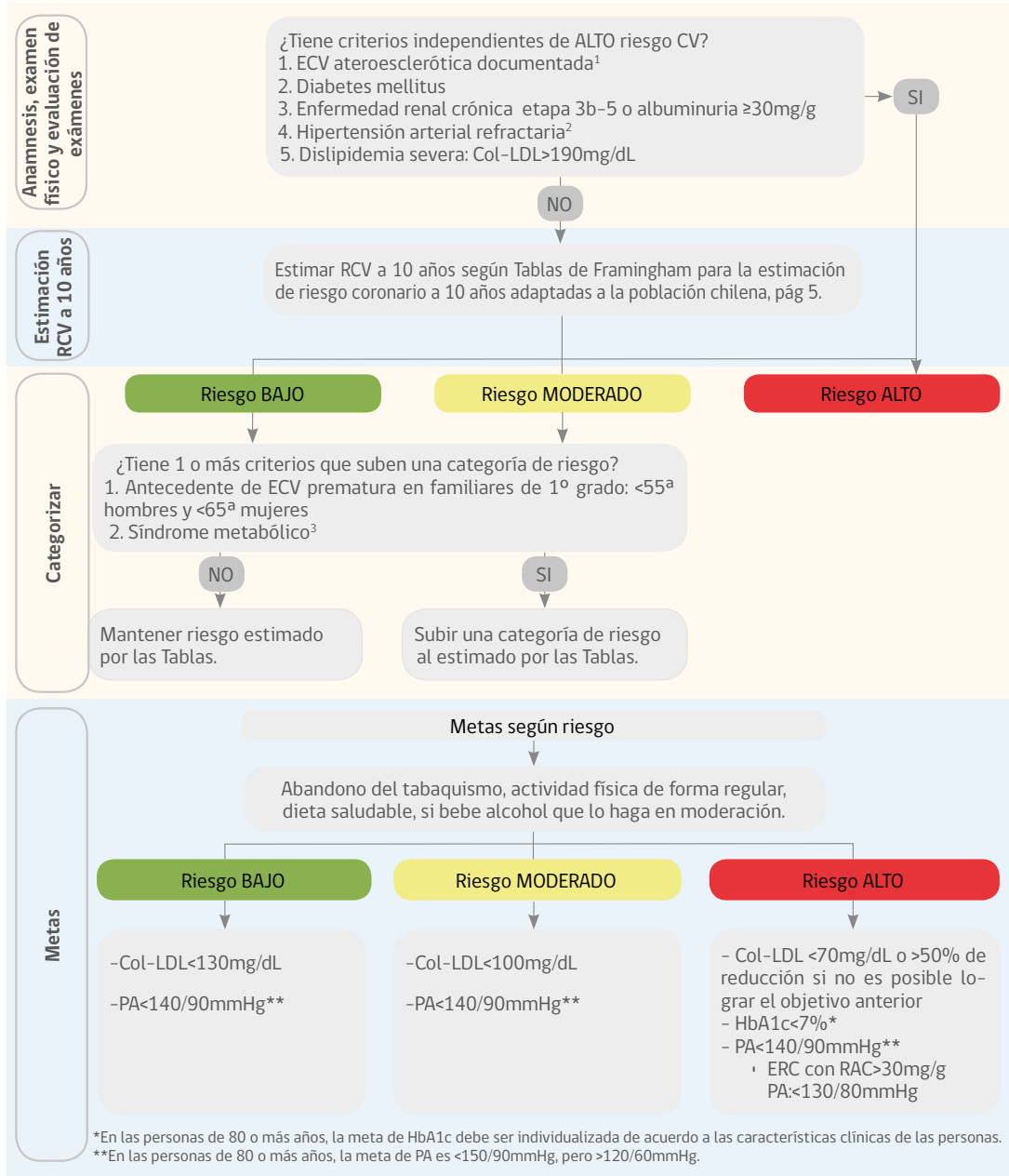
El rendimiento sugerido al controlar a un paciente en su salud cardiovascular y aplicar los instrumentos de pesquisa del examen de medicina preventiva es de 40-60 minutos.

ANEXO 9. Tablas de Framingham para la estimación del riesgo coronario a 10 años adaptadas a la población chilena



Enfoque de riesgo para la prevención de enfermedades cardiovasculares, consenso 2014

ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR



1 ECV aterosclerótica documentada: IAM, angina estable/inestable, antecedente de angioplastia y/o bypass aorto-coronario, ACV o AIT, enfermedad aórtica aterosclerótica, EAP.

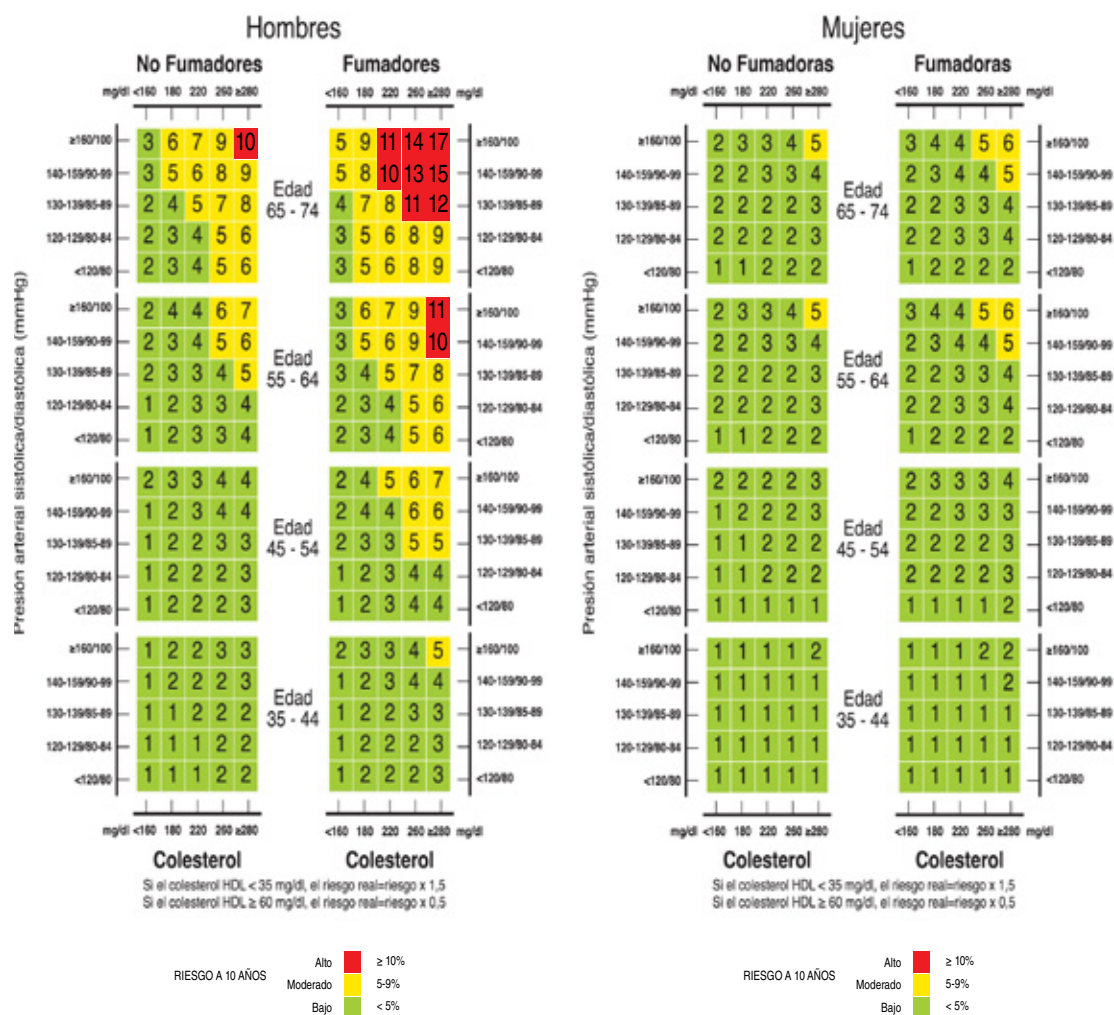
2 HTA refractaria: no se logra la meta de PA con el uso de ≥ 3 fármacos antihipertensivos en dosis máxima recomendada, de diferentes familias y acciones complementarias, uno de los cuales es un diurético, o el paciente logra la meta con ≥ 4 o más fármacos antihipertensivos.

3 Síndrome metabólico definido por la presencia de ≥ 3 criterios: CC $\geq 90\text{ cm}$ en hombres y $\geq 80\text{ cm}$ en mujeres, PA $\geq 130/85\text{mmHg}$ o en tratamiento con antihipertensivos, TG $\geq 150\text{mg/dL}$ o en tratamiento con hipolipemiantes, HDL $< 40\text{mg/dL}$ hombres o $< 50\text{mg/dL}$ en mujeres, glicemia de ayuna $\geq 100\text{mg/dL}$ o en tratamiento.



Enfoque de riesgo para la prevención de enfermedades cardiovasculares, consenso 2014

TABLAS DE FRAMINGHAM PARA LA ESTIMACIÓN DE RIESGO CORONARIO A 10 AÑOS ADAPTADAS A LA POBLACIÓN CHILENA



Alternativamente, se puede estimar el riesgo coronario a través del simulador automático en línea, disponible en la página web del Programa de Investigación de Factores de Riesgo de Enfermedades Cardiovasculares (<http://pifrecv.utralca.cl/htm/simulador/simulador.php>) o a través de la aplicación para teléfonos inteligentes del Programa de Salud Cardiovascular.

ANEXO 10. Encuesta de tamizaje de depresión, PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) validado para Chile [16]

Durante las dos últimas semanas ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	0	1	2	3
3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5. Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentir falta de amor propio o que sea un fracaso que decepcionará a sí mismo/a o a su familia	0	1	2	3
7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar televisión	0	1	2	3
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra persona se podría dar cuenta, o está tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/ao de que se haría daño de alguna manera	0	1	2	3
(For office coding: Total Score _____ = _____ + _____ + _____)				

	Nada en absoluto	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿Cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?				

PHQ-9 is adapted from PRIMEMDTODAY, developed by Drs. Robert I. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. For research information contact Dr. Spitzer at rls8@columbia.edu.

"Encuesta validada para Chile por Baader, T. et al. Instituto de Neurociencias Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, 2012."

ANEXO 11. Test de Morisky Green Levine-4

Test de Morisky-Green, consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuestas dicotómica sí/no. Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma medicamentos a otra hora de la indicada?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El paciente es considerado como adherente si responde de forma negativa a las 4 preguntas, es decir, No/No/No/No.

ANEXO 12: Gestión de la salud cardiovascular y diabetes en la Red

En este anexo se pretende Identificar las funciones y roles de los profesionales que efectúan la gestión de la Salud Cardiovascular y Diabetes mellitus en la red asistencial.

Recomendaciones transversales a todo el equipo de salud

- Comprender y respetar creencias, preferencias personales, valores, situaciones familiares y estilos de vida.
- Apoyar a los usuarios en la toma de decisiones de su salud y en la resolución de problemas relacionados con su auto manejo.
- Actualizar los datos personales del paciente en ficha clínica y carnet de control.
- Registrar en ficha clínica.
- Realizar evaluación familiar con los instrumentos del modelo de salud familiar, valorando factores protectores de riesgos individuales y personales, promoviendo el autocuidado etc.).
- Recibir de forma cálida a los pacientes que ingresan y se controlan en el PSCV.
- Informar a los pacientes sobre el funcionamiento del PSCV y el centro de salud.
- Capacitarse en medición de la presión arterial.
- Explicar procedimiento a realizar en forma amable y clara al usuario.

El Decreto con Fuerza de Ley N° 1 cuenta con varios reglamentos, los que se refieren a las funciones y organización del Ministerio de Salud, SEREMIs, Servicios de Salud y su relación con los programas de salud de las personas, como el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, Decreto N° 136/04, publicado en el Diario Oficial el 21/04/2005 y su modificación, Decreto 67/08 de 13 del 10 del 2008. Define la naturaleza y alcance del MINSAL, sus funciones, la organización y atribuciones. Asimismo, indica respectos a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, su naturaleza jurídica y objeto, sus funciones y organización.

Subsecretaría de Salud Pública

La Subsecretaría de Salud Pública (SSP), ejerce un rol rector como autoridad sanitaria nacional mediante funciones de vigilancia epidemiológica y protección de la salud de las personas en el entorno social, ambiental y laboral. A nivel regional, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS) y sus oficinas provinciales cumplen un rol de Autoridad Sanitaria Regional.

Secretarías Regionales Ministeriales

De acuerdo a las disposiciones establecidas en la Ley 19.937 sobre Autoridad Sanitaria, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI) tienen una serie de funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud.

Recomendación de Estándar Recurso Humano SEREMIs

Instrumento	Total Horas	Experiencia
Profesional del área de salud (de preferencia médico, enfermera, nutricionista).	El tiempo dispuesto para esta función debe ir acorde a territorialidad.	Formación y experiencia en la atención primaria en salud. Se sugiere formación en Salud Pública.

Funciones del encardado de Programa en la SEREMIs

- Elaborar, actualizar y difundir los diagnósticos de la situación de salud cardiovascular y Diabetes (Enfermedades No Trasmisible) a nivel regional y comunal.
- Elaborar mapas de riesgo según población vulnerable regional considerando el enfoque territorial, y mantener plan de acción para monitoreo de actividades.
- Controlar y fiscalizar en forma periódica y aleatoria a los establecimientos de salud de su jurisdicción (centros de salud de APS y hospitales), sobre el cumplimiento de la normativa vigente del Programa, en la red de salud pública y privada.
- Realizar reuniones con el intersector de manera de potenciar la red de promoción, prevención y detección precoz de las enfermedades cardiovasculares contribuyendo a mejorar los flujos de información y de resolución de problemas detectados
- Incorporar en los planes anuales de promoción estrategias que fomenten los hábitos de vida saludable.
- Realizar reuniones técnicas periódicas con encargados (as) del Programa en los servicios de salud para la ejecución de planes de acción que faciliten la resolución de temas de promoción, prevención y tratamiento para evitar la duplicidad de intervenciones
- Monitorear el cumplimiento de, Metas Sanitarias y Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década.
- Generar instancias de cooperación a nivel regional que fortalezca el enfoque promocional y preventivo, con instituciones regionales públicas y privadas, favoreciendo la inclusión y participación social de la comunidad (Chile Deportes, SERNATUR, etc.).

Subsecretaría de Redes Asistenciales

La Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA) es responsable de la Gestión de la Red de los servicios asistenciales y coordina 29 servicios de salud del país. Tiene a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del sistema para regular y velar por el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas para su coordinación y articulación.

Servicios de Salud

Según el marco regulatorio le corresponderá al Director del Servicio de Salud (Gestor de Red) la organización, planificación, coordinación, evaluación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, en el orden de la gestión, articulación y desarrollo de la Red Asistencial.

En el ámbito de la gestión de los programas de las personas corresponde programar y evaluar la ejecución de los planes, programas y las acciones que realiza la Red respecto de la atención de salud de las personas y la organización y gestión de los recursos para su cumplimiento; asimismo, coordinar con los referentes de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la adaptación a la realidad local de las normas asistenciales y protocolos de atención, teniendo presente la capacidad resolutoria de la Red y los recursos disponibles.

Encargado (a) de Programa a nivel del S.S

Acorde a la normativa y legislación vigente, se requiere contar con profesionales encargados (as) que realicen la coordinación técnica de la red asistencial en materia de salud cardiovascular y diabetes mellitus tanto en niveles de mayor o menor complejidad, apoyando la gestión logística y programática, estableciendo un vínculo con el equipo acorde a los modelos de salud familiar y modelo de gestión hospitalaria.

Recomendación de Estándar Recurso Humano SEREMIs

Instrumento	Total Horas	Experiencia
Profesional del área de salud (de preferencia médico, enfermera, nutricionista).	El tiempo dispuesto para esta función debe ir acorde a territorialidad.	Formación y experiencia en la atención primaria en salud. Se sugiere formación en Salud Pública.

Funciones

- Conocer la red asistencial, y la oferta programática de los centros de salud que forman parte de su red en materia de salud cardiovascular
- Mantener un sistema de información actualizado respecto de los establecimientos de salud y de los posibles vacíos de cobertura o accesibilidad.
- Difundir e informar a la red asistencial los lineamientos técnicos del Programa, considerando el enfoque territorial, sociocultural y local.
- Asesorar a la Dirección del Servicio en las materias propias del programa.
- Gestionar planes de acción y/o actividades que potencien la resolutoria de la red en materia de salud cardiovascular como, por ejemplo, consultorías con profesionales especialistas (nefrólogo, diabetólogo, etc)
- Utilizar instancias de difusión de normativas y gestión de programa a directores de establecimientos de la red asistencial (CIRA).
- Gestionar, dirigir y coordinar la formación y nivelación de competencias de profesionales de la red asistencial

- Evaluar y monitorear cumplimiento de las normas de referencia y contrarreferencia para el mejor seguimiento de la población beneficiaria.
- Optimizar el registro de prestaciones a nivel local y revisar técnicamente los registros estadísticos mensuales, previo a su envío al DEIS.
- Realizar reuniones de la red del Programa con referentes de la Dirección de Salud Comunal, centros de salud, servicio y/o Unidad del adulto, policlínicos de seguimiento (pie diabético), entre otros, para revisión de temas técnicos, gestión de casos críticos, formación y capacitación y consultorías en los niveles de atención.
- Realizar reuniones técnicas periódicas con encargados (as) del SEREMI para la ejecución de planes de acción que faciliten la resolución de temas de promoción, prevención y tratamiento para evitar la duplicidad de intervenciones
- Apoyar la labor de otros programas relacionados con la salud cardiovascular. como el Programa Nutrición, Vida Sana, etc.
- Conocer el diagnóstico epidemiológico regional con el fin de favorecer la oportuna toma de decisiones en el territorio del servicio de salud.
- Conocer las garantías de las patologías GES relacionadas al programa de salud cardiovascular y su flujo de intervención en la macrored.
- Realizar evaluación semestral y anual de los indicadores del programa.

Dirección de Salud Comunal (DSC)

La Dirección de salud comunal, efectúa sus acciones acorde al estatuto de atención primaria de salud.

Funciones

- Mantener una dotación de recurso humano de acuerdo al índice de relación profesional/habitante, perfil epidemiológico y vulnerabilidad de la población a atender.
- Proporcionar los recursos humanos y materiales necesarios para una atención integral de calidad
- Resguardar acceso y oportunidad de la atención de salud (demanda espontánea y programada) implementando estrategias de acuerdo a la realidad local.
- Sostener reuniones con los encargados del servicio de salud para conocer la situación epidemiológica de su comuna y planificar en conjunto acciones acorde a esta.
- Facilitar la comunicación del equipo de salud lo actores sociales importantes que permitan fortalecer la promoción, prevención y detección precoz de patologías cardiovascular
- Mantener comunicación expedita con el encargado de salud cardiovascular del Servicio de Salud para temas técnicos y de coordinación.
- Velar que los profesionales puedan acceder a capacitación y actualización de temas relacionados con salud cardiovascular y DM.

Centros de Salud de la Atención Primaria

La responsabilidad de la ejecución de las acciones del Programa, radican en el Director del establecimiento. El centro cuenta con jefes de sector, y a través de la ejecución del modelo de salud familiar despliega la cartera de prestaciones con enfoque de curso de vida.

Funciones Coordinador del PSCV en el CESFAM

- Velar por la correcta ejecución y coordinación del programa y normativas vigentes en todos los sectores con el fin de efectuar una atención oportuna y de calidad.

- Planificar anualmente las acciones del programa para dar cumplimiento a las metas comprometidas en APS.
- Redactar y mantener actualizado un manual interno del funcionamiento del PSCV adaptado a la realidad local.
- Difundir y garantizar el conocimiento de las Guías Clínicas y actualizaciones técnicas del MINSAL por parte del equipo de salud.
- Realizar evaluaciones de la inasistencia a control de seguimiento de patologías cardiovasculares en cada uno de los sectores, focalizando a los de mayor riesgo cardiovascular y generar estrategias de mejora.
- Elaborar un protocolo de rescate formal con funciones establecidas, número de rescates y tipo de rescates previos a la eliminación de los pacientes del bajo control.
- Participar en las reuniones de equipo de cada sector, para difundir, ejecutar, supervisar y coordinar diferentes procesos de atención
- Realizar evaluación local del programa, y difundir información en reuniones de sector y autoridades del CES y la comunidad.
- Actualizar periódicamente competencias técnicas y con participación activa, a través de capacitaciones en el área de enfermedades no transmisibles, propiciar la capacitación continua del equipo de salud.
- Liderar acciones para el apoyo entre pares.
- Establecer y mantener mecanismos de coordinación con referente técnico local y comunal.
- Liderar la planificación de actividades anuales necesarias para el aumento de la cobertura de EMPA.
- Contribuir a la planificación de actividades de promoción y prevención de salud.
- Implementar protocolo de seguimiento y educación pacientes diabéticos que inician insulino terapia o que requieren ajuste de dosis de insulina.
- Supervisar el registro y aplicación de pautas por parte del equipo de salud.
- Elaborar en conjunto con el equipo de salud protocolo para la gestión de agenda
- Formular, en conjunto con el equipo de salud, un plan de trabajo con objetivos a mediano y largo plazo.
- Evaluar el cumplimiento de las metas con periodicidad mensual, trimestral, semestral y anual.
- Supervisar el cumplimiento de la canasta de prestaciones GES de Hipertensión arterial y Diabetes.
- Supervisar el registro actualizado de la población bajo control (libro de ingreso y egresos) y exámenes sensibles (HbA1c, RAC, creatinina y LDL).
- Definir métodos para obtener información relevante para el registro estadístico mensual de la población bajo control del PSCV (REM P-04)
- Velar por la mantención periódica y reposición de insumos necesarios.
- Mantener informada a la jefatura y al encargado técnico del establecimiento respecto del cumplimiento de normas, garantías, registros y dificultades que se generen en los procesos.
- Mantener actualizado registro de pacientes bajo control que son derivados a nivel secundario, con el objetivo de establecer un sistema de referencia y contra referencia fluido que no interfiera con la continuidad del cuidado.
- Realizar acciones de coordinación con atención secundaria y terciaria. Rescate de pacientes post IAM, ACV, IC y amputación de pie DM.
- Realizar acciones de coordinación al interior del centro de salud (ej: Salud de la mujer y mental).

- Establecer calendario anual para la realización de limpiezas periódicas de los tarjeteros.
- Desarrollar un consentimiento informado que debe ser firmado por pacientes que no quieran asistir a los controles de salud cardiovascular, el que debe ser adjuntado a la ficha clínica antes de egresarlos/as.
- Supervisar las acciones de manejo avanzado de heridas en personas con pie diabético
- Cautelar que las personas con patologías cardiovasculares reciban un plan de cuidados efectivo con enfoque familiar y comunitario.
- Apoyar la elaboración del diagnóstico participativo del centro de salud, en los aspectos relacionados con la salud cardiovascular
- Participar en los Consejos Técnicos Administrativos del centro de salud.
- Supervisar y monitorear el sistema de referencia y contrarreferencia a nivel local, y trabajar en conjunto con el SS los nodos críticos detectados.
- Realizar acciones que apoyen la promoción y prevención de la salud familiar y comunitaria.

Coordinador/a del programa

- Programar, coordinar y supervisar el cumplimiento de las actividades realizadas por el equipo de salud del PSCV.
- Programación de actividades y evaluación de cumplimiento de programación.
- Redactar y mantener actualizado un manual interno del funcionamiento del PSCV adaptado a la realidad local.
- Difundir y garantizar el conocimiento de las Guías Clínicas y actualizaciones técnicas del MINSAL por parte del equipo de salud.
- Coordinar reuniones periódicas del equipo de salud.
- Detectar, proponer y propiciar la capacitación continua del equipo de salud.
- Liderar acciones para el apoyo entre pares.
- Establecer y mantener mecanismos de coordinación con referente técnico local y comunal.
- Liderar la planificación de actividades anuales necesarias para el aumento de la cobertura de EMPA.
- Contribuir a la planificación de actividades de promoción y prevención de salud.
- Implementar protocolo de seguimiento y educación pacientes diabéticos que inician insulino terapia o que requieren ajuste de dosis de insulina.
- Supervisar el registro y aplicación de pautas por parte del equipo de salud.
- Elaborar, en conjunto con el equipo de salud, protocolo para la gestión de agenda del equipo del PSCV.
- Formular, en conjunto con el equipo de salud, un plan de trabajo con objetivos a mediano y largo plazo.
- Evaluar el cumplimiento de las metas con periodicidad mensual, trimestral, semestral y anual.
- Supervisar el cumplimiento de la canasta de prestaciones GES de Hipertensión Arterial y Diabetes.
- Supervisar el registro actualizado de la población bajo control (libro de ingreso y egresos) y exámenes sensibles (HbA1c, RAC, creatinina y LDL).
- Definir métodos para obtener información relevante para el registro estadístico mensual de la población bajo control del PSCV (REM P-04)
- Velar por la mantención periódica y reposición de insumos necesarios.
- Mantener informada a la jefatura y al encargado técnico del establecimiento respecto del cumplimiento de normas, garantías, registros y dificultades que se generen en los procesos.
- Mantener actualizado registro de pacientes bajo control que son derivados a nivel secundario, con el objetivo de establecer un sistema de referencia y contra referencia fluido que no interfiera con la continuidad del cuidado.

- Realizar acciones de coordinación con atención secundaria y terciaria. Rescate de pacientes post IAM, ACV, IC y amputación de pie DM.
- Realizar acciones de coordinación al interior del centro de salud (ej: Salud de mujer y Salud mental).
- Establecer calendario anual para la realización de limpiezas periódicas de los tarjeteros.
- Elaborar un protocolo de rescate formal con funciones establecidas, número de rescates y tipo de rescates previos a la eliminación de los pacientes del bajo control.
- Desarrollar un consentimiento informado que debe ser firmado por pacientes que no quieran asistir a los controles de salud cardiovascular, el que debe ser adjuntado a la ficha clínica antes de egresarlos/as.
- Supervisar las acciones de manejo avanzado de heridas en personas con pie diabético.
- Cautelar que las personas con patologías cardiovasculares reciban un plan de cuidados efectivo con enfoque familiar y comunitario.

Ingreso médico

- Realizar anamnesis con énfasis en síntomas relacionados a las patologías en cuestión y daño de órganos blanco. Debe recopilar antecedentes mórbidos y quirúrgicos, así como fármacos y alergias. Se debe indagar sobre otros FRCV, como el tabaquismo y antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura. En mujeres preguntar sobre antecedentes de hipertensión en el embarazo y diabetes gestacional, el uso de terapia de reemplazo hormonal y anticonceptivos orales.
- Realizar un examen físico general, el cual debe incluir presión arterial (sentado y de pie en diabéticos y cuando se sospecha hipotensión ortostática), pulso y variables antropométricas (peso, talla, cálculo de IMC, circunferencia de cintura y cadera). El examen físico segmentario debe focalizarse en el sistema cardiovascular y en los pacientes diabéticos no debe pasarse por alto el examen de los pies.
- Revisar y registrar exámenes de laboratorio y electrocardiograma de ingreso.
- Establecer claramente los diagnósticos clínicos.
- Estratificar a los pacientes según el RCV.
- Diseñar un plan terapéutico y hacer la receta de fármacos según corresponda, de acuerdo a las guías ministeriales de diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias.
- Educar sobre el tratamiento no farmacológico, sus patologías y el RCV.
- Elaborar un plan de control individualizado en conjunto con el paciente y su familia.
- Solicitar exámenes de rutina y cuando se requiera evaluar alguna intervención terapéutica. En los pacientes diabéticos solicitar Fondo de Ojo anual.
- Pesquisar precozmente enfermedad renal crónica, tratar y derivar si procede.
- Derivar, precoz y oportunamente, a otros profesionales del establecimiento y de atención secundaria según corresponda.
- Realizar Constancia GES cuando corresponda.

Control médico

- Buscar elementos de descompensación y daño de órgano blanco. Consignar hospitalizaciones recientes y complicaciones derivadas de las patologías crónicas bajo control.
- Medir y registrar presión arterial y parámetros antropométricos.
- Realizar y registrar un examen físico dirigido al sistema cardiovascular.
- En diabéticos, examinar las extremidades inferiores en cada control, evaluando el riesgo de ulceración y amputación de pie diabético, ANEXO 22. Derivar oportunamente a enfermera o podología según corresponda.
- Buscar activamente el cumplimiento de las metas terapéuticas, evitando la inercia terapéutica.
- Evaluar la adherencia al tratamiento y reacciones adversas a los fármacos.
- Aplicar la pauta de detección y prevención de la progresión de la Enfermedad Renal Crónica (ERC).
- Educar al paciente respecto a las características del PSCV y el perfil asintomático de las patologías crónicas.
- Derivar oportunamente a nivel secundario según los criterios establecidos en las guías clínicas del MINSAL.
- Solicitar exámenes de rutina y cuando se requiera evaluar alguna intervención terapéutica.
- Definir en cuánto tiempo debe venir al próximo control, considerando grado de compensación y RCV.

Enfermera/o

- Realizar una anamnesis dirigida a pesquisar síntomas de descompensación y daño de órgano blanco, evaluar la adherencia al tratamiento y buscar reacciones adversas a los fármacos.
- Medir y registrar antropometría y toma de signos vitales.
- Realizar examen físico y diagnóstico de enfermería según corresponda.
- Categorizar a los pacientes según riesgo cardiovascular (RCV).
- Evaluación del pie diabético y estimar el riesgo de ulceración del pie en personas con diabetes de acuerdo a orientaciones MINSAL, ANEXO 22.
- Verificar la vigencia de actividades especiales como la evaluación de pie diabético, pauta de prevención de ERC, fondo de ojo, ECG y exámenes de laboratorio.
- Definir en cuánto tiempo debe venir al próximo control, considerando grado de compensación y RCV del paciente.
- Realizar educación a pacientes diabéticos insulorequirientes sobre técnica de administración de insulina, síntomas de hipoglicemia y hábitos alimenticios saludables ajustados a su patología.
- Realizar educación y consejería según necesidad del paciente y familia (alimentación, actividad física, adherencia al tratamiento y reforzar los horarios de su administración, ejercicios de memoria, prevención de caídas, cuidados de los pies, etc.)
- Realizar talleres grupales educativos para el automanejo en personas con alguna enfermedad crónica y sus familiares o cuidadores.
- Mantener actualizado registro de pacientes bajo control que son derivados a nivel secundario, con el objetivo de establecer un sistema de referencia y contra referencia fluido que no interfiera con la continuidad del cuidado.

Nutricionista

- Realizar evaluación nutricional de pacientes con patologías crónicas bajo control y factores de riesgo cardiovascular.
- Medir y registrar parámetros antropométricos y signos vitales.
- Realizar diagnóstico nutricional.
- Categorizar a los pacientes según riesgo cardiovascular (RCV).
- Buscar activamente elementos clínicos de descompensación de las patologías en control, solicitando apoyo médico inmediato o derivando oportunamente según corresponda.
- Evaluar exámenes de laboratorio como HbA1c y LDL, alertando y derivando precozmente según corresponda.
- Elaborar un plan de alimentación individualizado, comprendiendo y respetando las preferencias y posibilidades de cada paciente.
- Entregar recomendaciones de actividad física y hábitos saludables.
- Reforzar educación a pacientes diabéticos sobre alimentación, signos y síntomas de hipoglicemia y adherencia a tratamiento.
- Verificar y alertar sobre la vigencia de actividades especiales como la evaluación de pie diabético, pauta de prevención de ERC, fondo de ojo, ECG y exámenes de laboratorio.
- Definir en cuánto tiempo debe venir al próximo control, considerando grado de compensación y RCV del paciente.
- Realizar controles y talleres grupales.
- Realizar plan de cuidado efectivo con enfoque familiar y comunitario en personas con patologías cardiovasculares.

Técnico en enfermería de nivel superior

- Acciones delegadas de la función del profesional de enfermería.
- Preparar con anticipación la ficha clínica y tarjetón de control cardiovascular, adjuntando formularios, receta, exámenes de laboratorio y ECG según corresponda.
- En cada atención del PSCV medir peso, talla, presión arterial, circunferencia de cintura y cadera.
- Medir glicemia capilar a los pacientes diabéticos que vienen a control y aquellos que están en monitoreo para ajuste de la dosis de insulina.
- Registrar y realizar rescate de usuarios que no asisten a los controles, según protocolos de rescate vigente.
- Mantener actualizado libro de ingresos y egresos.
- Mantener tarjetero del Programa Cardiovascular ordenado y actualizado.
- Conocer y mantener disponible la papelería y los formularios necesarios para la atención del PSCV.
- Cuidar el instrumental y mantenerlo en óptimas condiciones.
- Realizar electrocardiograma.

Técnico en Podología Clínica²⁰

- Realizar examen físico de los pies.
- Promover estilos de vida saludables en las personas, para fomentar hábitos de higiene y el autocuidado de los pies.
- Prevenir problemas de salud o alteraciones básicas en la estructura y funcionamiento de los pies.
- Realizar examen físico exploratorio del pie que incluya la detección de complicaciones de los puntos de apoyo del pie y abordar su cuidado paliativo.
- Efectuar tratamiento podológico de las uñas.
- Efectuar tratamiento podológico de la piel.
- Realizar técnicas de enfermería en el pie, aplicando sólo antisépticos y tratamiento tópico.
- Considerar siempre el riesgo y el beneficio del procedimiento, especialmente, en los pacientes diabéticos.
- Educar al paciente y familiares sobre el cuidado e higiene de los pies.
- Educar al paciente diabético sobre la prevención de úlceras y cuidado de los pies.
- Registrar en ficha clínica las atenciones y procedimientos realizados.
- Elaborar planillas estadísticas y colaborar en funciones administrativas determinadas por el encargado del PSCV.

Administrativo

- Citar paciente al próximo control debiendo quedar registrado con fecha y hora tanto en carnet del usuario como en Tarjeta de Control.
- Cambiar fecha de control a pacientes inasistentes. Puede completar agendas incompletas o hacer reemplazo de horas de otros pacientes inasistentes.
- Imprimir listado de pacientes agendados el día anterior al control (estadística diaria).
- Gestión de agendas: generar el agendamiento oportuno de las diferentes prestaciones del equipo de salud según flujos establecidos.
- Administrar las horas de exámenes de laboratorio previos al control próximo.
- Gestionar los reingresos de aquellos pacientes inasistentes a control del PSCV, con la solicitud previa de los exámenes de laboratorios.
- Agendar las horas de intervenciones educativas.
- Citar o realizar rescate de pacientes inasistentes a control, según protocolo vigente.
- Registrar a los usuarios que por falta de horas de profesionales no alcancen a tener su hora de control, indicando: nombre, teléfono y número de ficha, para posterior llamada ante nuevos cupos disponibles.
- Confirmación de horas, uso del gestor de citas.

²⁰ La funciones de Técnico en Podología Clínica se limitan al REGLAMENTO DEL EJERCICIO DEL PODÓLOGO Y LA PRÁCTICA DE LA PODOLOGÍA, MINSAL.

ANEXO 13. Hipertrigliceridemia y riesgo cardiovascular

A pesar de que extensos estudios epidemiológicos han asociado la hipertrigliceridemia y el HDL bajo con un mayor RCV[55], no se ha establecido una relación etiológica directa con la aterosclerosis [56, 57]. Tampoco existen estudios clínicos prospectivos de intervención farmacológica que demuestren, de forma categórica, que la normalización de los niveles de TG y HDL disminuyan el RCV [56, 58]. Por este motivo, el Programa de Vida Sana y la evaluación nutricional surgen como estrategias adecuadas para el seguimiento de las personas con este tipo de dislipidemias.

Es importante señalar que el manejo de la hipertrigliceridemia leve-moderada (150–499 mg/dL), no es farmacológico. Mientras que, si los niveles de TG son > 500 mg/dL, se debe **evaluar** el uso de fármacos hipolipemiantes para prevención de Pancreatitis Aguda, como fibratos y/o aceite de pescado[59]. Hay que tener en consideración que, incluso con TG > 1000 mg/dL, el riesgo de un primer episodio de Pancreatitis Aguda sigue siendo muy bajo [60].

ANEXO 14. El Químico Farmacéutico en el PSCV

La evidencia actual es clara en cuanto al beneficio que tiene integrar al QF al equipo de salud, particularmente en patologías de riesgo cardiovascular, su participación en el tratamiento de estas patologías se asocia a mayores niveles de compensación en el tiempo [61].

A partir del año 2014, la dotación de QF en los CESFAM a nivel nacional ha aumentado considerablemente, gracias a recursos provenientes del Fondo de Farmacia (FOFAR), lo que se traduce en una oportunidad de incorporarlo al equipo de salud de los centros de atención primaria.

El profesional QF puede realizar funciones relativas a la atención farmacéutica (AF). Se define como un sistema centrado en el paciente, estableciendo como objetivo general el “buscar, prevenir y resolver problemas relacionados con los medicamentos, para tratar de alcanzar los resultados de salud esperados, y mantener o mejorar la calidad de vida del paciente” [62].

La AF incluye las siguientes actividades profesionales:

1. Seguimiento farmacoterapéutico

Corresponde a la práctica clínica que pretende evaluar y monitorizar la terapia farmacológica del usuario de manera continua. Considera establecer un vínculo entre el usuario y el QF, entregándole herramientas educativas y buscando mejorar los resultados clínicos de la farmacoterapia, tomando siempre las decisiones en conjunto con éste.

Requiere acciones adicionales a la práctica habitual del QF en APS, como son monitorizar valores clínicos, exámenes de laboratorio y otras herramientas de medición dependiendo del caso; educación en salud, entrevista clínica y trabajo interdisciplinario, con médicos, enfermeros y cualquier otro profesional tratante.

Considera la revisión exhaustiva de la terapia farmacológica, trabajando de manera directa y en conjunto con el equipo clínico para aportar información relativa al seguimiento de cada paciente, así como proponer y recomendar cambios en los esquemas terapéuticos que pudieran ser requeridos.

Esta actividad está orientada hacia aquellos usuarios con mayor grado de descompensación, o con alto riesgo asociado a su terapia farmacológica: Polifarmacia, multimorbilidad, entre otros.

Es necesario que exista preparación en estas áreas específicas como son: herramientas de comunicación para establecer una adecuada entrevista clínica, métodos estandarizados para realizar educación en salud, formación clínica orientada a la APS y modelo de salud familiar, con énfasis en las enfermedades de riesgo cardiovascular y poblaciones especiales (adulto mayor, embarazadas y paciente pediátrico).

2. Gestión clínica desde la farmacia

El profesional químico farmacéutico podrá detectar problemas asociados al control terapéutico de usuarios con patologías propias de APS, al momento del despacho de medicamentos, ya sea por consulta del usuario o por pesquisa activa.

Esta atención se podrá realizar a través de consejería farmacéutica o por gestión con los profesionales del equipo tratante, ya sea por derivación oportuna, presentación de casos clínicos u otra actividad que se estime conveniente. La participación del QF en reuniones clínicas permitirá la discusión sobre el arsenal farmacoterapéutico, uso racional de medicamentos y errores de medicación.

3. Asesoría y capacitación al equipo prescriptor

Considerando el amplio conocimiento del químico farmacéutico sobre el uso de medicamentos, en cuanto a indicaciones, toxicidad, interacciones, posología y reacciones adversas asociadas, es el profesional idóneo para realizar capacitaciones y actualizaciones al equipo de salud, con énfasis en los profesionales prescriptores.

Para esto, se requiere contar con conocimiento clínico orientado a APS, de constante actualización.

En consideración de lo anterior, los QF deben involucrarse en el manejo de los pacientes con enfermedades crónicas, especialmente aquellos de alto riesgo cardiovascular, adultos mayores con polifarmacia y pacientes con antecedente de baja adherencia a las terapias farmacológicas. Se sugiere que estos profesionales se capaciten orientando su conocimiento clínico en APS y dispongan de horas de consulta para desempeñar sus funciones así como participar en las reuniones de equipo.

ANEXO 15. Criterios referencia

Criterios de referencia Diabetes	Especialidad	Información relevante para derivación
- Sospecha de DM 1 - Sospecha causa secundaria DM, por ejemplo: - Enf. Genéticas - Enf. Del páncreas exocrino - Endocrinopatías - Paciente descompensado a pesar de 3-6 meses con Insulina NPH y MTF * - Diálisis - Embarazada diabética	Diabetología Medicina Interna Endocrinología Ginecobstetricia	- Motivo derivación - Antec. Mórbidos y otros FRCV - Síntomas y signos relevantes - Tratamiento - Daño de órgano blanco - Exámenes relevantes; - HbA1 - VFGe, RAC - Fondo de ojo - ECG - Perfil lipídico

* Luego de ajustar dosis de insulina a través de un perfil de glicemia.

Criterios de referencia complicaciones Diabetes		Especialidad	Información relevante para derivación
Nefropatía diabética	Ver criterios de referencia ERC		Motivo derivación Antecedentes mórbidos y otros FRCV Síntomas y signos relevantes Tratamiento Daño de órgano blanco Exámenes relevantes (HbA1c, VFG, RAC, Fondo de ojo, perfil lipídico, ECG)
Retinopatía diabética	Sospecha de retinopatía diabética con fondo de ojo alterado	Oftalmólogo	
Pie diabético	Pie diabético ulcerado con infección severa o progresiva	Cirugía Traumatología	
	Artropatía de Charcot (Emergencia médica)	Cirugía vascular Diabetología Medicina Interna	
	Dolor en reposo o nocturno	Fisiatría	
Macroangioptía	Sospecha o evidencia de enfermedad coronaria	Servicio de urgencia	
	Enfermedad cerebro vascular (ACV/AIT)	Cardiología Cirugía vascular	
	Enfermedad arterial (Aorta, art renales, carótidas y art periféricas)	Neurología Medicina Interna	

Criterio de referencia en HTA		Especialidad	Información relevante para derivación
HTA refractaria	- PA 140/90 mmHg usando 3 o más fármacos antihipertensivos con mecanismos diferentes, incluido un diurético, en dosis máxima tolerable. - No es HTA de bata blanca ni falta de adherencia.	- Medicina Interna - Nefrología - Cardiología - Endocrinología	Motivo de la derivación Antecedentes mórbidos Síntomas y signos relevantes Tratamiento (especificar dosis) Mediciones seriadas de PA, MAPA si se tiene Exámenes (Creatinina, ELP, RAC, ECG, perfil lipídico)
Sospecha de HTA secundaria	- Crisis hipertensivas recurrentes - Comienzo de la HTA en < 30 años, sin obesidad - Daño órgano blanco precoz - HTA de inicio brusco o cambio de la severidad - Soplo abdominal - Hipokalemia - Deterioro función renal - Endocrinopatías		
Dificultades con el tratamiento	Intolerancia fármacos y contraindicaciones múltiples		
HTA durante el embarazo	- Paciente hipertensa que se embaraza - Hipertensión que aparece durante el embarazo	Ginecobstetricia	- Edad gestacional - Tratamiento previo al embarazo - DOB - Proteinuria

Criterios de referencia en Dislipidemia	Especialidad	Información relevante para la derivación
- Sospecha DLP familiar - LDL 100 mg/dL en paciente con RCV alto, a pesar de estar con estatina en dosis máxima - TG > 1000 mg/dL - Intolerancia fármacos hipolipemiantes - Necesidad de asociar estatinas con fibratos	- Medicina Interna - Endocrinología	- Motivo derivación - Diagnóstico o sospecha clínica - Perfil lipídico actualizado - Glicemia, creatinina y TSH (si está disponible)

Criterios de referencia en Enfermedad Renal Crónica*			Especialidad	Información relevante para la derivación
Pacientes diabéticos	VFG > 60 ml/min	RAC 30-300 mg/g persistente **	Medicina Interna	• Tiempo deterioro VFG • Últimas dos creatininas y VFG estimada por MDRD • Últimas dos RAC, y examen de orina • Imagen renal o de las vías urinarias, cuando se dispone • Presión arterial y su control • Última HbA1c y LDL
		RAC > 300 mg/g		
		Alteración imágenes renales y vías urinarias		
	VFG 30 - 60 ml/min	RAC > 30 mg/g		
	VFG < 30 ml/min			
Pacientes no diabéticos	VFG > 60 ml/min	Proteinuria	Nefrología	
		Hematuria		
		Alteraciones imágenes renales y vías urinarias		
	VFG < 60 ml/min			

Los pacientes mayores de 65 años con VFGe entre 60 a 45ml/min/1.73m² sin otras alteraciones clínicas (orina completa, hipertensión de difícil manejo, deterioro normal de la VFGe, etc) progresan muy lento a ERCT, porque posiblemente este deterioro correspondía a envejecimiento normal de la función renal, por este motivo es seguro mantener a este grupo en control y seguimiento en atención primaria.

El resto de los pacientes (menores de 65 años) que cumplan criterios de ERC deben ser derivados a nefrólogo para evaluación y planificación del manejo, la velocidad de derivación dependerá del contexto clínico. Más información en la Guía Clínica GES "Prevención Enfermedad Renal Crónica", Ministerio de Salud, 2016.

* Definida como una VFG < 60 ml/min por **más de 3 meses** o daño renal independiente de la VFG (albuminuria, microhematuria, anomalías estructurales en imágenes o alguna enfermedad renal demostrada por biopsia)

** No se logra reducir RAC en un 30–50% en un plazo máximo de 6 meses a pesar del uso de IECA o ARA II y de intensificar el control de la presión arterial, glicemia y colesterol.

Criterios para derivación a emergencia en Enfermedad Renal Crónica

VFG < 15mL/min/1,73m² asociado a uno o más de los siguientes:

1. Signos de pre-edema o edema pulmonar
2. Potasio mayor o igual a 6,0 mEq/L
3. Nitrógeno ureico >100 mg/dL
4. Acidosis metabólica grave con volumen extracelular (VEC) expandido
5. Natremia menor 120 mEq/L con VEC expandido

ANEXO 16. Fondo de farmacia, FOFAR, listado de fármacos²¹

NOMBRE PROBLEMA DE SALUD GES	MEDICAMENTO (NOMBRE GENÉRICO)	FORMA FARMACEUTICA (FF)	POTENCIA
DIABETES MELLITUS TIPO 2, HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS, DISLIPIDEMIA	ACIDO ACETILSALICILICO	COMPRIMIDO	100 MG
	AMLODIPINO	COMPRIMIDO	5 MG
	AMLODIPINO	COMPRIMIDO	10 MG
	ATENOLOL	COMPRIMIDO	50 MG
	ATENOLOL	COMPRIMIDO	100 MG
	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	10 MG
	CAPTOPRIL	COMPRIMIDO	25 MG
	CARVEDILOL	COMPRIMIDO	25 MG
	ENALAPRIL (MALEATO)	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RANURADO	5 MG
	ENALAPRIL (MALEATO)	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RANURADO	10 MG
	ENALAPRIL (MALEATO)	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RANURADO	20 MG
	ESPIRONOLACTONA	COMPRIMIDO O GRAGEA	25 MG
	FUROSEMIDA	COMPRIMIDO	40 MG
	GLIBENCLAMIDA	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RANURADO	5 MG
	HIDROCLOROTIAZIDA	COMPRIMIDO	50 MG
	INSULINA CRISTALINA	SOLUCION INYECTABLE	100 UI/ML
	INSULINA NPH	SOLUCION INYECTABLE	100 UI/ML
	LOSARTAN (POTASICO)	COMPRIMIDO	50 MG
	LOVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	METFORMINA (CLORHIDRATO)	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RECUBIERTO	850 MG
	NIFEDIPINO	COMPRIMIDO LIBERACION RETARDADA	20 MG
	NITRENDIPINO	COMPRIMIDO	20 MG
	PRAVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	PROPRANOLOL	COMPRIMIDO	40 MG
	TOLBUTAMIDA	COMPRIMIDO	500 MG

²¹ Ord. C 51, N° 3901, 20/12/2016

ANEXO 17. Interacciones farmacológicas PSCV (versión para impresión blanco negro), Elaborado por Francisco Martínez M., QF, reproducción autorizada [17]

	Acido Acetilsalicílico	Amlodipino	Atenolol	Atorvastatina	Captopril	Carvedilol	Enalapril	Espironolactona	Furosemida	Gemfibrozilo	Glibenclámda	Hidralazina	Hidroclorotiazida	Insulina	Isosorbide	Losartan	Metformina	Metildopa	Nifedipino R	Propranolol
Acido Acetilsalicílico																				
Amlodipino																				
Atenolol																				
Atorvastatina																				
Captopril																				
Carvedilol																				
Enalapril																				
Espironolactona																				
Furosemida																				
Gemfibrozilo																				
Glibenclámda																				
Hidralazina																				
Hidroclorotiazida																				
Insulina																				
Isosorbide																				
Losartan																				
Metformina																				
Metildopa																				
Nifedipino R																				
Propranolol																				

Fuentes: Micromedex, Lexicomp (vía UPTODATE), Medscape.

- Beneficios superan riesgos, uso con mayor seguridad.
- Beneficios superan riesgos, monitorear por posibles complicaciones leves.
- Riesgos y beneficios equilibrados, buscar alternativas o monitorear constantemente por riesgos moderados.
- Riesgos iguales o superiores a beneficios, sólo utilizar en casos realmente necesarios y por poco tiempo.
- Riesgos superan beneficios, no utilizar.

Elaborado por Francisco Martínez M., QF, reproducción autorizada [17]

[illegible]

ANEXO 19. AUDIT

IB		INSTRUMENTO AUDIT-C para reducir el consumo de alcohol de riesgo		Ministerio de Salud Sistema de Cuidado			
AUDIT TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL							
Lee las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, pisco, ron, vodka, etc., y explique el concepto de TRAGO («bebidas estándar»). Recuerde, 1 TRAGO es aproximadamente una lata de cerveza, una copa de vino o un corto de licor (o un combinado suave). Marque la cifra de la respuesta adecuada y luego sume en los casilleros asignados.							
1	¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	0 Nunca	1 1 o menos veces al mes	2 De 2 a 4 veces al mes	3 De 2 a 3 veces a la semana	4 4 o más veces a la semana	
2	¿Cuántos TRAGOS de alcohol suele tomar en un día de consumo normal?	0 1 ó 2	1 3 ó 4	2 5 ó 6	3 7, 8 ó 9	4 10 ó más	
3	¿Con qué frecuencia toma 5 o más TRAGOS en un solo día?	0 Nunca	1 Menos de una vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 A diario o casi a diario	
Hombres 0 a 4 puntos Mujeres 0 a 3 puntos		Consumo de bajo riesgo	IM	Termine acá la evaluación y realice una Intervención Mínima		PUNTAJE AUDIT-C	Suma del puntaje de las preguntas 1 a 3
Hombres 5 puntos o más Mujeres 4 puntos o más		Consumo de riesgo	AUDIT	Continúe con las preguntas 4 a 10			
4	En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	0 Nunca	1 Menos de una vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 A diario o casi a diario	
5	En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	0 Nunca	1 Menos de una vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 A diario o casi a diario	
6	En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	0 Nunca	1 Menos de una vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 A diario o casi a diario	
7	En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0 Nunca	1 Menos de una vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 A diario o casi a diario	
8	En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0 Nunca	1 Menos de una vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 A diario o casi a diario	
9	¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	0 No		2 Sí, pero no el curso del último año		4 Sí, el último año	
10	¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	0 No		2 Sí, pero no el curso del último año		4 Sí, el último año	
0 a 7 puntos		Consumo de bajo riesgo	IM	Realice una Intervención Mínima		PUNTAJE AUDIT	Suma del puntaje de las preguntas 1 a 10
8 a 15 puntos		Consumo de riesgo	IB	Realice una Intervención Breve			
16 puntos o más		Posible consumo problema o dependencia	DA IB	Realice una Derivación Asistida para una evaluación completa y una Intervención Breve igualmente			

ANEXO 20. ASSIST V3.0 CHILE

OMS - ASSIST V3.0 - CHILE



ENTREVISTADOR CONTEXTO O LUGAR

NOMBRE PARTICIPANTE FECHA / /

dd / mm / aa

Pregunta 1 MOSTRAR TARJETA DE DROGAS N°1

Alguna vez en su vida, ¿Ha consumido alguna de las siguientes sustancias? (SIN RECETA O INDICACIÓN MÉDICA)	No	Si
a. Tabaco	0	3
b. Bebidas alcohólicas	0	3
c. Marihuana	0	3
d. Cocaína	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	3
f. Inhalantes	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	3
h. Alucinógenos	0	3
i. Opiáceos	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

1.2 Compruebe si todas las respuestas son negativas:
"¿Tampoco cuando iba al colegio?"

SI ☐

NO ☐

Vuelva a leer la Pregunta 1

-Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.
-Si contestó "Si" a alguno de los ítems de la P1, siga a la P2 para cada sustancia que haya consumido alguna vez.

Pregunta 2 MUESTRE TARJETA DE RESPUESTA N°2

En los últimos 3 meses ¿Con qué frecuencia ha consumido: (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi a diario
a. Tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
c. Marihuana	0	2	3	4	6
d. Cocaína	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	2	3	4	6
f. Inhalantes	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos	0	2	3	4	6
i. Opiáceos	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6, de lo contrario continúe con la entrevista.

Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido fuertes deseos o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi a diario
a. Tabaco	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas	0	3	4	5	6
c. Marihuana	0	3	4	5	6
d. Cocaína	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	3	4	5	6
f. Inhalantes	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos	0	3	4	5	6
i. Opiáceos	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6

Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas de salud, sociales, legales o económicos debido al consumo de: (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi a diario
a. Tabaco	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7
c. Marihuana	0	4	5	6	7
d. Cocaína	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	4	5	6	7
f. Inhalantes	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos	0	4	5	6	7
i. Opiáceos	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

Tarjeta de respuesta - sustancias

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)
c. Marihuana (cannabis, pilos, hierba, hashish, etc.)
d. Cocaína (coca, pasta base, falopa, crack, etc.)
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, cristal, etc.)
f. Inhalantes (neopren, gasolina/bencina, pegamentos, solventes, popper, aerosoles, etc.)
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Ravotril/Clonazepam, Alprazolam, Amparax/Lorazepam, Zopiclona, Dormonid/Midazolam, chicota/funitrazepam, etc.)
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, peyote, ketamina, PCP, etc.)
i. Opiáceos (codeína/jarabes, Tramal/Tramadol, morfina, metadona, heroína, petidina, etc.)
j. Otros - especifique: (por ejemplo relajantes/sedantes, modafinilo/Mentix, esteroides, anabólicos, etc.)

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para cumplir con sus obligaciones habituales a causa del consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?

	Nunca	1 o 2 veces	Menualmente	Semanalmente	Diariamente o casi a diario
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas	0	5	6	7	8
c. Marihuana	0	5	6	7	8
d. Cocaína	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	5	6	7	8
f. Inhalantes	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos	0	5	6	7	8
i. Opiáceos	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8

Pregunta 7

¿Alguna vez ha intentado controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?

	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Marihuana	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	6	3
f. Inhalantes	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 1)**Pregunta 6 MOSTRAR TARJETA DE RESPUESTA N°3**

¿Alguna vez amigos, familiares o alguien más le han mostrado preocupación por su consumo de: (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Marihuana	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	6	3
f. Inhalantes	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
	0	2	1

NOTA IMPORTANTE:

A los pacientes que se han inyectado alguna vez se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, para determinar los niveles de riesgo.

Patrón de inyección

Si, pero no en los últimos 3 meses
Si, en los últimos 3 meses

Guías de intervención

Intervención Breve, incluyendo la tarjeta "riesgos asociados con inyectarse"
Requiere mayor evaluación y Tratamiento más intensivo *

CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA

Para cada sustancia (etiquetadas de la a. la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como: $P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c$

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: $P2a + P3a + P4a + P6a + P7a$

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para sustancia específica	Intervención Mínima	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. tabaco		0 – 3	4 – 20	21+
b. alcohol		0 – 10	11 – 20	21+
c. marihuana		0 – 3	4 – 20	21+
d. cocaína		0 – 3	4 – 20	21+
e. anfetaminas		0 – 3	4 – 20	21+
f. inhalantes		0 – 3	4 – 20	21+
g. sedantes		0 – 3	4 – 20	21+
h. alucinógenos		0 – 3	4 – 20	21+
i. opiáceos		0 – 3	4 – 20	21+
j. otras drogas		0 – 3	4 – 20	21+

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puede ser proporcionado por profesionales sanitarios capacitados en adicciones dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.

ANEXO 21. CRAFFT, SCREENING DE CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL EN ADOLESCENTES

Más información sobre esta herramienta disponible en Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el Consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes, MINSAL, 2015.

Instrumento de Detección: CRAFFT

CRAFFT (car, relax, alone, forget, friends, trouble)

Preguntas para el screening de consumo de drogas y alcohol en adolescentes

Voy a hacerte algunas preguntas acerca de drogas y alcohol. Puedes responder de la manera más sincera posible, porque lo que digas será confidencial, es decir, no será dicho a nadie y no será usado con otro fin que el de tener mejor información acerca de tu salud y bienestar.

PARTE A: Durante los últimos 12 meses

1. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas (más de unos pocos sorbos)? (Sin tomar en cuenta sorbos de bebidas alcohólicas consumidas durante reuniones familiares o religiosas)	NO	SI
2. ¿Ha fumado marihuana o probado hachís?	NO	SI
3. ¿Ha usado algún otro tipo de sustancias que alteren su estado de ánimo o de conciencia?	NO	SI

NO (a todas las preguntas anteriores)
Pasar a la pregunta B1 solamente

SI (a cualquier pregunta anterior)
Pasar a las 6 preguntas CRAFFT

PARTE B: Preguntas CRAFFT

1. ¿Alguna vez has andado en un AUTO manejado por alguien (incluyéndote a ti mismo) que estuviera "volado" o que estuviera consumiendo alcohol o drogas?	NO	SI
2. ¿Has usado alguna vez alcohol o drogas para RELAJARTE, sentirte mejor contigo mismo o para ser parte de un grupo?	NO	SI
3. ¿Has consumido alguna vez alcohol o drogas estando SOLO?	NO	SI
4. ¿Has OLVIDADO alguna vez cosas que hiciste mientras estabas bajo la influencia del alcohol o drogas?	NO	SI
5. ¿Te ha dicho tu familia o AMIGOS que debes disminuir el consumo de alcohol o drogas?	NO	SI
6. ¿Te has metido alguna vez en PROBLEMAS mientras estabas bajo la influencia del alcohol o las drogas?	NO	SI

PUNTAJE CRAFFT (Suma puntaje de preguntas B1-B6 - 1 punto por cada SI)

ANEXO 22. Estimación del riesgo de ulceración del pie en personas con diabetes

Estimación del riesgo de ulceración del pie en personas con diabetes

PASOS					
1º	2º	3º	4º	5º	6º
¿Historia de úlcera o amputación?	EAP ^a	Sensibilidad protectora ^b	DEF ^c	Grupos de riesgo	Recomendaciones
☐ No	☐ No	☐ Normal	☐ No ☐ Sí	0 BAJO	Próxima evaluación: 1 año Educación para el autocuidado Calzado apropiado
		☐ Alterada	☐ No	1 MODERADO	Próxima evaluación: 6 meses Educación para el autocuidado Calzado apropiado
	☐ Sí		☐ Sí	2 ALTO	Próxima evaluación: 3-6 meses Intensificar la educación para el autocuidado Calzado especial si requiere Considerar referir a especialista para manejo conjunto
		☐ Normal ☐ Alterada	☐ No ☐ Sí		
☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ Normal ☐ Alterada	☐ No ☐ Sí	3 MÁXIMO	Próxima evaluación: 1- 3 meses Intensificar la educación para el autocuidado Calzado especial si requiere Referir a especialista para manejo conjunto

^a**Enfermedad Arterial Periférica (EAP):** Se considerará EAP la ausencia de al menos uno de los cuatro pulsos posibles (2 pedios + 2 tibiales posteriores).

^b**Sensibilidad Protectora (SP):** El tamizaje se realiza evaluando la sensibilidad a la presión superficial utilizando un monofilamento de 10 gr en la planta del pie. No aplicar sobre hiperqueratosis.
SP normal: Identificación de la totalidad de los 8 puntos evaluados (4 puntos por pie). **SP alterada:** Si en al menos uno de los 8 puntos (4 puntos por pie) hay pérdida de la sensibilidad.

^c**Deformidad (DEF):** Presencia de dedos en garra, dedos en martillo, prominencia de cabezas metatarsales, hallux valgus, artropatía de Charcot.

☐ Los cuadros con línea punteada identifican variables que no modifican el grupo de riesgo, sin embargo, el estado de dicha variable influye en la recomendación.

Elaboración propia basada en la clasificación de riesgo del Grupo de Trabajo Internacional en Pie Diabético (Consenso Internacional en Pie Diabético, IWGDF 2000/2008)

ANEXO 23. Guía Alimentación Sana



1. Para tener un peso saludable, come sano y realiza actividad física diariamente.
2. Pasa menos tiempo frente al computador o la tele y camina a paso rápido, mínimo 30 minutos al día.
3. Come alimentos con poca sal y saca el salero de la mesa.
4. Si quieres tener un peso saludable, evita el azúcar, dulces, bebidas y jugos azucarados.
5. Cuida tu corazón evitando las frituras y alimentos con grasas como cecinas y mayonesa.
6. Come 5 veces verduras y frutas frescas de distintos colores, cada día.
7. Para fortalecer tus huesos, consume 3 veces al día lácteos bajos en grasa y azúcar.
8. Para mantener sano tu corazón, come pescado al horno o a la plancha, 2 veces por semana.
9. Consume legumbres al menos dos veces por semana, sin mezclarlas con cecinas.
10. Para mantenerte hidratado, toma 6 a 8 vasos de agua al día.
11. Lee y compara las etiquetas de los alimentos y prefiere los que tengan menos grasas, azúcar y sal (sodio).

ANEXO 24



ORIENTACIÓN PRÁCTICA PARA LA CONSEJERÍA BREVE ANTI TABÁQUICA

Esta intervención debe realizarse a todos los usuarios que consultan en los centros de salud de atención primaria y su duración máxima es de 5 minutos. La intervención debe quedar registrada en la ficha de atención. Esta orientación práctica no reemplaza las guías clínicas y es un apoyo a la consejería breve para cesación tabáquica.

AVERIGUAR: ¿HA FUMADO USTED EL ÚLTIMO AÑO?

NO, NUNCA O LO DEJÓ HACE MÁS DE 1 AÑO:

FELICITARLO

En los ex-fumadores reforzar la confianza y abstinencia.

SI, HACE 1 AÑO QUE NO

FUMA:

FELICITARLO

Pregunte si necesita ayuda para permanecer sin fumar.

SI, FUMA HABITUALMENTE:

Preguntar ¿Desde cuándo fuma? ¿Cuánto fuma? ¿Cuánto tarda desde que se levanta y fuma su primer cigarro? ¿Conoce los riesgos de fumar? ¿Se da cuenta del daño que se produce? ¿Quiere dejar de fumar?

BREVE CONSEJO: SEGÚN NIVEL DE MOTIVACIÓN

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

PLANEA DEJARLO DENTRO DEL MES:

ESTIMULAR:

- Reforzando la confianza en sí mismo, transmitir que si es posible dejar de fumar.
- Resaltando la importancia de esta decisión para su salud.
- Alentando a disminuir la cantidad de cigarrillos fumados proponiendo diversas estrategias (ver reverso), hasta llegar a la cesación.
- Informando acerca de la posible aparición de síntomas de abstinencia, ofreciendo recomendaciones para su manejo.
- Negociando con el paciente el plazo para iniciar la abstinencia.

PLANEA DEJARLO DENTRO DE 6 MESES:

CONSEJOS AL FUMADOR:

- Dejar de fumar es lo mejor que puede hacer para mejorar su salud.
 - Puedo entender que sea difícil, pero si usted lo desea, puedo ayudarlo.
 - Necesito que Ud. sepa y entienda que dejar de fumar es lo más importante que puede hacer para proteger su salud y la de su familia, ahora y en el futuro.
 - Dejar de fumar cuando Ud. está enfermo no es suficiente.
- Para aconsejar Ud. debe:**
- Personalizar el consejo que brinda: explique como el tabaquismo está relacionado a sus problemas de salud actuales y como el dejar de fumar podría ayudarlo.
 - Incentivar al paciente para que se apoye en la familia.
 - Fijar una fecha para dejar de fumar, evite cambiarla.

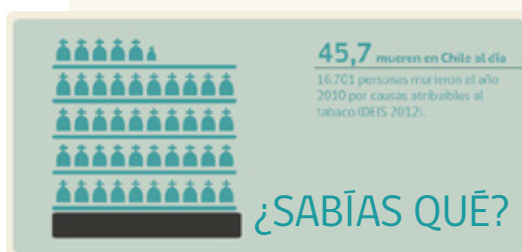
NO PLANEA DEJARLO:

SI DEJA DE FUMAR:

- Antes de los 30 años su riesgo en salud será igual al de un no fumador.
 - El riesgo de que tenga un bebé bajo peso disminuye si deja de fumar antes de embarazarse o en el 1º trimestre.
 - Aumentará su fertilidad.
 - Después de 72 horas: disminuirá su PA, el pulso, el riesgo de un infarto cardíaco y su sentido del gusto y olfato se recuperarán.
 - Dentro de un par de semanas: mejorará su función pulmonar, su circulación y disminuirá su cansancio.
 - Después del año: disminuirá su disnea y fatiga, tos y el riesgo de enfermedad coronaria disminuirá a la mitad comparado con un fumador que no planea dejarlo.
 - Dentro de 5 años: Disminuirá su riesgo de úlceras, cáncer de vejiga, riñón, boca, páncreas, esófago y laringe.
 - Entre 5-15 años: El riesgo de ACV y enfermedad coronaria será el mismo de un no fumador, el riesgo de cáncer pulmonar disminuirá a la mitad.
- Además mejorará su economía, su aspecto físico, su piel, su aliento, sus uñas y tendrá menos arrugas.

CONSEJOS PARA DEJAR DE FUMAR:

- Elija un día para dejar de fumar. El día anterior: No compre cigarros, retire de su alcance los ceniceros. Evite las situaciones en las que fumaba. Revise sus motivos y refuerce su decisión.
- Busque apoyo en su familia, amigos compañeros o profesionales de salud, para que le ayuden a superar las dificultades. Hágales saber su deseo de no volver a fumar.
- Los primeros días sin tabaco: Tómese con calma. Beba mucha agua y jugos naturales. Evite el consumo de café y alcohol. Ocupe el tiempo libre: pasee, haga ejercicio. Evite situaciones que le puedan llevar a una recaída.



- Es posible que los primeros días aparezcan síntomas desagradables (deseos de fumar, irritabilidad, ansiedad, alteración del sueño). Recuerde que son pasajeros y los puede superar; respire profundamente, dúchese con agua caliente, cambie de actividad.

CONSEJOS PARA TENER UN HOGAR LIBRE DEL HUMO DEL TABACO

- Saque todos los ceniceros del interior de la casa.
- Adecúe un área para fumadores fuera de la casa (patio, balcón).
- Agradezca a los amigos por ayudarlo a mantener su hogar libre del humo del tabaco y cuelgue letreros (por ejemplo, en la puerta refrigerador) "Gracias por no fumar".
- Sea amable, pero mantenga con fuerza su decisión de no permitir fumar al interior de su hogar.
- No permita que nadie fume cerca de su hijo/a.
- No fume ni permita que otros fumen en su casa o en su auto. Abrir las ventanas no va a proteger a sus hijos del humo.
- No lleve a su hijo a restaurantes ni a otros lugares cerrados públicos que permitan fumar.
- Enséñeles a los niños alejarse del humo de segunda mano.



Unidad de Salud Respiratoria, Oficina de Tabaco. MINSAL

Referencias:

Desktop helper: Helping patients quit smoking: brief interventions for healthcare professionals. International Primary Care Respiratory Group
Manual para el Equipo de Salud: La cesación del consumo de tabaco. MINSAL. OPS-OMS, octubre, 2003
Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo, Ministerio de Salud Pública. Uruguay 2009.

AUTORES

- Dr. José Vicente Jara, Médico Internista, Consultorio San Rafael La Pintana, Hospital Padre Hurtado, Asesor Depto. Enfermedades no Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
- Dra. Mélanie Paccot, MSP, Jefa Departamento de Enfermedades no Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

Colaboradores

- Nut. Irma Vargas, PhD, Jefa Departamento Modelo de Atención APS, División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- Nut. Natalia Dinamarca, Departamento Modelo de Atención APS, División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- QF. Francisco Martínez, Corporación Municipal de Puente Alto.
- QF. Lorena Palma, Corporación Municipal de Puente Alto.
- Dra. Andrea Srur, MSc, Departamento de Enfermedades no Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
- Dr. Pablo Cubillos. Departamento de Enfermedades no Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
- Klga. Magdalena Walbaum, MSc, Departamento de Enfermedades no Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
- Nut. Manuela Pérez. Departamento de Enfermedades no Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
- Psic. Gonzalo Soto, MSP, Departamento Modelo de Atención APS, División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- Klgo. Raúl Valenzuela, Departamento Modelo de Atención APS, División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- EU. Margarita Barría, Departamento Modelo de Atención APS, División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- Dr. Andrés Toro, Departamento Modelo de Atención APS, División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- QF. Karina Castillo, Departamento Modelo de Atención APS, División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- Nut. Xenia Benavides, Departamento Modelo de Atención APS, División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- QF. Daniela Nuñez, Departamento Modelo de Atención APS, División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

Revisores

- Dr. Fernando Lanas, Cardiólogo, Sociedad Chilena de Cardiología.
- Dra. María Cristina Escobar, Asesor Organización Panamericana de la Salud.
- Dra. Soledad García Budinich, Servicio de Salud Araucanía Sur.
- EM. Patricia Morgado, Sociedad Chilena de Hipertensión.
- EU. Adriana Guzmán, Encargada PSCV Servicio de Salud Chiloé.
- Nut. Carmen Cuyul Soto, SEREMI de Salud Aysén.
- EU. Carolina Neira, Depto. Enfermedades no Transmisibles, MINSAL.
- EU. Consuelo Córdova López, Servicio de Salud Osorno.
- EU. Dayana Valdivia, Servicio de Salud O'Higgins.
- EU. Elizabeth González, Servicio de Salud Metropolitano Occidente.
- EU. Leonor Villavicencio, Servicio de Salud Valdivia.
- EU. Magaly Manríquez, Servicio de Salud Concepción.
- Kg. Magdalena Wallbaum, Depto. Enfermedades no Transmisibles, MINSAL.
- Jimena Zapata Ramírez, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.
- Nut. Angélica Vargas, Seremi de Salud de Los Lagos.
- Nut. Carlos Baez, Servicio de Salud Atacama.
- Nut. Daniela Sandoval, SEREMI Biobío.
- Dr. Fernando Lanas, Cardiólogo, Sociedad Chilena de Cardiología.
- Nut. David Leiva Castro, Servicio de Salud Metropolitano Occidente.
- Nut. Dominique Masferrer, División de Políticas Públicas Saludables.
- Nut. Ingrid Vera, Encargada PSCV Servicio de Salud Reloncaví.
- Nut. Ivonne Orellana, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.
- Nut. Marcela Zapata, Encargada Regional PSCV, SEREMI de Salud de Los Lagos.
- Nut. María José Fernández, Servicio de Salud Metropolitano Occidente.
- Nut. Patricia Sanhueza, Seremi de Salud de Los Lagos.
- Nut. Paula Valderrama, Servicio de Salud Metropolitano Sur.
- Psic. Gonzalo Soto, División de Atención Primaria, MINSAL.
- Psic. Natalia Dembowski, Departamento de Salud Mental, MINSAL.
- Ana María León, Médico Familiar, CESFAM Piedra del Águila.
- Julio Montero Castro, Médico Familiar, CESFAM Piedra del Águila.

Agradecemos a todas las personas que contribuyeron a la formulación del presente documento técnico.

LISTA DE REFERENCIAS

1. Ley num. 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
2. Ministerio de Salud, G.d.C., Estrategia Nacional de Salud para el logro de los Objetivos Sanitarios 2011-2020. 2010.
3. Ministerio de Salud, Guía Clínica Examen Medicina Preventiva. 2013.
4. Lewin, M.R., Asymptotically elevated blood pressure in the emergency department: a finding deserving of attention by emergency physicians? *Keio J Med*, 2009. 58(1): p. 19-23.
5. Scott, R.L., G.E. Cummings, and C. Newburn-Cook, The feasibility and effectiveness of emergency department based hypertension screening: a systematic review. *J Am Acad Nurse Pract*, 2011. 23(9): p. 493-500.
6. Ministerio de Salud, G.d.C., Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. 2010.
7. Ministerio de Salud, G.d.C., Guía Clínica GES: Hipertensión arterial esencial en mayores de 15 años. 2010.
8. Prat M, H., et al., Actualización de las recomendaciones sobre el uso de la monitorización ambulatoria de presión arterial. Documento de consenso de la Sociedad Chilena de Hipertensión. *Revista médica de Chile*, 2009. 137: p. 1235-1247.
9. Ministerio de Salud, G.d.C., Orientaciones técnicas para el control de salud integral de adolescentes. 2014.
10. Mancia, G., et al., 2013 ESH/ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *Blood pressure*, 2014. 23(1): p. 3-16.
11. Ministerio de Salud, G.d.C., Guía de Práctica Clínica de Diabetes mellitus tipo 2 E.n. Transmisibles, Editor. 2016.
12. Black, H.R., et al., Valsartan: more than a decade of experience. *Drugs*, 2009. 69(17): p. 2393-414.
13. Feldman, R.D., et al., A simplified approach to the treatment of uncomplicated hypertension: a cluster randomized, controlled trial. *Hypertension*, 2009. 53(4): p. 646-653.
14. Hare, D.L., et al., Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *European Heart Journal*, 2014. 35(21): p. 1365-1372.
15. Roy, T. and C.E. Lloyd, Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. *J Affect Disord*, 2012. 142 Suppl: p. S8-21.
16. Baader M, T., et al., Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 2012. 50: p. 10-22.
17. Nelly Alvarado A., J.P.F.G., Pedro Flores O, Reuniones clínicas a distancias para médicos que trabajan en atención primaria de salud. 2015.
18. Phillips, L.S., et al., Clinical inertia. *Ann Intern Med*, 2001. 135(9): p. 825-34.
19. Márquez Contreras, E., et al., El control de la inercia terapéutica en el tratamiento de la hipertensión arterial mediante diferentes estrategias. *Atención Primaria*, 2009. 41(6): p. 315-323.

20. Lebeau, J.-P., et al., The concept and definition of therapeutic inertia in hypertension in primary care: a qualitative systematic review. *BMC family practice*, 2014. 15: p. 130-130.
21. Ivers, N., et al., Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012(6): p. CD000259.
22. Jamtvedt, G., et al., Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. *Qual Saf Health Care*, 2006. 15(6): p. 433-6.
23. Sim, J.J., et al., Systemic implementation strategies to improve hypertension: the Kaiser Permanente Southern California experience. *The Canadian journal of cardiology*, 2014. 30(5): p. 544-52.
24. Jaffe, M.G., et al., Improved blood pressure control associated with a large-scale hypertension program. *JAMA*, 2013. 310(7): p. 699-705.
25. Ministerio de Salud, G.d.C., Fondo de Farmacia, D.d.A. Primaria, Editor. 2014.
26. Ministerio de Salud, G.d.C., Norma Referencia y Contrareferencia, D.d.G.d.P.C. Asistenciales, Editor.
27. Ministerio de Salud, G.d.C., Modelo de atención para personas con enfermedades crónicas, directrices para la implementación 2014.
28. Ministerio de Salud, G.d.C., Automanejo de enfermedades no transmisibles: una tarea compartida entre usuarios y el equipo de salud. 2016.
29. Piepoli, M.F., et al., 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. <div xmlns="http://www.w3.org/1999/xhtml">The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts)Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR)</div>, 2016.
30. Cramer, J.A., et al., Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health*, 2008. 11(1): p. 44-7.
31. Varleta, P., et al., [Assessment of adherence to antihypertensive therapy]. *Revista médica de Chile*, 2015. 143(5): p. 569-76.
32. Garrido, J., Control del Hipertenso, un desafío no resuelto: Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular. *Revista chilena de cardiología* p, 2013. 32(2 SRC - GoogleScholar): p. 85-96.
33. Vigo, D., G. Thornicroft, and R. Atun, Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*, 2016. 3(2): p. 171-8.
34. Ngo, V.K., et al., Grand challenges: Integrating mental health care into the non-communicable disease agenda. *PLoS Med*, 2013. 10(5): p. e1001443.
35. Prince, M., et al., No health without mental health. *Lancet*, 2007. 370(9590): p. 859-77.
36. Martin Prince, V.P., Shekhar Saxena, Mario Maj, Joanna Maselko, Michael R Phillips, Atif Rahman, No health without mental health. 2007.

37. Bernhard T. Baune, P.J.T., Cardiovascular Diseases and Depression. 2016: Springer.
38. Hemingway, H. and M. Marmot, Evidence based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies. *Bmj*, 1999. 318(7196): p. 1460-7.
39. Narayanan, G. and D. Prabhakaran, Integrating mental health into cardiovascular disease research in India. *Natl Med J India*, 2012. 25(5): p. 274-80.
40. Ministerio de Salud, G.d.C., Orientaciones de Salud Mental para los equipos de APS. 2015.
41. Ministerio de Salud, G.d.C., Guía clínica n Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más. 2010.
42. Ministerio de Salud, G.d.C., Retinopatía diabética, Guía de Práctica Clínica, E.N. Transmisibles, Editor. 2010.
43. Ministerio de Salud, G.d.C., Enfoque de riesgo para la prevención de las enfermedades cardiovasculares, Consenso, E.n. Transmisibles, Editor. 2014.
44. Ministerio de Salud, G.d.C., Guía clínica n Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más. 2010.
45. Pickering, T.G., et al., Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals: Part 1: blood pressure measurement in humans: a statement for professionals from the Subcommittee of Professional and Public Education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. *Hypertension*, 2005. 45(1): p. 142-61.
46. Jones, D.W., et al., Mercury sphygmomanometers should not be abandoned: An advisory statement from the Council for High Blood Pressure Research, American Heart Association. *Hypertension*, 2001. 37(2): p. 185-6.
47. Organization, W.H., Elemental mercury and inorganic mercury compounds: human health aspects 2003.
48. White, W.B., et al., National standard for measurement of resting and ambulatory blood pressures with automated sphygmomanometers. *Hypertension*, 1993. 21(4): p. 504-9.
49. O'Brien E, P.J., Littler W, The British Hypertension Society protocol for the evaluation of blood pressure measuring devices. *Hypertension*, 1993. 11((suppl 2)): p. 43-62.
50. O'Brien, E., et al., European Society of Hypertension International Protocol revision 2010 for the validation of blood pressure measuring devices in adults. *Blood Press Monit*, 2010. 15(1): p. 23-38.
51. Handler, J., The importance of accurate blood pressure measurement. *Perm J*, 2009. 13(3): p. 51-4.
52. Badeli, H. and F. Assadi, Strategies to Reduce Pitfalls in Measuring Blood Pressure. *International Journal of Preventive Medicine*, 2014. 5(Suppl 1): p. S17-S20.
53. Cloutier, L., et al., A New Algorithm for the Diagnosis of Hypertension in Canada. *Can J Cardiol*, 2015. 31(5): p. 620-30.
54. Lanas, F., et al., Central obesity measurements better identified risk factors for coronary heart disease risk in the Chilean National Health Survey (2009-2010). *Journal of Clinical Epidemiology*.

55. Sarwar, N., et al., Triglycerides and the risk of coronary heart disease: 10,158 incident cases among 262,525 participants in 29 Western prospective studies. *Circulation*, 2007. 115(4): p. 450-8.
56. Miller, M., et al., Triglycerides and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 2011. 123(20): p. 2292-333.
57. Rosenson, R.S., The High-Density Lipoprotein Puzzle: Why Classic Epidemiology, Genetic Epidemiology, and Clinical Trials Conflict? *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 2016. 36(5): p. 777-82.
58. Briel, M., et al., Association between change in high density lipoprotein cholesterol and cardiovascular disease morbidity and mortality: systematic review and meta-regression analysis. *Bmj*, 2009. 338: p. b92.
59. Brunzell, J.D., Clinical practice. Hypertriglyceridemia. *N Engl J Med*, 2007. 357(10): p. 1009-17.
60. Sandhu, S., et al., Incidence of pancreatitis, secondary causes, and treatment of patients referred to a specialty lipid clinic with severe hypertriglyceridemia: a retrospective cohort study. *Lipids Health Dis*, 2011. 10: p. 157.
61. Polgreen, L.A., et al., Cost-Effectiveness of a Physician-Pharmacist Collaboration Intervention to Improve Blood Pressure Control. *Hypertension*, 2015. 66(6): p. 1145-51.
62. Hepler, C.D. and L.M. Strand, Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*, 1990. 47(3): p. 533-43.