



Orientación técnica Programa de Salud Cardiovascular

2016



Contenidos

GLOSARIO DE TÉRMINOS	3
INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVOS DEL DOCUMENTO	7
ALCANCE DEL DOCUMENTO	7
ANTECEDENTES	8
OBJETIVO GENERAL DEL PSCV	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
CUIDADO CENTRADO EN EL PACIENTE	8
INGRESO PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR	9
PESQUISA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR	9
CRITERIOS DE INGRESO AL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR	10
CONSIDERACIONES GENERALES AL INGRESO	13
SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN EL PSCV	14
1. Fase de compensación	14
Metas	14
2. Fase de seguimiento paciente compensado	16
Proceso de inducción de profesionales al Centro de Salud Familiar	22
RETROALIMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO	24
RENDIMIENTOS SUGERIDOS	25
Extensión horaria	25
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	27
Contrarreferencia	27
Intervención educativa durante la hospitalización	27
CONCILIACIÓN DE TRATAMIENTOS	27
MODELO DE CUIDADOS DE PACIENTES CRÓNICOS	29
TALLERES de AUTOMANEJO	29
CONTROL CARDIOVASCULAR EN EL CICLO VITAL	32
TELE-OFTALMOLOGÍA	33
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIOS	34
Página web	34
Orientaciones técnicas del PSCV	34
Aplicaciones para teléfonos inteligentes	34
ANEXOS	36
ANEXO 1 Factores de riesgo cardiovasculares [42]	37

ANEXO 2 Adquisición de esfigmomanómetros	38
ANEXO 4 Técnica estandarizada de medición Manual de la presión arterial [6, 49]	40
ANEXO 5 Perfil de presión arterial. Técnica estandarizada de medición automática de la presión arterial [49].....	42
ANEXO 6 Interpretación de los resultados del monitoreo ambulatorio de la presión arterial de 24 horas en individuos sin tratamiento farmacológico, elaborado por Dra. María Cristina Escobar, Organización Panamericana de Salud, 2016, reproducción autorizada.	44
ANEXO 7 Programa vida sana.....	45
ANEXO 8 Registros estadísticos mensuales.....	46
ANEXO 9 Examen de Medicina Preventiva [30]	49
Examen de Medicina del Adulto Mayor (EMPAM)	51
ANEXO 10 Tablas de Framingham para la estimación del riesgo coronario a 10 años adaptadas a la población chilena	52
ANEXO 11 Encuesta de tamizaje de depresión, PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) validado para Chile [14]	54
ANEXO 12 Pauta de cotejo primera consulta por enfermera/o.....	55
ANEXO 13 Test de Morisky Green Levine-4	56
ANEXO 14 Funciones detalladas de los profesionales y técnicos del equipo de salud	57
ANEXO 15 El Químico Farmacéutico en el PSCV	63
ANEXO 16 Criterios referencia	65
AUTORES	81
LISTA DE REFERENCIAS.....	83

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 ateroesclerosis. 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 ateroesclerótico, 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 angioplastía y/o cirugía de revascularización miocárdica.
- Enfermedad cerebrovascular: Accidente cerebrovascular o ataque cerebral isquémico transitorio
- Enfermedad arterial periférica.
- Enfermedad aórtica aterosclerótica.
- Enfermedad renovascular.
- Enfermedad carotídea.

INTRODUCCION

El Sistema de Salud Chileno se define como un sistema basado en Atención Primaria, en donde desde el Modelo de Atención Integral de Salud, se establecen los principios que orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la anticipación al daño hasta la rehabilitación, de manera cada vez más inclusiva de otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad.

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.

OBJETIVOS DEL DOCUMENTO

Objetivo general: entregar recomendaciones que orienten a los equipos de salud, con el fin de estandarizar las acciones del PSCV en Atención Primaria 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.
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.

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.

PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)

ANTECEDENTES

Con el fin de disminuir la morbi-mortalidad cardiovascular y 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.

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 definidos a nivel nacional e internacional [1].

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, y mejorar el control de las personas que han tenido un evento cardiovascular para prevenir la morbilidad, mortalidad prematura y mejorar la calidad de vida de estas personas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reducir el RCV de las personas bajo control .
- Fomentar estilos de vida saludables.
 - Abandono del hábito tabáquico
- 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.
- Pesquisar precozmente la enfermedad renal crónica en personas con factores de riesgo.
- Prevención secundaria en personas con antecedentes de enfermedades cardiovasculares .

CUIDADO CENTRADO EN EL PACIENTE

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 [2].

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.

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 [3].

2. Factores de riesgo pesquisados en programa Vida Sana

Derivación de pacientes pesquisados en el Programa Vida Sana con diagnóstico de diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, 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. La sospecha de hipertensión arterial, la sospecha de diabetes o dislipidemia debe ir seguida de la derivación del paciente a un control ambulatorio, para confirmar o descartar la enfermedad [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 y/o descompensados.

6. Examen médico al sacar o renovar la licencia de conducir

Personas con cifras mayores o iguales a 140/90 mmHg, deben ser referidas a su CESFAM para realizar un perfil de presión arterial.

CRITERIOS DE INGRESO AL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

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

1. Tabaquismo

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

2. Antecedente personal de enfermedad cardiovascular ateroesclerótica

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 angioplastía y/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.

3. Hipertensión arterial

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

- El **perfil de PA** consiste en realizar al menos dos mediciones con técnica estandarizada (ANEXO 4, ANEXO 5) en otras dos oportunidades además de la toma inicial en días distintos y en un lapso no mayor a 15 días. En cada una de estas visitas, se deben realizar 2 ó más tomas de presión, separadas por 30 segundos, promediadas posteriormente. La primera vez se debe tomar la PA en ambos brazos. En las visitas posteriores, sólo en el brazo con cifra más elevada. Si el promedio de las cifras de PAS ≥ 140 y/o PAD ≥ 90 , se debe establecer el diagnóstico presuntivo de HTA, que debe ser confirmado por un médico [6].
- 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, ANEXO 6Error! Reference source not found..
- **El automonitoreo de la presión arterial en el domicilio**

Si el perfil de PA, MAPA 24 horas o monitoreo ambulatorio resultan alterado, 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 y/o PAD ≥ 110 mmHg. En estos casos derivar para ingreso al PSCV en un máximo de 24 horas.

4. Diabetes mellitus tipo 2

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

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

- a. Glicemia venosa ≥ 200 mg/dl en cualquier momento del día, asociada a síntomas clásicos de diabetes (polidipsia, poliuria, polifagia y baja de peso).
- b. Dos glicemias venosas en ayuno de 8 horas ≥ 126 mg/dl².
- c. Glicemia ≥ 200 mg/dL dos horas después de una carga de 75 g. de glucosa en una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTGO).

5. 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.
- c. Triglicéridos ≥ 200 mg/dl.

Se debe tener en consideración la influencia que tiene el ayuno sobre los niveles de lípidos en la sangre, especialmente en los triglicéridos. Es por esto que se recomienda, al menos 12 horas de ayuno [7].

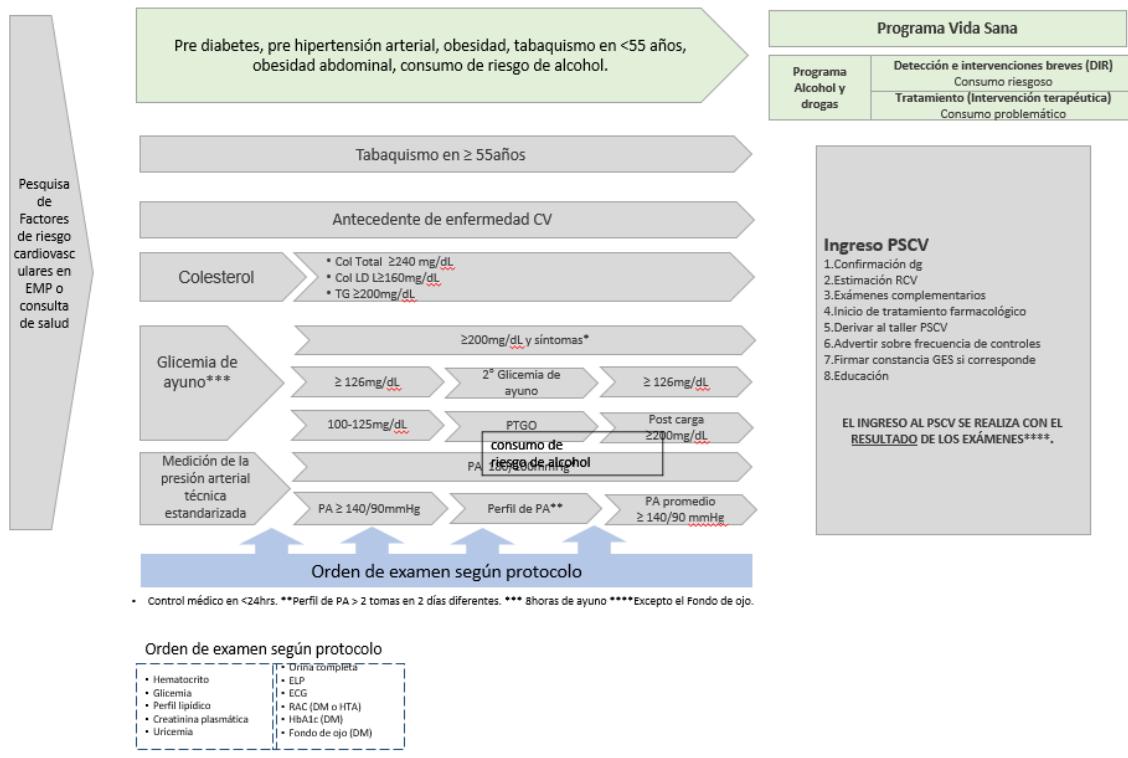
Las personas que no cumplen con los criterios de ingreso, pero tienen uno o más de los siguientes factores, deben ser controlados anualmente, educados sobre estilos de vida saludable y derivados al Programa Vida Sana ANEXO 7. En caso de no tener acceso a este programa, derivar a consulta nutricional y realizar consejería en estilos de vida saludables.

- Presión arterial normal alta
- Pre-diabetes
- Síndrome metabólico³
- Obesidad o sobrepeso

Algoritmo 1 Criterio de derivación e ingreso al PSCV

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, glicemia de ayuna ≥ 100 mg/dL o en tratamiento.



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 y/o MAPA 24 hrs., repetir la glicemia o hacer una PTGO, según corresponda.

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 y/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 y eficiente que considere que la atención debe estar centrada en la persona, el número de visitas al establecimiento y respetar el tiempo del paciente, tan valioso como el del personal de salud. Desarrollar un sistema de solicitud de exámenes y control estandarizado.

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 y/o DM, según corresponda, Tabla 1, a excepción del fondo de ojo en diabéticos, que lo debe solicitar el médico en el ingreso.

Tabla 1 Exámenes de ingreso al PSCV

1. Hematócrito
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 (en DM).

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 meses, quedando a criterio del médico definir la necesidad de repetirlos.

Todo paciente que ingrese al PSCV debe disponer en su ficha⁴ 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.

⁴ Esto independientemente si la ficha clínica es electrónica o en formato papel.

SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN EL PSCV

Después del ingreso del paciente 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 [8].

Recomendar adoptar estilos de vida saludables a todas las personas del PSCV.

1. Alimentación saludable
2. Abandono del tabaquismo
3. Actividad física de forma regular
4. En caso de beber alcohol, hacerlo de forma moderada⁵

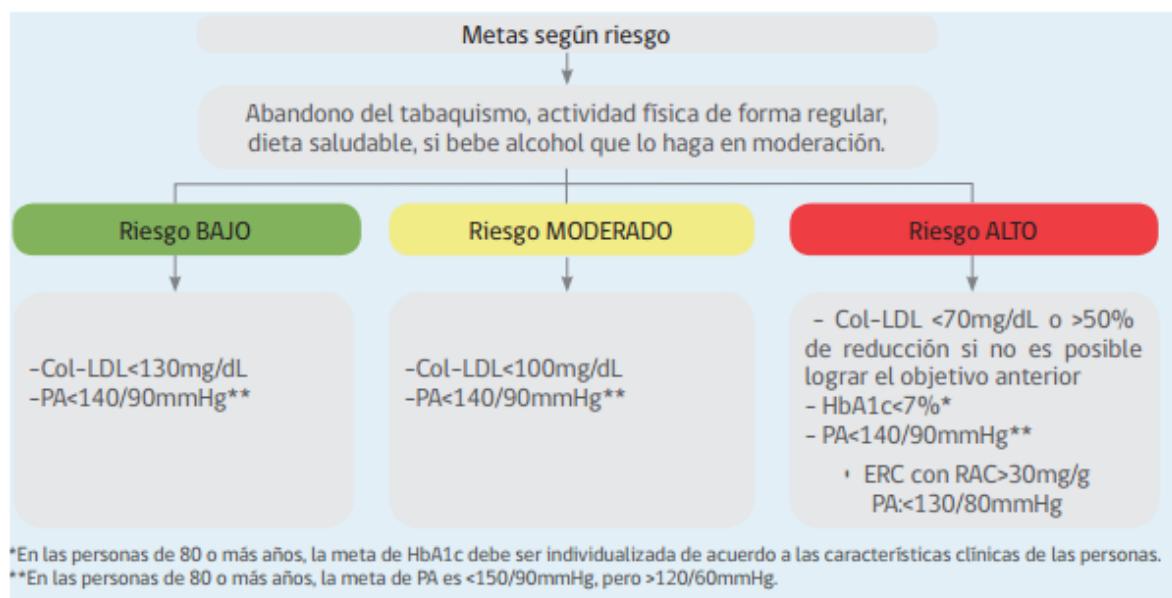
SIEMPRE EVALUAR EL RIESGO CARDIOVASCULAR DE LOS PACIENTES.

Si el paciente tiene varios factores de riesgo conductuales modificables, como por ejemplo, tiene sobrepeso/obesidad, fuma, es sedentario y es un bebedor problema, se debe intencionar con más fuerza modificaciones en aquellas conductas que para la persona sea más fácil de cambiar y pueda observar los cambios en el corto plazo.

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



⁵ Se puede usar el AUDIT para monitorear cambios en el patrón de consumo.

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, **Error! Reference source not found..**

Tabla 2 Metas de control de HbA1c en personas de 65 años y más [9]

Estado del Paciente	HbA1c
Saludable, independiente (pocas comorbilidades, con integridad funcional y cognitiva)	7-7,5 %*
Frágil	<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 en la detección de efectos adversos asociados a los medicamentos, además de una consulta precoz para reforzar la educación, evaluar y fomentar la adherencia a la terapia.,

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, máximo cada 4 semanas, para ajustar el tratamiento farmacológico y evaluar efectos adversos de los fármacos, para alcanzar la meta de compensación en un plazo razonable que no supere los 3 meses.

El logro de las metas de PA se logra en un período de tiempo más corto con el uso de terapia combinada, lo que se traduce en mayor adherencia dado al menor requerimiento de ajustes y controles [10, 11].

- **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, pero a los tres meses se debe evaluar el nivel de compensación con una HbA1c.

- **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.

EMPA

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 el Papanicolau y mamografía, así como la detección de enfermedades infecciosas como la sífilis y la tuberculosis que, si bien no se incluyen explícitamente en el PSCV, son parte del EMP del adulto y de una consulta integral.

Pesquisa de depresión

Existe una asociación entre las enfermedades cardiovasculares o diabetes y depresión [12, 13] . En personas con diabetes mellitus y/o antecedente de enfermedad cardiovascular, y en personas con baja adherencia a la terapia farmacológica, 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% [14] (ANEXO 4). En caso de presentar síntomas depresivos, un trabajo colaborativo entre el equipo de salud logra un mejor control, tanto de la patología psicosocial 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

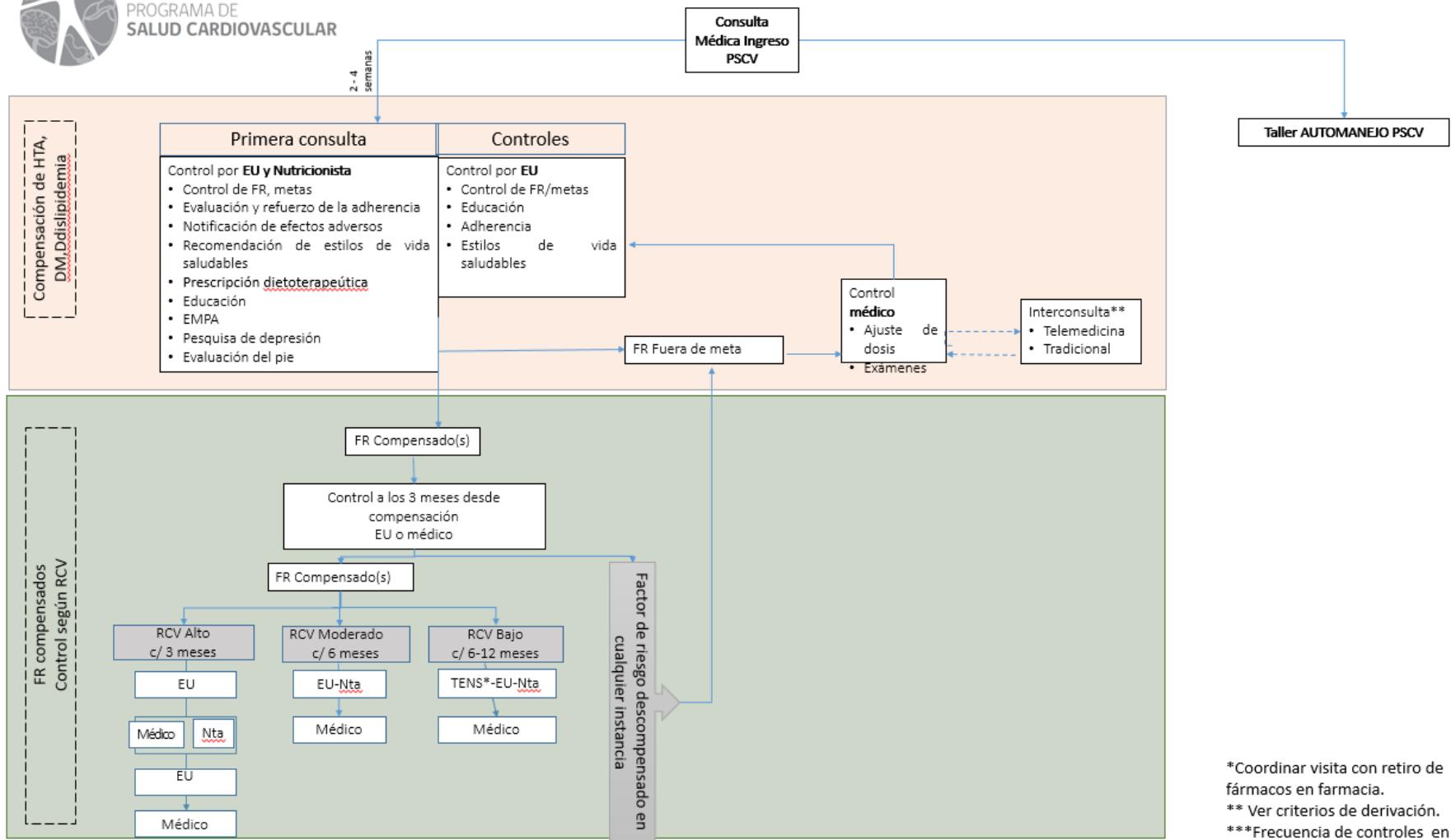
Una vez lograda las metas de compensación para cada enfermedad, la frecuencia de los controles disminuye y se determina según el riesgo cardiovascular, Flujograma 1.

- RCV alto cada 3 meses
- RCV Moderado cada 6 meses
- RCV bajo cada 6-12 meses

Flujograma 1 Programa de Salud Cardiovascular



PROGRAMA DE
SALUD CARDIOVASCULAR



*Coordinar visita con retiro de fármacos en farmacia.

** Ver criterios de derivación.

***Frecuencia de controles en fase de compensación depende de FR.

EQUIPO DE SALUD

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

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, definición clara de roles son herramientas de ayuda en para el logro de este desafío.

El PSCV cuenta con un equipo diverso de profesionales y técnicos para entregar un enfoque integral, que reduzca el riesgo cardiovascular de las personas. De este modo, atendiendo a los objetivos del programa, el equipo debiera estar formado por, al menos:

- médicos
- enfermera/os
- nutricionistas
- técnicos de nivel superior en (TENS).

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

- químico farmacéutico
- psicólogo
- kinesiólogo
- asistente social
- podólogo
- profesor de educación física.

La delegación de las tareas entre los médicos y el equipo no médico –como enfermera/os y químicos farmacéuticos– es una solución posible, particularmente cuando hay escasez de recursos [15, 16].

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

FUNCIONES DE CADA PROFESIONAL Y TÉCNICO DEL EQUIPO DE SALUD

Con el fin de que el equipo de salud del PSCV 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, 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 y en entregar herramientas y apoyar para resolver dificultades relacionadas con su automanejo.

La persona que asuma como **Coordinador/a** debe ejercer un liderazgo participativo. Asimismo, deberá programar, gestionar y supervisar el cumplimiento de las actividades realizadas por el equipo de salud del PSCV. En el ANEXO 14 se detallan las funciones del coordinador, del equipo de salud y administrativos.

Los **Médicos** son los encargados de realizar el ingreso al PSCV, momento clave del programa, pues la experiencia que tenga el paciente puede determinar aspectos tan trascendentales 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 de cuidado y seguimiento individualizado. 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. En el (Anexo X), se detallan las acciones más relevantes del ingreso y control médico.

Las/os **Enfermeras/os** tienen un papel fundamental en el 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 insulinoterapia, entre otras.

Las/os **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 elaborar un plan de alimentación individualizado según las patologías en control, comprendiendo y respetando las preferencias 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, que se traduce en una oportunidad de incorporarlo al equipo de salud de los centros de atención primaria. Los **químicos farmacéuticos** deben realizar funciones relativas a la atención farmacéutica y al seguimiento farmacoterapéutico, ANEXO 15.

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, se encuentra preparar con anticipación la ficha clínica y tarjetón de control, adjuntando formularios, receta, exámenes de laboratorio y ECG, según corresponda. Asimismo, están encargados de la medición de signos vitales y parámetros antropométricos, para lo cual deben estar correctamente certificados.

En ANEXO 14 se describen funciones de otros integrantes, como **administrativo y podología**.

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 técnicos⁶.

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)⁷

Ofrece cursos de capacitación en línea, gratuitos y que permite hacer todos o sólo 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 la página 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.

⁶ Curso MINSAL disponibles en: <http://minsal.uvirtual.cl>

⁷ Curso OPS disponibles en : <https://mooc.campusvirtualsp.org/course/index.php?categoryid=2>

Reuniones equipo PSCV

Se recomienda que el equipo de salud se reúna de forma periódica, con el fin de discutir casos clínicos complejos desde un enfoque multidisciplinario, revisar temas clínicos y protocolos relacionados al PSCV y evaluar el desempeño del equipo en cuanto a la compensación de los pacientes.

RETROALIMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

La inercia terapéutica (IT) se define como la conducta pasiva o conservadora de los médicos al no iniciar, retrasar el inicio del tratamiento o no intensificar la terapia de forma apropiada cuando las metas terapéuticas no son alcanzadas: es decir, es “el reconocimiento del problema, pero falla en la acción a seguir”[17]. Las principales razones descritas asociadas a este fenómeno son la no familiarización con las guías de práctica clínica (GPC) o protocolos o falta de confianza en éstos, poca motivación de tratar a pacientes asintomáticos, la falta de formación profesional, la falta de tiempo en las consultas y/o subestimación del riesgo asociado a presiones arteriales elevadas y finalmente, la pobre organización sanitaria [18, 19].

El equipo de salud frecuentemente cree que el nivel de compensación o logro de la meta de sus pacientes es mayor al que realmente existe. La evaluación de desempeño, rendimiento clínico en un período de tiempo específico, es una herramienta muy valiosa para la gestión de talento humano. Una revisión sistemática de la Cochrane, 2012, concluye que las auditorías y retroalimentación de desempeño tiene un impacto generando mejoras en la práctica clínica [20].

Así, tener valores objetivos sobre el nivel de control de los pacientes del PSCV, es un mecanismo objetivo para evaluar el desempeño de los profesionales. El objetivo de esta evaluación es maximizar el potencial del equipo y disminuir la inercia terapéutica [21].

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

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 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 [22, 23].

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 éstas, 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/o, así como también para el seguimiento de los adultos mayores, **Error! Reference source not found..**

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	Primer control	30'
Nutricionista	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:

- Control cardiovascular asociado a examen de medicina preventiva (anexo): 30'
- Control cardiovascular asociado a examen de medicina preventiva del adulto mayor: 40-60'

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 8:00 a 17:00hrs. En la práctica, esto representa una dificultad en el acceso las personas con los horarios de trabajo diurno.

La extensión horaria surge como una buena alternativa para ofrecer consultas después del horario de trabajo y los días sábados.

TRATAMIENTO

GARANTÍAS RGES

Desde el año 2005, a través del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (RGES), se garantiza el acceso, la protección financiera, oportunidad y calidad de la atención para las personas con DM e HTA⁸.

FONDO DE FARMACIA

El Fondo de Farmacia (FOFAR), implementado a partir del año 2014 [24], 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 :

- Diabetes Mellitus tipo 2
- Hipertensión arterial
- Dislipidemia
- Insumos para el manejo avanzado de heridas 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 medicamento⁹.
- 2- **Reforzamiento de personal con químicos farmacéuticos** en comuna con más de 20.000, inscritos así como técnicos en enfermería de nivel superior y auxiliar.
- 3- Apoyo a la adherencia al tratamiento a través del gestor de citas al PSCV:

Gestor de citas

Gestión electrónica de las citas del PSCV con la 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 gestionar las citas a través de esta plataforma que por medio de 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 estilos de vida saludable.
- Cancelación de horas desde el centro de salud por motivos de fuerza mayor.
- Auditoría constante de los datos de los pacientes para su actualización y mejorar el contacto.
- Aumento de la satisfacción usuaria.
- Generación de información para mejorar la gestión del PSCV.

⁸ Disponibles en <http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/normativas-auge/>

⁹ 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 resolutiva 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 [25].

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 X se detallan los criterios de referencia de DM, HTA y DLP, 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 existentes¹⁰.

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

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

¹⁰ 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

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.

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. Por 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 directrices en los siguientes documentos:

- Modelo de atención para personas con enfermedades crónicas, directrices para la implementación [26].
- Automanejo de enfermedades no transmisibles: una tarea compartida entre usuarios y el equipo de salud, 2016 [27].

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 [28].

La adherencia es definida como el grado en que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, pauta posológica y plazo prescrito [29]. 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 [30, 31]. 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.

Por otra parte, los equipos de salud tienen diversas dificultades para el logro del automanejo, siendo la principal, la falta de tiempo y la poca variedad de actividades para ofrecer.

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 [28].

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 el 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 la página web del departamento.

SALUD MENTAL Y SALUD CARDIOVASCULAR

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y los trastornos mentales, que explican más de la mitad de la carga de enfermedad [32], se presentan de forma concomitante en una proporción significativa de personas [33]. La asociación entre enfermedades cardiovasculares y diabetes con trastornos depresivos 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 [12, 13].

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% [34-36]. Asimismo, la interacción es bidireccional, es decir las enfermedades cardiovasculares pueden ser un factor de riesgo para desarrollar enfermedades mentales [37].

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 [12].

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 de salud mental en las personas con enfermedades cardiovasculares, así como un manejo integral que considere intervenciones farmacológicas y psicosociales para el cambio de conductas [33, 38].

Dado que los pacientes del PSCV son con frecuencia pacientes polimedicados y de edad avanzada, es necesario considerar el riesgo de que aparezcan interacciones farmacológicas, particularmente entre los antidepresivos, ansiolíticos o antipsicóticos (ej: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)) y antihipertensivos, hipoglicemiantes y estatinas.

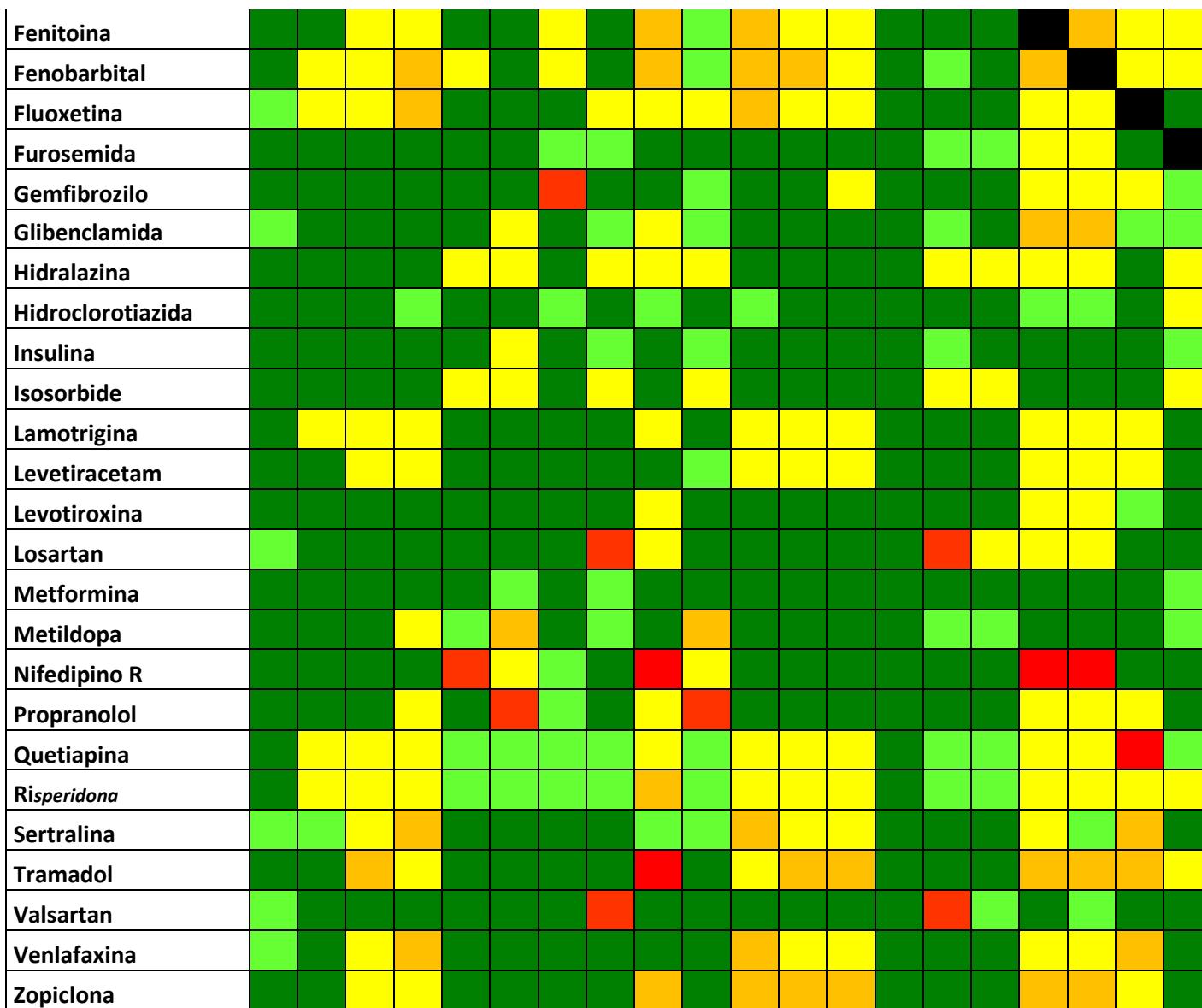
CONTROL CARDIOVASCULAR EN EL CICLO VITAL

El control de los factores de riesgo a lo largo del ciclo de vida es determinante en la prevención de las ECV, así como también la adopción de estilos de vida saludables desde la primera infancia; sin embargo, los factores de riesgo cardiovasculares de la infancia difieren en su etiología, diagnóstico y tratamiento a los de las personas adultas.

La HTA en población infantil y adolescente es cada vez más reconocida. En consideración de lo anterior, la toma de la presión arterial es parte de los controles de salud a partir de los 3 años de edad [39]. Los valores obtenidos deben ser consultados en las tablas de presión arterial y la conducta a seguir dependerá del percentil de presión arterial encontrado¹¹. El diagnóstico de HTA en la población infantil debe ser derivada al especialista (ej: pediatra, nefrólogo infantil) para confirmación diagnóstica, etiología, y tratamiento, ANEXO 19 Interacciones farmacológicas PSCV-SALUD MENTAL Y EPILEPSIA, (versión color), Elaborado por Francisco Martínez M., QF, reproducción autorizada [17].

	Acido Acetilsalicílico	Ácido Valproico	Alprazolam	Amitriptilina	Amlodipino	Atenolol	Atorvastatina	Captopril	Carbamazepina	Carvedilol	Ciclobenzaprina	Clonazepam	Diazepam	Digoxina	Enalapril	Espironolactona	Fenitoína	Fenobarbital	Fluoxetina	Furosemida
Acido Acetilsalicílico	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ácido Valproico	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Alprazolam	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Amitriptilina	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Amlodipino	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Atenolol	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Atorvastatina	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Captopril	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Carbamazepina	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Carvedilol	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ciclobenzaprina	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Clonazepam	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Diazepam	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Digoxina	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Enalapril	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Espironolactona	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Fenitoína	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Fenobarbital	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Fluoxetina	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Furosemida	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

¹¹ Minsal, 2016, Protocolo De Pesquisa, Diagnóstico Y Tratamiento De La Hipertensión Arterial En Niños Y Adolescentes.

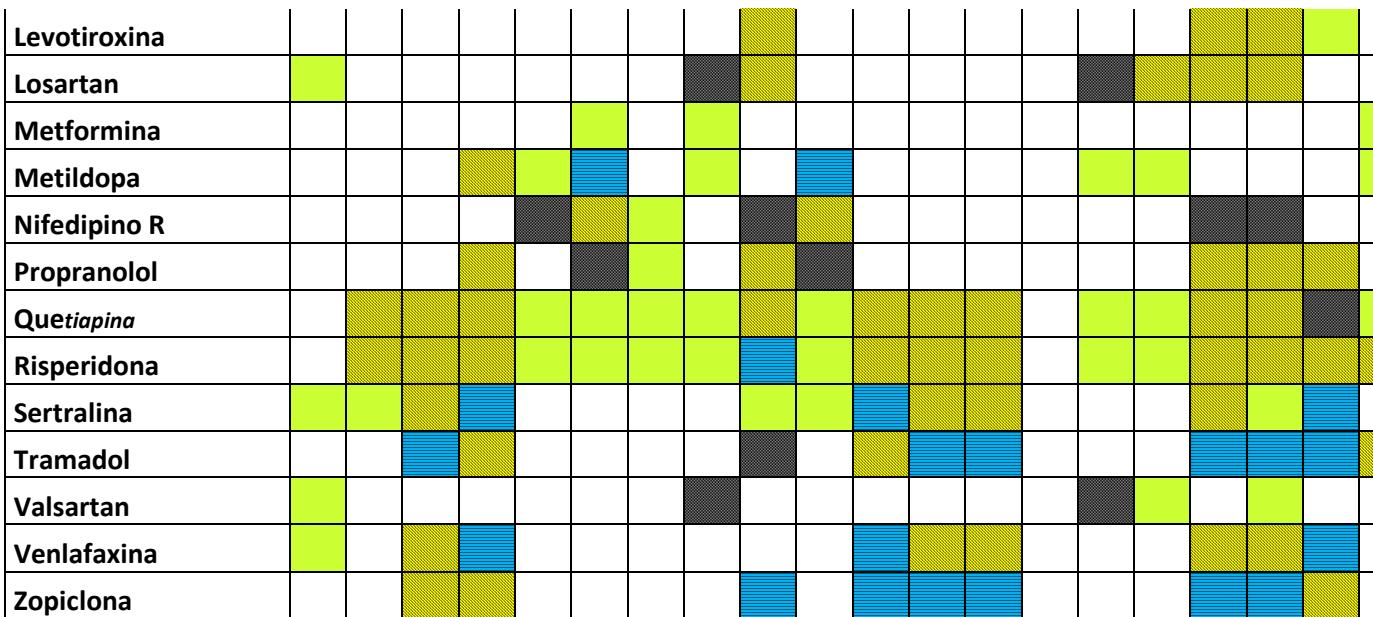


Fuentes: Micromedex, Lexicomp (vía UPTODATE), Medscape.

	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 riesgo.
	Riesgos iguales o superiores a beneficios, sólo utilizar en casos realmente necesarios y por poco tiempo.
	Riesgos superan beneficios, no utilizar.

Interacciones farmacológicas PSCV-SALUD MENTAL Y EPILEPSIA, (versión para impresión blanco negro). Elaborado por Francisco Martínez M., QF, reproducción autorizada [17]).

	Ácido Acetilsalicílico	Ácido Valproico	Alprazolam	Amitriptilina	Amlodipino	Atenolol	Atorvastatina	Captopril	Carbamazepina	Carvedilol	Ciclobenzaprina	Clonazepam	Diazepam	Digoxina	Enalapril	Espironolactona	Fenitoína	Fenobarbital	Fluoxetina	Furosemida
Acido Acetilsalicílico	■	■																		
Ácido Valproico		■	■	■															■	■
Alprazolam			■																	
Amitriptilina	■	■	■	■	■													■	■	■
Amlodipino					■															
Atenolol						■	■	■												
Atorvastatina							■	■										■	■	
Captopril	■																			
Carbamazepina		■																		
Carvedilol								■	■									■	■	
Ciclobenzaprina			■	■	■															
Clonazepam	■		■	■																
Diazepam			■	■	■															
Digoxina															■					
Enalapril	■																	■		
Espironolactona	■																■	■		
Fenitoína																		■		
Fenobarbital			■	■	■	■	■										■	■		
Fluoxetina	■	■	■	■	■														■	
Furosemida																	■	■		
Gemfibrozilo										■										
Glibenclamida	■																			
Hidralazina						■	■													
Hidroclorotiazida				■														■	■	
Insulina																	■			
Isosorbide																				
Lamotrigina																				
Levetiracetam																				



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 y efectos secundarios.
	Riesgos iguales o superiores a beneficios, sólo utilizar en casos realmente necesarios y por periodos cortos.
	Riesgos superan beneficios, no utilizar.

ANEXO 20.

TELE-OFTALMOLOGÍA

En Chile existe una prevalencia de retinopatía diabética de 5% en la población mayor de 20 años de edad. En pacientes con diabetes mellitus, la prevalencia de retinopatía diabética varía entre 23,6% y 35,5% y aumenta con el tiempo de evolución de la diabetes, el mal control metabólico, dislipidemia, hipertensión, embarazo, anemia y enfermedad renal [40, 41].

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 resolutividad de la Atención Primaria en la especialidad de Oftalmología. Este modelo de atención se orienta a implementar y poner en marcha UAPO integradas a la Red de Salud local para garantizar oportunidad en el acceso, atención integral, resolutividad con 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 derivarán a los pacientes a las UAPOs por medio de una orden de procedimiento u orden de atención. 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 sospechoso de retinopatía diabética mediante evaluación presencial, será el oftalmólogo de la UAPO el encargado de emitir una solicitud de interconsulta al nivel secundario por sospecha de retinopatía diabética para su confirmación diagnóstica por oftalmología. Similar solicitud de interconsulta al nivel secundario será emitida por el tecnólogo médico, adjuntando los antecedentes referidos en el informe de la fotografía retinal realizada por teleoftalmología en caso que ésta resulte sospechosa de retinopatía diabética¹³.

¹² En los pacientes con DM con fondo de ojo normal, se recomienda realizar fondo de ojo 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).

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 una página web con información actualizada de todo el material disponible www.redcronicas.cl.

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

Orientaciones técnicas del PSCV

- Enfoque de riesgo para la prevención de la enfermedad cardiovascular, Consenso 2014
- Implementación del enfoque de riesgo cardiovascular 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, disponible 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, Ministerio de Salud, 2010
- Guía Clínica Retinopatía diabética, Ministerio de Salud, 2010
- Estimación del riesgo de ulceración del pie en personas con diabetes, MINSAL
- Orientación técnica Prevención de úlceras de los pies en la persona con diabetes, MINSAL 2013
- Guía Diabetes y Embarazo, Ministerio de Salud, 2014
- Guía clínica GES Ataque cerebrovascular isquémico, Ministerio de Salud, 2013
- Guía clínica GES , Infarto Agudo al Miocardio son supradesnivel del 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 GES , Hemorragia Subaracnoidea Secundaria a Rotura de Aneurismas Cerebrales, Ministerio de Salud, 2007
- Guía clínica, Insuficiencia cardíaca, Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular y Ministerio de Salud, 2015
- Guía alimentaria para la población, Ministerio de Salud, 2013
- Guía de práctica clínica GES, Hemorragia subaracnoidea secundaria a rotura de aneurismas cerebrales, Ministerio de Salud , 2007

- Guía de práctica clínica, Depresión e personas de 15 años y más, Ministerio de Salud, 2013
- Orientación práctica para la consejería anti-tabáquica, Ministerio de Salud
- Orientaciones técnicas para la 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
- Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo, Ministerio de Salud, 2011
- Revisión sistemática de Intervenciones para apoyar a los fumadores a dejar el hábito de fumar, Ministerio de Salud, 2012
- Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital para la prevención de obesidad y otras enfermedades no transmisibles, Ministerio de Salud 2010
- Programa Vida Sana intervención de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, Ministerio de Salud, 2016

ANEXOS

ANEXO 1 Factores de riesgo cardiovasculares [42].....	37
ANEXO 2 Adquisición de esfigmomanómetros	38
ANEXO 3 Errores frecuentes que se traducen en una medición inadecuada de la presión arterial	39
ANEXO 4 Técnica estandarizada de medición Manual de la presión arterial [6, 49].....	40
ANEXO 5 Perfil de presión arterial. Técnica estandarizada de medición automática de la presión arterial [49].....	42
ANEXO 6 Interpretación de los resultados del monitoreo ambulatorio de la presión arterial de 24 horas en individuos sin tratamiento farmacológico, elaborado por Dra. María Cristina Escobar, Organización Panamericana de Salud, 2016, reproducción autorizada.	44
ANEXO 7 Programa vida sana.....	45
ANEXO 8 Registros estadísticos mensuales.....	46
ANEXO 9 Examen de Medicina Preventiva [30]	49
ANEXO 10 Tablas de Framingham para la estimación del riesgo coronario a 10 años adaptadas a la población chilena	52
ANEXO 11 Encuesta de tamizaje de depresión, PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) validado para Chile [14]	54
ANEXO 12 Pauta de cotejo primera consulta por enfermera/o.....	55
ANEXO 13 Test de Morisky Green Levine-4	56
ANEXO 14 Funciones detalladas de los profesionales y técnicos del equipo de salud	57
ANEXO 15 El Químico Farmacéutico en el PSCV	63
ANEXO 16 Criterios referencia	65
ANEXO 17 Fondo de farmacia, FOFAR.....	69
ANEXO 18 Interacciones farmacológicas fármacos PSCV (color), Elaborado por Francisco Martínez M., QF, reproducción autorizada [16].	70
ANEXO 19 Interacciones farmacológicas PSCV-SALUD MENTAL Y EPILEPSIA, (versión color), Elaborado por Francisco Martínez M., QF, reproducción autorizada [17].	72
ANEXO 20 Diagnóstico diferencial de hipertensión arterial según edad	76
ANEXO 21 Anexo AUDIT	77
ANEXO 22 ASSIST V3.0 CHILE	78
ANEXO 23 Estimación del riesgo de ulceración del pie en personas con diabetes.....	80

ANEXO 1 Factores de riesgo cardiovasculares [42]

Factores de Riesgo Mayores	<ul style="list-style-type: none"> • Edad <ul style="list-style-type: none"> - hombre \geq 45 años - mujer \geq 55 años • Sexo masculino y mujer postmenopausia • Antecedente personal de ECV • Antecedente de ECV prematura en familiar de 1^{er} grado <ul style="list-style-type: none"> - hombres <55 años - mujeres <65 años 	No modificables
	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad ($IMC \geq 30\text{kg}/\text{m}^2$) • 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 ^{14,15,16}.

Sin embargo, dado a 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 elemento¹⁷, 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, dado 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, ésta 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) [43], Sociedad Británica de Hipertensión (BHS) [44] y la Sociedad Europea de Hipertensión arterial (ESH)[45]. Se recomienda revisar **una** de las siguientes páginas web para evaluar el grado de validación de un aparato en particular.

- <http://www.bhsoc.org>
- <http://www.dableducational.org/>
- <http://www.seh-lelha.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.

¹⁴ MINSAL. Guía Clínica 2010: Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más.

¹⁵ Pickering TG, Hall JE, Appel LJ, Falkner BE, Graves J, Hill MN, 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. Circulation. 2005 feb 8;111(5):697–716.

¹⁶ Jones DW, Frohlich ED, Grim CM, Grim CE, Taubert KA. Mercury Sphygmomanometers Should Not be Abandoned: An Advisory Statement From the Council for High Blood Pressure Research, American Heart Association. Hypertension. 2001 ene 2;37(2):185–6.

¹⁷ Fisher JF, Organization WH, Safety IP on C. Elemental mercury and inorganic mercury compounds : human health aspects [Internet]. 2003. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42607>

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.

Diversas situaciones específicas al momento de medir la PA se traducen en una elevación o disminución transitoria de la PA, Tabla 4 [46-48]. En consideración 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 [6, 49]

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 brazo¹⁸.
 - c. Si se usan aparatos digitales, deben usarse sólo 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 necesario. En caso de ejercicio intenso, consumido café, alcohol o si ha fumado, 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.
 - a. 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 isométrica¹⁹.
6. Colocar el manómetro a nivel de los ojos del examinador y de la aurícula derecha del examinado y que permita leer la graduación de la columna de mercurio o el reloj del aneroide. 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.
9. Determinar el nivel máximo de insuflación. Para ello:

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.

¹⁸ 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.

¹⁹ 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.

- 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 manera tal 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 igual o mayor a 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 considerablemente más alta que las siguientes por el 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 [49]

Consideraciones generales

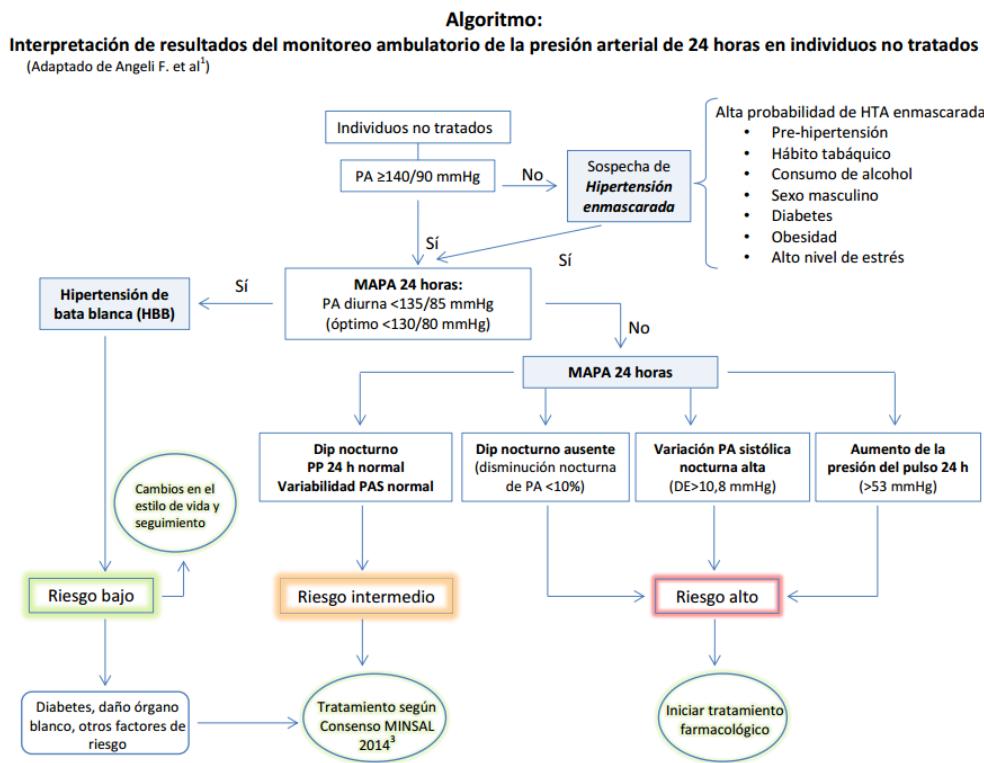
- a) Realizar al menos dos mediciones con técnica estandarizada en otras dos oportunidades además de la toma inicial, en días distintos y en un lapso no mayor a 15 día.
 - b) Para la medición de la PA debe utilizarse un esfigmomanómetro validado, el cual debe calibrarse según las recomendaciones del 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 brazo²⁰.
- 1) Sala tranquila y confortable, a temperatura agradable, sin ruido ambiente.
 - 2) Informar a la persona sobre el procedimiento a realizar y la duración estimada de 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
 - i. 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.
 - 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 isométrica²¹.

²⁰ 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.

²¹ 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.

- 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.

ANEXO 6 Interpretación de los resultados del monitoreo ambulatorio de la presión arterial de 24 horas en individuos sin tratamiento farmacológico, elaborado por Dra. María Cristina Escobar, Organización Panamericana de Salud, 2016, reproducción autorizada.



PA = presión arterial; MAPA = Monitoreo ambulatorio de la PA; PP = presión del pulso; DE = desviación estándar

³ Ministerio de Salud. Enfoque de Riesgo para la Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares. Consenso 2014.

ANEXO 7 Programa vida sana

Es fundamental implementar programas destinados a aquellas personas que tienen riesgo de desarrollar enfermedades no trasmisibles, 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. La evidencia y metodología previamente probada en atención primaria en Chile está precisamente enfocada en disminuir los factores de riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles, a través de la modificación de los estilos de vida (enfoque nutricional y de actividad física) que se encuentran directamente relacionados con la prevención de las ENTs. La población objetivo es de los 2 hasta los 64 años²².

Se recomienda que las personas con intolerancia a la glucosa o con glicemia de ayuno alterada²³, personas con presión arterial normal alta²⁴, dislipidemia, y fumadores de 55 años o más participen de este programa considerando su mayor riesgo cardiovascular.

Dentro de la atención primaria, el programa Vida Sana viene a reforzar las estrategias desarrolladas a través del ciclo vital, enfocándose en realizar prevención y promoción para prevenir las enfermedades no trasmisibles. Debe estar disponible a los usuarios durante los 12 meses del año en horarios acordes a sus necesidades de estos. Para el logro de las metas planteadas se realizan sesiones de actividad física con un total de 144 horas anuales a cargo de especialistas del área, con el propósito de mejorar la capacidad motora, funcional y muscular, en conjunto con 5 Círculos de Vida Sana desarrollados por la dupla nutricionista–psicólogo/a con el propósito de modificación de hábitos y estilos de vida.

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.

²² Criterios de exclusión: Obesidad secundaria que contraindique el ingreso al programa. Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Eventos cardiovasculares (angina inestable o infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular), Insuficiencia orgánica (renal, cardíaca, hepática, etc), Patología oncológica con tratamiento actual o reciente, Patología psiquiátrica que contraindique el ingreso. Cualquier otra patología que a juicio del evaluador represente contraindicación de ingreso al programa.

²³ Intolerancia a la glucosa: glicemia de ayuno 100 a 125 mg/dL o niveles entre 140 y <200 mg/dL 2 h post carga de glucosa. Glicemia de ayunas alterada: glicemia de ayuna >110 y <126 y a las 2h post carga <140mg/dL.

²⁴ Presión arterial normal alta: PAS 130-139 mmHg y/o PAD 85-89 mmHg

ANEXO 8 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 estadístico mensuales (REM) de atenciones y/o población en control se remiten al DEIS por establecimientos y/o estrategias según códigos estructurales definidos.

Los REM pertenecientes al PSCV son los siguientes:

- 1- REM A:** (Todos los registros en el REM A son de carácter mensual)
 - **REM A.05, sección H: ingresos al PSCV.**

Ingresos al PSCV: Corresponde a las personas que ingresan por primera vez a control en el PSCV 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 solo ingreso a dicho programa.

Ingresos según patología: Corresponde a las personas que ingresan por primera vez a control en el PSCV de establecimientos con nivel primario de atención, por las patologías cardiovasculares: Hipertensión, Diabetes Mellitus o Dislipidemia.

Definición de Términos:

- **Población bajo control:** Corresponde a recuento de la población de 20 a 64 años que se encuentra bajo control en el PSCV. Incluye a los pacientes pasivos y a aquellos pacientes que no cuenten con sus respectivos rescates a pesar de la inasistencia. Tanto los trasladados, egresos por abandono justificados y documentados, así como los fallecidos no deben ser incluidos dentro del bajo control.
- **Existencia:** Corresponde al número de adultos bajo control según riesgo cardiovascular y patología al día del censo o bajo control.
- **Nuevos:** Corresponde a los usuarios que ingresan por primera vez.
- **REM A.05, sección I: egresos del PSCV.**

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

- **Egresos por abandono:** Corresponde los 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 tres acciones de rescate de inasistentes.
- **Egresos por Traslado:** Corresponde a las personas 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:** corresponde a las personas que egresan del programa por fallecimiento, que puede ser por la o las patologías que se estaba tratando o por cualquier otra circunstancia.

- a) Definición de términos:
- **Inasistencias:** cualquier paciente que haya faltado a su control programado sin re-agendamiento.
- **Pacientes pasivos:** corresponde a los pacientes inasistentes a sus controles por más de 11 meses 29 días y a los cuales no se les haya realizado ninguna actividad de rescate y, por ende, no pueden ser egresados automáticamente del programa.
- **Abandono:** corresponde a aquellos usuarios que han permanecido inasistentes al programa por más de 11 meses 29 días, a los cuales se les ha efectuado a lo menos tres acciones de rescate en dicho periodo.
- **Rescatados:** Corresponde a aquellos usuarios que vuelven al programa después de haber estado en abandono sin rescate o pasivos.

- b) Criterios de Egreso:
- Pacientes que se encuentran en abandono y que se les haya realizado los rescates respectivos documentados en ficha clínica.
- Cambio de domicilio (traslado de la Garantía)
- Fallecimiento
- Pacientes que a pesar de las actividades de rescate manifiesten su deseo de no ser parte del programa. La renuncia al programa debe estar debidamente documentada.
- Los pacientes egresados del bajo control no necesariamente serán egresados del SIGGES ya que la garantía en el caso de los pacientes crónicos es de por vida. 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

1. **Sección A:** 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 (Hipertensión arterial, Diabetes, Dislipidemia, Tabaquismo, antecedentes de Infarto agudo al miocardio, Enfermedad Cerebro Vascular y Enfermedad Renal Crónica)
2. **Sección B:** Se registra el número de personas en control de PSCV, por grupo de edad y sexo, que logran metas de compensación de sus patologías.
3. **Sección C:** 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 renuncias 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 auditado y que tenga valor al momento de las supervisiones y revisiones internas o externas.

ANEXO 9 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 21)
2. Pesquisa de sobrepeso / obesidad y obesidad abdominal.

El diagnóstico nutricional se realizar con la Índice de Masa Corporal (IMC), que relaciona el peso con la talla.

Tabla 5 Estado nutricional, Chile

Estado nutricional	IMC
Bajo peso	<18.5
Normal	18.5-24.9
Sobrepeso	25-29.9
Obesidad	≥30
Grado I	30-34.9
Grado II	35-39.9
Grado III	≥40

Tabla 6 Estado nutricional en adultos mayores, Chile

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

Existe una relación estrecha relación entre la obesidad abdominal y el riesgo cardiovascular [50]. Se utiliza la medición de la circunferencia de cintura (CC) en el punto medio²⁵ como método de tamizaje de obesidad abdominal. Los puntos de corte para el diagnóstico de obesidad abdominal, de acuerdo al Consenso 2014, son los siguientes [46]:

²⁵ 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 de la huincha 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 media¹⁹⁶. Cada uno de estos puntos de referencia deben ser palpados y marcados y el punto medio verificado con la cinta. La CC se mide con la huincha mantenida en un plano horizontal y al final de una espiración normal. La huincha debe estar ajustada pero no comprimir los tejidos blandos. La persona que mide 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

- 89/95?
- >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 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, 2-3 veces mayor riesgo de úlcera péptica y 2 veces el riesgo de tener un evento cardíaco letal.

- Preguntar a todos los pacientes si fuman tabaco y con qué frecuencia en cada consulta.
- Determinar adicción con escala ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, ANEXO 22) o Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias, validada en Chile.

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.

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.

Examen de Medicina 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)

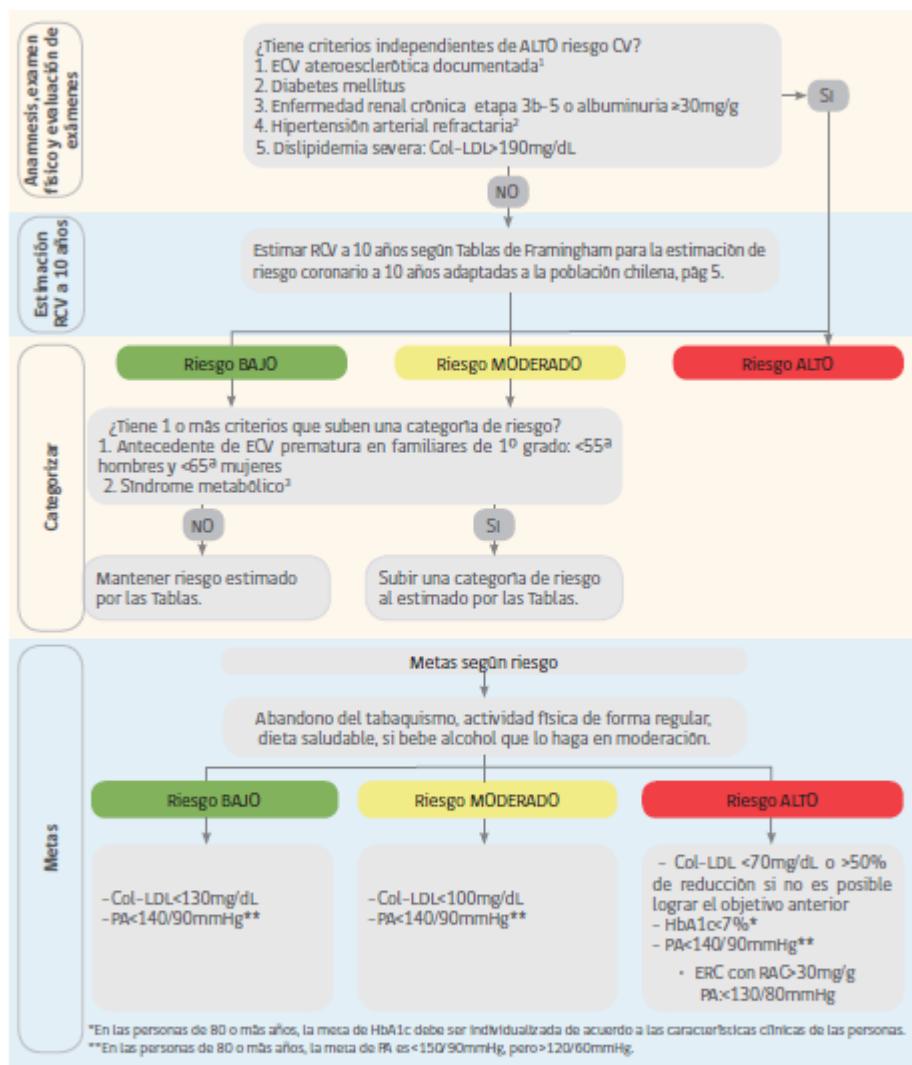
El rendimiento sugerido al controlar a un paciente en su salud cardiovascular y aplicar los instrumentos de pesquisa del examen de medicina preventiva es de 40-60 minutos.

ANEXO 10 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 aero-coronario, ACV o AIT, enfermedad arterial 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 ≥90 cm en hombres y ≥80 cm en mujeres, PA≥130/85mmHg o en tratamiento con antihipertensivos, TG≥150mg/dL o en tratamiento con hipolipemiantes, HDL<40mg/dL hombres o <50mg/dL en mujeres, glicemia de ayuno ≥100mg/dL o en tratamiento.



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

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

Hombres

No Fumadores Fumadores

		Presión arterial sistólica/diastólica (mmHg)				
		<160	160	180	220	260 ≥280
		mg/dl				
≥160/100		3	6	7	9	10
140-159/90-99		3	5	6	8	9
130-139/85-89		2	4	5	7	8
120-129/80-84		2	3	4	5	6
<120/80		2	3	4	5	6
≥160/100		2	4	4	6	7
140-159/90-99		2	3	4	5	6
130-139/85-89		2	3	3	4	5
120-129/80-84		1	2	3	3	4
<120/80		1	2	3	3	4
≥160/100		2	3	3	4	4
140-159/90-99		1	2	3	4	4
130-139/85-89		1	2	2	3	3
120-129/80-84		1	2	2	2	3
<120/80		1	2	2	2	3
≥160/100		1	2	2	2	3
140-159/90-99		1	2	2	2	3
130-139/85-89		1	1	2	2	2
120-129/80-84		1	1	1	2	2
<120/80		1	1	1	2	2

Presión arterial sistólica/diastólica (mmHg)

Si el colesterol HDL < 35 mg/dl, el riesgo real=riesgo x 1,5

Si el colesterol HDL ≥ 60 mg/dl, el riesgo real=riesgo x 0,5

RIESGO A 10 AÑOS

Alto

Moderado

Bajo

≥160/100

140-159/90-99

130-139/85-89

120-129/80-84

<120/80

≥160/100

140-159/90-99

130-139/85-89

120-129/80-84

<120/80

mg/dl

<160

160

180

220

260

≥280

mg/dl

Colesterol

Si el colesterol HDL < 35 mg/dl, el riesgo real=riesgo x 1,5

Si el colesterol HDL ≥ 60 mg/dl, el riesgo real=riesgo x 0,5

RIESGO A 10 AÑOS

Alto

Moderado

Bajo

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://pifrcv.utalca.cl/htm/simulador/simulador.php>) o a través de la aplicación para teléfonos inteligentes del Programa de Salud Cardiovascular.



ANEXO 11 Encuesta de tamizaje de depresión, PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) validado para Chile [14]

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 decepcionara a si mismo/a 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 gente se podría dar cuenta- o se lo contrario, 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/a o de que haría daño de alguna manera	0	1	2	3
(For office coding: Total Score ____ = ____ + ____ + ____)				

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?	Nada en absoluto	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

PHQ-9 is adapted from PRIME-MD TODAY, 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 12 Pauta de cotejo primera consulta por enfermera/o

1. Completar el examen de medicina preventiva (ANEXO 8)
2. Educación estilos de vida saludables
 - a. Alimentación saludable
 - b. Actividad física
 - c. Alcohol
 - d. Tabaquismo
3. Adherencia a la terapia farmacológica (ANEXO 13 Test de Morisky Green Levine-4)
4. Reporte de efectos adversos (notificación)
5. Refuerzo de Talleres cardiovasculares
6. **Banderas rojas** en pacientes del PSCV
7. Síntomas que requieren control en el servicio de urgencia

Banderas Rojas: requieren control en el servicio de urgencia (diferenciar en personas con diabetes que tienen síntomas inespecíficos)

- a. Dolor intenso al pecho
- b. Dolor que se extiende al brazo cuello
- c. Disnea de inicio súbito
- d. Caída de comisura labial
- e. Hemiparesia de brazo o pierna
- f. Disartria
- g. Ceguera mono ocular (aunque sea transitorio)
- h. Cefalea intensa de inicio súbito
- i. Celulitis

ANEXO 13 Test de Morisky Green Levine-4

Test de Morisky-Green, consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta 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 14 Funciones detalladas de los profesionales y técnicos del equipo de salud

<i>Coordinador/a de programa</i>
<ul style="list-style-type: none">- Programar, coordinar y supervisar el cumplimiento de las actividades realizadas por el equipo de salud del PSCV.- 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 del PSCV.- Asignar los roles y responsabilidades de los funcionarios que componen el equipo de salud del PSCV. Se sugiere definir un referente técnico, idealmente médico y/o enfermera.- Coordinar reuniones periódicas del equipo de salud.- Detectar, proponer y promocionar 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.- Coordinar y participar de los controles grupales de pacientes.- Liderar la planificación de actividades anuales necesarias para el aumento de la cobertura de EMPA.- Liderar la planificación de actividades de promoción y prevención de salud.- Implementar protocolo de seguimiento y educación pacientes diabéticos que inician insulinoterapia o que requieren ajuste de dosis de insulina.- Supervisar el registro y aplicación de pautas por parte del equipo de salud.- Gestionar la coordinación de los servicios clínicos.- Elaborar protocolo para la gestión de agenda del equipo de salud.- 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.- 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.
- Implementar, supervisar e implementar el programa de Curaciones Avanzadas de Pie Diabético.

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. Derivar oportunamente a enfermera y/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.
- Apoyar a los usuarios en la toma de decisiones de su salud y en la resolución de problemas relacionados con su automanejo.
- Comprender y respetar creencias, preferencias personales, valores, situaciones familiares y estilos de vida.

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 del riesgo de ulceración del pie en personas con diabetes de acuerdo a orientaciones MINSAL, ANEXO 23.
- 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 insulinorequirentes sobre la técnica de administración de insulina, aporte de carbohidratos y síntomas de hipoglucemia.
- Realizar educación y consejerías 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.)
- Apoyar a los pacientes en la toma de decisiones de su salud y en la resolución de problemas relacionados con su auto manejo.
- Realizar evaluación familiar con los instrumentos del modelo de salud familiar, valorando factores protectores de riesgos individuales y personales, promoviendo el autocuidado.
- Comprender y respetar creencias, preferencias personales, valores, situaciones familiares y estilos de vida.

- Realizar talleres grupales educacionales 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 y adherencia al tratamiento médico.
- Apoyar a los usuarios en la toma de decisiones de su salud y en la resolución de problemas relacionados con su auto manejo.
- 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.

Técnico en enfermería

Acciones delegadas de la función del profesional de enfermería

- 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.
- Preparar con anticipación la ficha clínica y tarjetón de control cardiovascular, adjuntando formularios, receta, exámenes de laboratorio y ECG según corresponda.
- Actualizar los datos personales del paciente en ficha clínica y carnet de control.
- En cada atención del PSCV medir peso, talla, presión arterial, circunferencia de cintura y cadera.

- Medir glicemia capilar con a los pacientes diabéticos que vienen a control y aquellos que están en monitoreo para ajuste de la dosis de insulina.
- Registrar en hoja de atención fecha, edad, peso, talla, presión arterial, circunferencia de cintura y cadera, y glicemia capilar según corresponda.
- 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

- Realizar examen físico de los pies.
- Explicar procedimiento a realizar en forma amable y clara al usuario.
- Considerar siempre el riesgo y el beneficio del procedimiento, especialmente, en los pacientes diabéticos.
- En función de las necesidades del paciente, realizar: onicotomía, devastado de lámina en onicogriphosis, extracción de espícula en onicocryptosis, devastado de helomas y pulido borde de talones en hiperqueratosis.
- 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.
- Limpieza de unidad para recibir el próximo paciente y al finalizar la jornada.
- Mantener y cuidar el instrumental en óptimas condiciones.
- 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 cardiovascular 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.

ANEXO 15 El Químico Farmacéutico en el PSCV

La Norma General Técnica Nº12, define los servicios farmacéuticos relativos a la adquisición, recepción, almacenamiento, dispensación e información que se debe entregar a los usuarios, para los diferentes niveles; sin embargo, no considera las actividades relativas al control de las personas con enfermedades crónicas, a pesar de que la evidencia actual es clara en cuanto al beneficio que significa la integración del químico farmacéutico en el equipo de salud, particularmente en patologías de riesgo cardiovascular. La evidencia es sólida en concluir que la participación de un QF en el tratamiento de personas con patologías crónicas, como HTA, se asocia a mayores niveles de compensación en el tiempo [51].

A contar 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 Químico Farmacéutico del centro de atención primaria puede realizar funciones relativas a la atención farmacéutica (AF). La AF, nace a principios de los años 90 de la mano de Hepler y Strand, como respuesta a sus inquietudes sobre el enfoque que debía tener el Químico Farmacéutico en el ámbito clínico. Se define como un sistema centrado en el paciente, en vez de los sistemas biológicos o de los productos farmacéuticos, 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” [52].

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 16 Criterios referencia

Criterios de referencia diabetes	Especialidad	Información relevante para derivación
<ul style="list-style-type: none"> - Sospecha de DM 1 - Sospecha causa secundaria DM, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> - 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 Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> - Motivo derivación - Antec. mórbidos y otros FRCV - Síntomas y signos relevantes - Tratamiento - Daño de órgano blanco - Exámenes relevantes; <ul style="list-style-type: none"> - HbA1 - VFGe, RAC - Fondo de ojo - ECG - Perfil lipídico

* Luego de ajustar dosis de insulina a través de un perfil de glicemia y reforzar la adherencia al tratamiento.

Criterios de referencia complicaciones diabetes		Especialidad	Información relevante para derivación
Nefropatía diabética	<ul style="list-style-type: none"> • Albuminuria, a pesar del uso de algún antiproteinúrico por 3-6 meses: <ul style="list-style-type: none"> - No reduce 30-50% RAC o - RAC $\geq 300 \text{ mg/g}$ • VFGe $< 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ por más de 3 meses y/o caída VFGe $> 10\%$ anual. 	Nefrología Medicina Interna	<ul style="list-style-type: none"> - Motivo derivación - Antec. mórbidos y otros FRCV - Síntomas y signos relevantes - Tratamiento - Daño de órgano blanco - Exámenes relevantes; <ul style="list-style-type: none"> - HbA1 - VFGe, RAC - Fondo de ojo - ECG Perfil lipídico
Retinopatía diabética	Sospecha de retinopatía diabética diagnosticada con fondo de ojo alterado.	Oftalmólogo	
Pie diabético	<p>Pie diabético ulcerado con infección severa y/o progresiva.</p> <p>Artropatía de Charcot (emergencia médica)</p> <p>Enfermedad arterial periférica severa</p> <p>Dolor en reposo y/o nocturno</p>	Fisiatría Traumatología Cirugía vascular Diabetología Medicina Interna	
Macroangiopatía	<p>Sospecha o evidencia de enfermedad coronaria.</p> <p>Enfermedad cerebro vascular (ACV/AIT)</p> <p>Enfermedad arterial (Aorta, arterias renales, carótidas y arterias periféricas)</p>	Servicio de urgencia Cardiología Cirugía vascular Neurología Medicina interna	

Criterio de referencia en Hipertensión arterial		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	<ul style="list-style-type: none"> - Motivo de la derivación - Antecedentes mórbidos - Síntomas y signos relevantes - Tratamiento (especificar dosis) - Mediciones seriadas de PA, MAPA si se tiene
Sospecha de HTA secundaria	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	Cardiología Endocrinología	<ul style="list-style-type: none"> - Exámenes <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina - ELP - RAC - ECG - Perfil lipídico
Dificultades con el tratamiento	Intolerancia a fármacos y contraindicaciones múltiples		
HTA durante el embarazo	Paciente hipertensa que se embaraza Hipertensión que aparece durante el embarazo	Ginecobstetricia	<ul style="list-style-type: none"> - Edad gestacional - Tratamiento previo al embarazo - DOB - Proteinuria

Criterios de referencia en dislipidemia	Especialidad	Información relevante para la derivación
<p>Sospecha de DLP familiar</p> <p>LDL >100 mg/dL en paciente con RCV alto, a pesar de estar con estatina en dosis máxima.</p> <p>TGC > 1000 mg/dL</p> <p>Intolerancia a los fármacos hipolipemiantes.</p> <p>Necesidad de asociar estatinas con fibratos.</p>	<p>Medicina Interna</p> <p>Endocrinología</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Motivo derivación - Diagnóstico o sospecha clínica - Perfil lipídico actualizado, glicemia, función renal y TSH (si está disponible)

ANEXO 17 Fondo de farmacia, FOFAR

Se podrán incluir fármacos distintos a los contenidos en el listados por iniciativas locales, siempre que sean necesarios para las patologías incluidas en el programa y que su inclusión este aprobada por el comité de farmacia y terapéutica de los Servicios de Salud (Ord. C 51, N° 3901, 20/12/2016).

Nombre problema de salud GES	MEDICAMENTO (NOMBRE GENERICO)	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

	Acido Acetilsalicílico	Amlodipino	Atenolol	Atorvastatina	Captopril	Carvediol	Enalapril	Espironolactona	Furosemida	Gemfibrozilo	Glibenclamida	Hidralazina	Hidroclorotiazida	Insulina
Acido Acetilsalicílico	■													
Amlodipino		■												
Atenolol			■											
Atorvastatina				■										
Captopril					■									
Carvediol						■								
Enalapril							■							
Espironolactona								■						
Furosemida									■					
Gemfibrozilo										■				
Glibenclamida											■			
Hidralazina												■		
Hidroclorotiazida													■	
Insulina														■
Isosorbide														
Losartan														
Metformina														
Metildopa														
Nifedipino R														
Propranolol														
Valsartan														

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 riesgo.
	Riesgos iguales o superiores a beneficios, sólo utilizar en casos realmente necesarios y por poco tiempo.
	Riesgos superan beneficios, no utilizar.

ANEXO 18 Interacciones farmacológicas fármacos PSCV (color), Elaborado por Francisco Martínez M., QF, reproducción autorizada [16].

	Acido Acetilsalicílico	Amlodipino	Atenolol	Atorvastatina	Captopril	Carvediol	Enalapril	Espironolactona	Furosemida	Gemfibrozilo	Glibenclamida	Hidralazina	Hidroclorotiazida
Acido Acetilsalicílico	■				■			■			■		
Amlodipino		■											■
Atenolol			■	■			■				■	■	
Atorvastatina			■	■	■			■	■	■	■		■
Captopril	■										■	■	
Carvediol			■	■							■	■	
Enalapril	■				■	■	■	■	■	■	■	■	
Espironolactona	■			■	■	■	■	■	■	■	■		
Furosemida					■	■	■	■	■	■	■	■	
Gemfibrozilo				■		■				■	■	■	
Glibenclamida	■		■	■		■	■	■	■	■	■	■	■
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 riesgo.
	Riesgos iguales o superiores a beneficios, sólo utilizar en casos realmente necesarios y por poco tiempo.
	Riesgos superan beneficios, no utilizar.

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

ANEXO 19 Interacciones farmacológicas PSCV-SALUD MENTAL Y EPILEPSIA, (versión color), Elaborado por Francisco Martínez M., QF, reproducción autorizada [17].

	Acido Acetilsalicílico	Ácido Valproico	Alprazolam	Amitriptilina	Amlodipino	Atenolol	Atorvastatina	Captopril	Carbamazepina	Carvedilol	Ciclobenzaprina	Clonazepam	Diazepam	Digoxina	Enalapril	Espironolactona	Fenitoina	Fenobarbital	Fluoxetina	Furosemida
Acido Acetilsalicílico																				
Ácido Valproico																				
Alprazolam																				
Amitriptilina																				
Amlodipino																				
Atenolol																				
Atorvastatina																				
Captopril																				
Carbamazepina																				
Carvedilol																				
Ciclobenzaprina																				
Clonazepam																				
Diazepam																				
Digoxina																				
Enalapril																				
Espironolactona																				
Fenitoina																				
Fenobarbital																				
Fluoxetina																				
Furosemida																				
Gemfibrozilo																				
Glibenclamida																				
Hidralazina																				
Hidroclorotiazida																				
Insulina																				
Isosorbide																				

Lamotrigina	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow
Levetiracetam	Green	Green	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow
Levotiroxina	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green
Losartan	Green	Red	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Red	Yellow	Green	Red	Yellow
Metformina	Green	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Metildopa	Green	Yellow	Green	Orange	Green	Yellow	Green	Orange	Green	Green	Green	Green
Nifedipino R	Green	Red	Yellow	Green	Green	Red	Green	Red	Yellow	Green	Red	Red
Propranolol	Green	Yellow	Green	Red	Green	Yellow	Green	Red	Yellow	Green	Yellow	Yellow
Quetiapina	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Red
Risperidona	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Orange	Green	Green	Yellow	Yellow
Sertralina	Green	Green	Yellow	Orange	Green	Green	Green	Green	Orange	Green	Yellow	Orange
Tramadol	Green	Orange	Orange	Yellow	Green	Red	Green	Yellow	Orange	Green	Orange	Orange
Valsartan	Green	Yellow	Orange	Green	Red	Green	Green	Green	Orange	Red	Green	Green
Venlafaxina	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Orange	Yellow	Yellow	Orange
Zopiclona	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Orange	Green	Orange	Orange	Green	Orange	Yellow

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

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

	Ácido Acetilsalicílico	Ácido Valproico	Alprazolam	Amitriptilina	Amlodipino	Atenolol	Atorvastatina	Captopril	Carbamazepina	Carvedilol	Ciclobenzaprina	Clonazepam	Diazepam	Digoxina	Enalapril	Espironolactona	Fenitoína	Fenobarbital	Fluoxetina	Furosemida
Ácido Acetilsalicílico																				
Ácido Valproico																				
Alprazolam																				
Amitriptilina																				
Amlodipino																				
Atenolol																				
Atorvastatina																				
Captopril																				
Carbamazepina																				
Carvedilol																				
Ciclobenzaprina																				
Clonazepam																				
Diazepam																				
Digoxina																				
Enalapril																				
Espironolactona																				
Fenitoína																				
Fenobarbital																				
Fluoxetina																				
Furosemida																				
Gemfibrozilo																				
Glibenclamida																				
Hidralazina																				
Hidroclorotiazida																				
Insulina																				
Isosorbide																				
Lamotrigina																				

Levetiracetam																				
Levotiroxina																				
Losartan																				
Metformina																				
Metildopa																				
Nifedipino R																				
Propranolol																				
Quetiapina																				
Risperidona																				
Sertralina																				
Tramadol																				
Valsartan																				
Venlafaxina																				
Zopiclona																				

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.
	Riesgos iguales o superiores a beneficios, sólo utilizar en casos realmente necesarios y por poco tiempo.
	Riesgos superan beneficios, no utilizar.

ANEXO 20 Diagnóstico diferencial de hipertensión arterial según edad

<i>Edad</i>	<i>Causa</i>
Recién Nacido y Lactantes	Coartación de Aorta
	Trombosis de arteria y/o vena renal
	Síndrome Nefrótico congénito
	Necrosis tubular aguda
	Necrosis cortical
	Trombosis de arteria y/o vena renal
	Estenosis arteria renal
	Malformaciones renales
	Displasia broncopulmonar
	Hiperplasia suprarrenal congénita
2 a 5 años	Tumores
	Enfermedades del parénquima renal
	Malformaciones renales
	Síndrome Hemolítico Urémico
	Coartación de la Aorta
6 a 10 años	Estenosis de arteria renal
	Feocromocitoma
	Hiperaldosteronismo
11 o más años	Enfermedades del parénquima renal
	Estenosis de arteria renal
	Síndrome Hemolítico Urémico
	Hipertensión esencial
	Enfermedades del parénquima renal
	Hipertiroidismo
	Estenosis de arteria renal
	Arteritis de Takayasu
	Síndrome de coartación aórtica
	Feocromocitoma
	HA monogénica: hiperaldosteronismo remediable con glucocorticoides, síndrome de exceso aparente de mineralocorticoides, síndrome de Liddle, síndrome de Gordon y la hipersensibilidad al receptor de mineralocorticoides.

ANEXO 21 Anexo AUDIT

AUDIT		TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL					Salud Pública de Chile		
IB INVESTIGACIONES BREVES para reducir el consumo de alcohol de risgo									
<p>Lea 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</p>							<p>como cerveza, vino, pisco, ron, vodka, etc., y explique el concepto de TRAGO (bebidas estándares). 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.</p>		
1 ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?		① Nunca	② 1 o menos veces al mes	③ De 2 a 4 veces al mes	④ De 2 a 3 veces a la semana	⑤ 4 o más veces a la semana	<input type="checkbox"/>		
2 ¿Cuántos TRAGOS de alcohol suele tomar en un día de consumo normal?		① 1 ó 2	② 3 ó 4	③ 5 ó 6	④ 7, 8 ó 9	⑤ 10 ó más	<input type="checkbox"/>		
3 ¿Con qué frecuencia toma 5 o más TRAGOS en un solo día?		① Nunca	② Menos de una vez al mes	③ Mensualmente	④ Semanalmente	⑤ A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/>		
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?		① Nunca	② Menos de una vez al mes	③ Mensualmente	④ Semanalmente	⑤ A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/>		
5 En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?		① Nunca	② Menos de una vez al mes	③ Mensualmente	④ Semanalmente	⑤ A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/>		
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?		① Nunca	② Menos de una vez al mes	③ Mensualmente	④ Semanalmente	⑤ A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/>		
7 En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?		① Nunca	② Menos de una vez al mes	③ Mensualmente	④ Semanalmente	⑤ A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/>		
8 En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?		① Nunca	② Menos de una vez al mes	③ Mensualmente	④ Semanalmente	⑤ A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/>		
9 ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?		① No	② Sí, pero no el curso del último año	③ 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?		① No	② Sí, pero no el curso del último año	③ 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			



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	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

Vuelva a leer la Pregunta 1

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

Pregunta 3

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia ha tenido fuertes deseos o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diarilmente 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 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	Diarilmente 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 los contrario continúe con la entrevista.

Pregunta 4

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿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	Diarilmente 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, cigarrillos habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
- b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)
- c. Marihuana (cannabis, pitos, 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 (neopatrón, gasolina/bencina, pegamentos, solventes, popper, aerosoles, etc.)
- g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Ravotril/Clonazepam, Alprazolam, Amparax/Lorazepam, Zopiclona, Dormonid/Midazolam, chicota/unitrizepam, 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 1)

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	Mensualmente	Semanalmente	Diarialmente o casi al 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 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 7

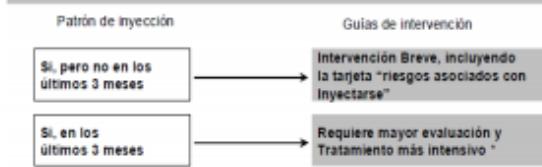
¿Alguna vez ha intentado controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Marihuana	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de 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 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.



CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (etiquetadas de la a. 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 23 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 *	Sensibilidad protectora ^b	DEF ^c	Grupos de riesgo	Recomendaciones	
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 0 BAJO	Próxima evaluación: 1 año Educación para el autocuidado Calzado apropiado	
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 MODERADO	Próxima evaluación: 6 meses Educación para el autocuidado Calzado apropiado	
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 2 ALTO	Próxima evaluación: 3-6 meses Intensificar la educación para el autocuidado Calzado especial si requiere Considerar referir a especialista para manejo conjunto	
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Normal Sí	<input type="checkbox"/> Alterada No	<input type="checkbox"/> 3 MÁXIMO	Próxima evaluación: 1-3 meses Intensificar la educación para el autocuidado Calzado especial si requiere Referir a especialista para manejo conjunto	
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No Sí	<input type="checkbox"/> Alterada Normal	<input type="checkbox"/> No Sí		

*Enfermedad Arterial Periférica (EAP). Se considerará EAP la ausencia de al menos uno de los 4 pulsos posibles (2 pedios + 2 tobillos posteriores)
 ^aSensibilidad protectora (SP). Se realiza evaluando la sensibilidad a la presión superficial utilizando un monofilamento de 10g en la planta del pie. No aplicar sobre hiperqueratosis.
 ^bSP Normal: identificación de la totalidad de los 8 puntos (4 puntos por pie). SP Alterado: Si en al menos uno de los 8 puntos (4 puntos por pie) hay pérdida de la sensibilidad.

^cDeformidad (DEF): presencia de dedos en garra, dedos en martillo, prominencia de cabezas metatarsales, hallux valgus, artrovalgias de Chacrot.

Los cuadros con linea 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 International en Pie Diabético, IWGDF 2000/2008)

AUTORES

Dr. José Vicente Jara, Médico Internista, Consultorio San Rafael, 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 Depto. Modelo de Atención APS, División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

Nut. Natalia Dinamarca, Depto. 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.

Nut. Manuela Pérez. 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.

Psic. Gonzalo Soto, MSP, Depto. Modelo de Atención APS, División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

Klgo. Raúl Valenzuela, Depto. Modelo de Atención APS, División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

EU. Margarita Barriás, Depto. Modelo de Atención APS, División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

Revisores

Dr. Fernando Lanas, cardiólogo, Enc. PSCV, Sociedad Chilena de Cardiología.
Dra. María Cristina Escobar, Asesor Organización Panamericana de la Salud.
EM. Patricia Morgado, Sociedad Chilena de Hipertensión.
EU. Adriana Guzmán, Enc. PSCV Servicio de Salud Chiloé.
EU. Elizabeth González, Servicio de Salud Metropolitano.
EU. Consuelo Córdova López, Enc. de Ciclo de Vida Aduldez, Aduldez Mayor, Servicio de Salud Osorno.
Nut. Angélica Vargas, Enc. PSCV Provincia del Reloncaví.
Nut. Dominique Masferrer, División de Políticas Públicas Saludables.
Nut. Ingrid Vera, Enc. PSCV Servicio de Salud.
Nut. Marcela Zapata C., Enc. Regional PSCV, Seremi de Salud de los Lagos.
Nut. Patricia Sanhueza, Enc. PSCV Provincia de Osorno.
Psic. Gonzalo Soto, División de Atención Primaria, MINSAL
Psic. Natalia Dembowski, Depto. Salud Mental, MINSAL.

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

LISTA DE REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud, G.d.C., *Estrategia Nacional de Salud para el logro de los Objetivos Sanitarios 2011-2020*. 2010.
2. Ley num. 20.584 *Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*.
3. Ministerio de Salud, G.d.C., Departamento de Estadística e Información en Salud, *Indicadores básicos de Salud 2013*. 2013.
4. Lewin, M.R., *Asymptomatic 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., *Guía Clínica GES: Hipertensión arterial esencial en mayores de 15 años*. 2010.
7. Murad, M.H., et al., *The association of hypertriglyceridemia with cardiovascular events and pancreatitis: a systematic review and meta-analysis*. BMC Endocr Disord, 2012. **12**: p. 2.
8. Mancia, G., et al., *2013 ESH/ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension*. Blood pressure, 2014. **23**(1): p. 3-16.
9. Ministerio de Salud, G.d.C., *Guía de Práctica Clínica de Diabetes mellitus tipo 2* E.n. Transmisibles, Editor. 2016.
10. Black, H.R., et al., *Valsartan: more than a decade of experience*. Drugs, 2009. **69**(17): p. 2393-414.
11. 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.
12. Hare, D.L., et al., *Depression and cardiovascular disease: a clinical review*. European Heart Journal, 2014. **35**(21): p. 1365-1372.
13. Roy, T. and C.E. Lloyd, *Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review*. J Affect Disord, 2012. **142 Suppl**: p. S8-21.
14. 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.
15. Weeks, G., et al., *Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016(11).
16. Martínez, F., *Desarrollo e implementación de un programa de seguimiento farmacoterapéutico en usuarios adultos mayores polimedicados de un centro de atención primaria de salud*. 2016, Pontificia Universidad Católica de Chile.
17. Phillips, L.S., et al., *Clinical inertia*. Ann Intern Med, 2001. **135**(9): p. 825-34.
18. 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.
19. 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.
20. Ivers, N., et al., *Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes*. Cochrane Database Syst Rev, 2012(6): p. CD000259.

21. 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.
22. 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.
23. Jaffe, M.G., et al., *Improved blood pressure control associated with a large-scale hypertension program*. JAMA, 2013. **310**(7): p. 699-705.
24. Ministerio de Salud, G.d.C., *Fondo de Farmacia*, D.d.A. Primaria, Editor. 2014.
25. Ministerio de Salud, G.d.C., *Norma Referencia y Contrareferencia*, D.d.G.d.P.C. Asistenciales, Editor.
26. Ministerio de Salud, G.d.C., *Modelo de atención para personas con enfermedades crónicas, directrices para la implementación* 2014.
27. Ministerio de Salud, G.d.C., *Automanejo de enfermedades no transmisibles: una tarea compartida entre usuarios y el equipo de salud*. 2016.
28. 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.
29. Cramer, J.A., et al., *Medication compliance and persistence: terminology and definitions*. Value Health, 2008. **11**(1): p. 44-7.
30. Varleta, P., et al., [Assessment of adherence to antihypertensive therapy]. Revista médica de Chile, 2015. **143**(5): p. 569-76.
31. Garrido, J., *Control del Hipertenso, un desafío no resuelto: Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular*. Revista chilena de cardiologa p, 2013. **32**(2 SRC - GoogleScholar): p. 85-96.
32. Vigo, D., G. Thornicroft, and R. Atun, *Estimating the true global burden of mental illness*. Lancet Psychiatry, 2016. **3**(2): p. 171-8.
33. Ngo, V.K., et al., *Grand challenges: Integrating mental health care into the non-communicable disease agenda*. PLoS Med, 2013. **10**(5): p. e1001443.
34. Prince, M., et al., *No health without mental health*. Lancet, 2007. **370**(9590): p. 859-77.
35. Martin Prince, V.P., Shekhar Saxena, Mario Maj, Joanna Maselko, Michael R Phillips, Atif Rahman, *No health without mental health*. 2007.
36. Bernhard T. Baune, P.J.T., *Cardiovascular Diseases and Depression*. 2016: Springer.
37. 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.
38. Narayanan, G. and D. Prabhakaran, *Integrating mental health into cardiovascular disease research in India*. Natl Med J India, 2012. **25**(5): p. 274-80.
39. Ministerio de Salud, G.d.C., *Programa Nacional de salud de la infancia con enfoque integral*, C. Vital, Editor. 2014.
40. Ministerio de Salud, G.d.C., *Guía clínica n Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más*. 2010.

41. Ministerio de Salud, G.d.C., *Retinopatía diabética, Guía de Práctica Clínica*, E.N. Transmisibles, Editor. 2010.
42. Ministerio de Salud, G.d.C., *Enfoque de riesgo para la prevención de las enfermedades cardiovasculares, Consenso*, E.n. Transmisibles, Editor. 2014.
43. 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.
44. 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.
45. 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.
46. Handler, J., *The importance of accurate blood pressure measurement*. Perm J, 2009. **13**(3): p. 51-4.
47. 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.
48. 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.
49. Cloutier, L., et al., *A New Algorithm for the Diagnosis of Hypertension in Canada*. Can J Cardiol, 2015. **31**(5): p. 620-30.
50. 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.
51. 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.
52. Hepler, C.D. and L.M. Strand, *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*. Am J Hosp Pharm, 1990. **47**(3): p. 533-43.

