

ESTRATEGIA DE RESIDENCIAS SANITARIAS
RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN
DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
EQUIPO DE GESTIÓN CLÍNICA DE RESIDENCIAS SANITARIAS.



Recomendaciones elaboradas por el Ministerio de Salud, a través del Departamento de Enfermedades no Transmisibles y complementado por el Departamento de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, ambos de la División de Prevención y Control de Enfermedades.

El documento que se presenta a continuación, complementa a: *“Estrategia Residencias Sanitarias, recomendaciones para la implementación en el marco del plan de acción coronavirus COVID-19”*.

Documento sujeto a evaluación y actualización constante según aparición de nueva evidencia científica.

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.	5
2. OBJETIVOS	7
Objetivo General	7
Objetivos Específicos	7
3. ALCANCE DEL DOCUMENTO	8
4. ESTÁNDARES MÍNIMOS REQUERIDOS EN LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS	9
a. Infraestructura.	9
b. Equipamiento.	9
c. Recursos Humanos	9
d. Insumos	11
e. Servicios de alimentación	12
5. PROCESO DE ATENCIÓN DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS.	13
a. Ingreso a la residencia	13
b. Continuidad de tratamientos farmacológicos.	17
c. Vigilancia de la Salud durante la permanencia en Residencias Sanitarias	17
d. Egreso de la residencia	19
e. Traslados	21
6. REGISTRO	21
7. REFERENCIAS	22
8. ANEXOS	24
ANEXO I: PAUTA DE CONSTANCIA DE ELEMENTOS AL INGRESO A RESIDENCIA SANITARIA	25
ANEXO II: INDICACIONES PARA INGRESO A RESIDENCIA SANITARIA	26
ANEXO III: REGISTRO DE INGRESO A RESIDENCIA	27

ANEXO IV: CHEQUEO CONTROL DE SIGNOS VITALES	30
ANEXO V: PAUTA DE CHEQUEO DE DESCOMPENSACIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS	31
ANEXO VI: SOSPECHA DE ATAQUE CEREBROVASCULAR E INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	32
ANEXO VII: HIPOGLICEMIA	34

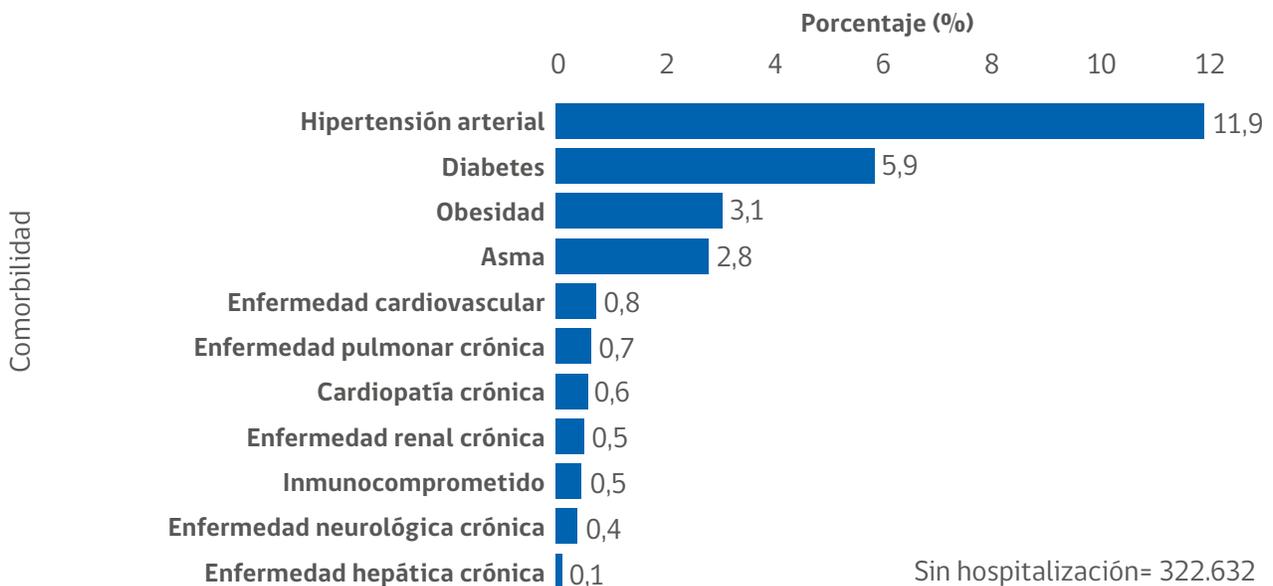
1. INTRODUCCIÓN.

En vista de la urgente necesidad de controlar la curva de contagio asociada a la Pandemia por COVID-19, se han implementado, en el contexto del Plan de Acción por Coronavirus, la estrategia “Residencias Sanitarias” que busca ofrecer, a personas que lo requieran, condiciones adecuadas para realizar aislamientos preventivos o normativos, oportunos, seguros y efectivos, acorde a la normativa vigente. Esta estrategia está dirigida a personas que no pueden cumplir este requerimiento en su domicilio habitual por condiciones de habitabilidad u otros motivos^{1,2}.

De acuerdo a lo reportado a nivel internacional, las personas que viven con enfermedades crónicas se encuentran en mayor riesgo de presentar enfermedad severa por virus SARS-CoV-2 (1). En este grupo, se encuentran las personas con enfermedad renal crónica, enfermedad respiratoria crónica, compromiso del sistema inmune, trasplante de órgano sólido, enfermedad cardiovascular, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, cáncer, entre otros (2, 3).

En Chile, de acuerdo a lo reportado en los informes epidemiológicos, la distribución de las enfermedades crónicas más frecuentes en los casos sin y con hospitalización por COVID-19, es la mostrada en la ilustración 1 y 2 (4).

Ilustración 1: Casos por COVID-19 notificados (confirmados y probables) sin hospitalización según presencia de enfermedad crónica. Chile, al 16 de julio de 2020.



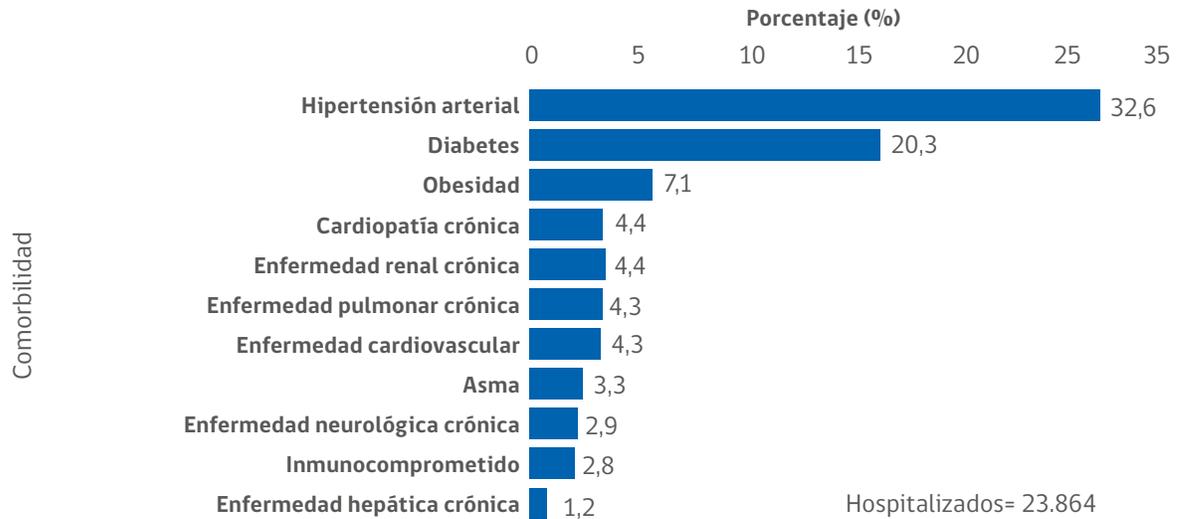
Datos provisorios al 16-07-2020

Fuente: Sistema de notificación EPIVIGILIA, Depto de Epidemiología. DISPLAS-MINSAL

1-En su domicilio habitual no se cuenta con las condiciones para la realización de un aislamiento seguro y efectivo. Se deben considerar criterios de infraestructura, situación de hacinamiento y acceso a agua potable.

2-En su domicilio habitual no se cuenta con las condiciones para el aislamiento domiciliario efectivo por infraestructura, hacinamiento o convivencia con personas con alto riesgo de complicaciones.

Ilustración 2: Casos por COVID-19 notificados (confirmados y probables) hospitalizados según presencia de enfermedad crónica. Chile, al 16 de julio de 2020.



Datos provisorios al 16-07-2020

Fuente: Sistema de notificación EPIVIGILIA, Depto de Epidemiología. DISPLAS-MINSAL

Considerando el alto riesgo de descompensación de los pacientes crónicos al agregarse una enfermedad infecciosa, el abordaje de estas patologías en el contexto COVID-19, especialmente en Residencias Sanitarias, es de suma relevancia.

Por otra parte, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) no ha sido descrito hasta el momento como un factor de riesgo clásico de infección por SARS-CoV-2 y no existe evidencia disponible acerca de si las personas viviendo con VIH (PVVIH) tienen mayor riesgo de adquirir SARS-CoV-2 o tener una enfermedad más severa por COVID-19. Los pacientes con cargas virales indetectables y recuento de linfocitos CD4 >350 células/mm³, no deberían por lo tanto tener un mayor riesgo asociado, y el pronóstico de un usuario/a bien controlado debiese ser similar a un usuario/a no VIH.

En nuestro país, la mayoría de las PVVIH que están en terapia antiretroviral (TAR) presentan un control virológico adecuado (91,2% de los usuarios se encuentran con carga viral suprimida), y es conocido que usuarios/as bien controlados tienen una expectativa de vida similar a la que presentan las personas seronegativas. Sin embargo, dado que en Chile un 23,8% de las PVVIH que están en tratamiento antirretroviral son mayores de 50 años y la edad es una condición que puede asociarse a infección por SARS-CoV-2 más grave, se hace imprescindible considerar este aspecto para su inclusión dentro del manejo de las Residencias Sanitarias en las personas coinfectadas.

En el siguiente documento, se entregan algunas especificidades para la atención de las **personas con enfermedades crónicas que requieren apoyo para la mantención de su salud, y sin posibilidad de cumplir cuarentena en su domicilio por alto riesgo de contraer COVID-19, y aquellas personas con patologías crónicas que requieren aislamiento normativo o preventivo.**

3- Información obtenida de los registros clínicos de los Centros de Atención de VIH de la Red Pública de Salud. Datos a Diciembre de 2019

Nota: La definición de caso sospechoso, probable y confirmado, se encuentra en la normativa vigente Ord. N°2137 del 11 de junio 2020 (5) y puede ser actualizado de acuerdo al escenario epidemiológico. Al mismo tiempo, el *“Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile, entre las SEREMIs de Salud y la Atención Primaria de Salud: Estrategia Nacional de Trazabilidad y Aislamiento”* del 01 de julio de 2020 (6), realizado por el Departamento de Epidemiología de la División de Planificación Sanitaria del MINSAL, modifica la siguiente definición:

Contacto estrecho es la persona que:

- Está cara a cara, a menos de un metro de distancia con alguien que es o resulta positivo para coronavirus, durante al menos 15 minutos sin usar mascarilla.
- Compartió un espacio cerrado por más de dos horas sin el uso de mascarillas.
- Viven o cohabitan una misma habitación cerrada.
- Compartió un medio de transporte estando a menos de 1 metro de una persona contagiada, con coronavirus o que se sabe después, sin el uso de la protección adecuada.

2. OBJETIVOS

Objetivo General

Contribuir al control de la curva de contagio de la pandemia por COVID-19, mediante la implementación de la estrategia “Residencias Sanitarias” a lo largo del país, que permita el cumplimiento de aislamientos, preventivos y/o normativos, transitorios y efectivos para personas que cumplen con los criterios establecidos en el presente documento. Lo anterior, dentro de la estrategia que consiste en detectar, trazar y aislar.

Controlar y tratar la infección por virus SARS-CoV-2 desde el punto de vista individual, considerando el curso natural de la enfermedad y las características particulares de las personas y poblaciones bajo control.

Objetivos Específicos

A través del presente documento dirigido a personal de salud y cuidadores de personas con una o más enfermedades crónicas no transmisibles de alto riesgo de enfermedad grave por virus SARS-CoV-2 en contexto de Residencias Sanitarias, se espera:

- * Establecer el proceso de atención de salud para las personas con enfermedades crónicas compensadas y sin posibilidad de cumplir aislamiento en su domicilio (pacientes contacto estrecho, asintomáticos) por alto riesgo de contraer COVID-19 en este, que requieran aislamiento en Residencias Sanitarias.
- * Establecer los flujos de acción asociados a las personas con enfermedades crónicas y sin posibilidad de cumplir aislamiento en su domicilio (pacientes contacto estrecho, asintomáticos)

por alto riesgo de contraer COVID-19 en este, y que requiera acceder a la estrategia de Residencias Sanitarias.

- * Entregar una alternativa de aislamiento preventivo, particularmente a personas inmunodeprimidas autovalentes, como enfermedad renal crónica, personas trasplantadas o en hemodiálisis, y/o personas viviendo con VIH que no puedan hacer cuarentena en su domicilio.

3. ALCANCE DEL DOCUMENTO

Este documento define los aspectos técnicos a considerar por los equipos de las Residencias Sanitarias, según los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud, para asegurar la calidad y continuidad de la atención del grupo de personas con enfermedades crónicas que requieren apoyo para la mantención de su salud, y sin posibilidad de cumplir aislamiento en su domicilio (pacientes contacto estrecho, asintomáticos) por alto riesgo de contraer COVID-19 en este.

Criterios de inclusión

Para el ingreso y/o derivación a dichos dispositivos, se considerarán los siguientes criterios:

- * Personas con enfermedades crónicas compensadas autovalentes (o en caso de dependencia leve o moderada, ingresar acompañadas por un cuidador) identificadas como caso sospechoso, probable o confirmado de COVID-19, con indicación de aislamiento normativo o preventivo y sin posibilidad de cumplir aislamiento en su domicilio.
- * Personas con enfermedades crónicas autovalentes (o en caso de dependencia leve o moderada ingresar acompañadas por un cuidador) y sin posibilidad de cumplir aislamiento en su domicilio (pacientes contacto estrecho, asintomáticos) por alto riesgo de contraer COVID-19 en este.
- * Dentro del grupo anterior, se incluyen las personas con enfermedad renal crónica compensada, autovalentes, que se encuentran en terapia de sustitución renal (hemodiálisis, peritoneo diálisis) siendo contacto estrecho, caso confirmado, probable o sospechoso y sin posibilidad de cumplir aislamiento en su domicilio.

Criterios de exclusión

- * Quedarán excluidas para el ingreso a Residencias Sanitarias aquellas personas que, al momento de evaluar su ingreso, presenten signos y síntomas asociados a una descompensación de su patología crónica de base u otra condición aguda que requiera de la evaluación en un servicio de urgencia o la atención en otro nivel asistencial de la red de salud.

4. ESTÁNDARES MÍNIMOS REQUERIDOS EN LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

a. Infraestructura.

Los estándares mínimos se encuentran definidos en la Orientación General de Residencias Sanitarias.

b. Equipamiento.

- * Esfigmomanómetro.
- * Saturómetro digital.
- * Fonendoscopio.
- * Termómetro digital.
- * Mobiliario: Cama, velador, mesa de alimentación, basurero con tapa, closet o cómoda y TV (opcional). Se solicita retirar todo elemento decorativo, para facilitar la adecuada atención y aseo.
- * Baño: Útiles de aseo mínimos y toalla de tela de cambio diario, todos de uso individual.
- * Botiquín.

c. Recursos Humanos

Dentro del equipo de atención de personas con una o más enfermedades crónicas, se debe considerar lo destacado en la tabla 1 “Requerimientos de recurso humano para la implementación de las Residencias Sanitarias”.

Tabla 1. Requerimientos de recurso humano para la implementación de las Residencias Sanitarias.

REQUERIMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE RESIDENCIA SANITARIA RECURSO HUMANO			
PERFIL DE CARGO	JORNADA	DOTACIÓN / ESTÁNDAR	OBSERVACIONES
Profesional de enfermería	Presencial, turnos rotativos 4º turno modificado y 4º turno	1 por cada 35 residentes.	Cobertura de 24 horas. Tendrá un perfil técnico administrativo.
Médico general	Presencial 44 horas semanales de L-D diurnas	1 por cada Residencia 1 por cada 50 residentes.	El rendimiento asociado a las atenciones médicas en las Residencias Sanitarias será de 2 evaluaciones por hora. Deberá estar disponible las 24 horas para llamadas.
Técnico de enfermería de nivel superior (TENS)	Presencial, Turnos rotativos de 4to turno	1 por cada Residencia 1 por cada 25 residentes por turno.	Cobertura de 24 horas. Perfil técnico asistencial. Se debe considerar que los pacientes con enfermedades crónicas tienen mayor riesgo de descompensación, por lo que el control de signos vitales se debe realizar al menos cada 12 horas, o según indicación médica.
Administrador de la residencia dependiente de la SEREMI	Presencial, diurno.	1 por cada Residencia.	Deberá estar disponible para resolver temas operativos las 24 horas. Perfil administrativo. Será responsable del acceso a la plataforma de cupos y Epivigila.
Otros Profesionales de apoyo dependientes de la SEREMI			
Kinesiología	Atención presencial en horario diurno, 44 horas semanales (de llamado)	1 por cada 100 residentes.	En Residencias Sanitarias que requieran atención integral y específica del profesional.
Facilitador idiomático o intérprete de lengua de señas	Remoto	1 por cada región.	Deberá estar disponible 24 horas para resolver temas operativos, según características específicas de la población que ingrese.

Otras Estrategias disponibles para el apoyo en el cuidado de los residentes			
<p>Tele consulta y Estrategia telefónica Hospital Digital MINSAL</p>	<p>Remoto asincrónico y sincrónico</p>	<p>Para todas las Residencias Sanitarias del país. Según los requerimientos específicos.</p>	<p>Mediante la plataforma telefónica de Hospital digital, se recibirán llamadas de Profesional de salud no médico, donde se entregará atención médica sincrónica a pacientes que estén en Residencias Sanitarias de cualquier parte del país, con opción a:</p> <ul style="list-style-type: none"> * IC a Geriatra y Químico Farmacéutico de Hospital Digital. <p>Por otro lado, mediante plataforma asincrónica de teleconsulta se ingresarán IC de:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Geriatría, dermatología, nefrología y diabetes por medio de médicos de las Residencias Sanitarias del país.
<p>Equipo móvil de salud territorial</p>	<p>Disponible de lunes a viernes en horario diurno</p>	<p>Equipos de los territorios de las Residencias Sanitarias según disponibilidad de APS y Servicios de Salud.</p>	<p>Se recomienda articular las prestaciones asociadas a este equipo de salud territorial, con iniciativas existentes en la red de salud local y/o con equipos de atención domiciliaria dependientes de los Servicios de Salud.</p> <p>Dependiendo del caso, se pueden solicitar prestaciones asociadas a un profesional:</p> <p>Terapeuta Ocupacional/Asistente Social/ Psicólogo (Asesoría virtual por Psiquiatría)/ Nutricionista/u otras atenciones relacionadas con cuidados paliativos.</p>

Fuente: Elaboración propia, MINSAL, 2020.

Se debe tener en consideración que las personas con enfermedades crónicas tienen un mayor riesgo de enfermedad severa por lo que se requiere una monitorización mayor al de la población general, así como reforzar las medidas educativas al ingreso a la residencia.

Toda las personas deben usar los equipos de protección personal establecido por IAAS en las Residencias Sanitarias, según las indicaciones definidas en la Orientación General de Residencias Sanitarias.

d. Insumos

- * Cintas de glicemia capilar, lancetas y glucómetros.
- * Tómulas de algodón.
- * Tela adhesiva.
- * Elementos de protección personal: guantes, mascarillas quirúrgicas y mascarillas N95, protector ocular, batas desechables.

- * Solución base alcohólica al 70% para higiene de manos y jabón desinfectante.
- * Bolsas para eliminación de basura y retiro de ropa.
- * Formularios de ingreso y egreso.
- * Libro de novedades.

Adicionalmente a lo establecido en el grupo anterior, se deben considerar mascarilla quirúrgica para la asistencia al centro de diálisis y traslado.

e. Servicios de alimentación

La alimentación saludable es uno de los pilares de manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles. Algunas consideraciones especiales a tener en este grupo son:

- * En personas con diabetes, se debe planificar semanalmente el menú con una nutricionista para que el balance de carbohidratos sea acorde con lo requerido por esta población. Se debe consultar a la persona sobre el régimen indicado por el centro de salud o el régimen que utiliza, siendo necesario especificar si es usuario de insulina y si requiere de colaciones especiales o alimentos SOS (ej.: caso de hipoglicemia, anexo 4).
- * En personas con hipertensión arterial, se sugiere planificar semanalmente el menú con una nutricionista para mantener una dieta hiposódica.
- * En personas con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis, se debe planificar semanalmente el menú con una nutricionista para mantener una dieta hiposódica, baja en potasio, con restricción de líquidos.

Considerando el régimen de alimentación, este debe ser acordado con el paciente, haciendo énfasis en el periodo de uso de residencia sanitaria y en reforzar la alimentación saludable como un pilar de manejo de las enfermedades no transmisibles.

Se requiere que la construcción de los planes nutricionales, sea determinada y supervisados por nutricionista de la APS de cada territorio o con la nutricionista de SEREMI encargada de los requerimientos en las residencias sanitarias, de acuerdo a Guías y Normas ministeriales vigentes.

5. PROCESO DE ATENCIÓN DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS.

a. Ingreso a la residencia

En el marco de la continuidad de la atención, antes del traslado de la persona a la Residencia Sanitaria, se debe solicitar que lleve consigo todos los fármacos indicados para el control de la patología crónica en tratamiento tanto a nivel primario como secundario, para mantener su tratamiento durante el período de aislamiento en cantidades suficientes para 14 o 28 días, según corresponda. Ello incluye los fármacos antirretrovirales usados en el tratamiento para el VIH/SIDA, si corresponde. Esto sumado a sus útiles de aseo personal, ropa necesaria para el tiempo de cuarentena, actividades recreativas (libros, tejidos, etc.) (Anexo 1 y 2).

Además, si el paciente cuenta con algún dispositivos de automonitoreo, como glucómetro, tensiómetro, debe llevarlo consigo a la residencia.

No podrán ser ingresadas a las Residencias Sanitarias aquellas personas que, al momento de evaluar su ingreso, presenten signos y síntomas asociados a una descompensación de su patología crónica de base u otra condición aguda que requiera de la evaluación en un servicio de urgencia o la atención en otro nivel asistencial de la red de salud.

La evaluación de ingreso debe ser realizada siempre por un médico.

a.1. Respecto a personas en diálisis:

- Los requerimientos para poder postular a una residencia sanitaria son:
 - * Documento que certifique el nombre del centro de diálisis y el día y turno asignado.
 - * Confirmación del responsable del residente de trasladarlo hacia su centro de diálisis.
 - * Formulario de UGCR o similar en regiones para ingreso a residencia sanitaria.
 - * Informe médico del centro de diálisis o centro de salud que acredite que la persona se encuentra con patologías compensadas.
 - * Referente hospitalario desde el centro de salud o de diálisis (a quien llamar en caso de emergencia).
 - Recordar que en este grupo, el periodo de aislamiento es de 28 días.
 - Solicitar últimos exámenes de control, según programa de paciente en diálisis estos se realizan mensual, trimestral y semestral. En caso de requerirlo, el médico de la residencia debe ponerse en contacto con el profesional del centro de diálisis respectivo y solicitar la información requerida.
 - Coordinar con nutricionista el régimen dietario, considerando restricciones en el volumen de líquidos y de alimentos ricos en potasio, sodio. Se sugiere coordinación con nutricionista del centro de diálisis.
 - Tener en cuenta durante el examen físico:
 - * Constitución y estado nutricional (cálculo índice masa corporal y consignar peso seco⁴ promedio del residente)

4- Peso seco: es el peso postdiálisis, cuando ya se ha extraído el exceso de líquido, y con el cual el paciente se siente bien.

- * Marcha y deambulaci3n. Aplicar pauta de riesgo de caídas, valoraci3n de grado de dependencia y seg3n estos aspectos, confirmar la necesidad de un cuidador durante el aislamiento.
- * Presencia de edema: palpebral, extremidades inferiores, dificultad respiratoria.
- * Aspectos del acceso vascular:
 - Fístula arteriovenosa nativa o protésica: valorar ubicaci3n, presencia de frémito- soplo-pulso, trayecto, presencia de lesiones.
 - Catéter transitorio o tunelizado: valorar ubicaci3n, indemnidad de gasas y apósitos adhesivos (sólo uso exclusivo para diálisis).
- * Algunos detalles en la evaluaci3n por sistemas:
 - Hematopoyético: anemia, alteraci3n de la coagulaci3n (control de hematomas o contusiones, presencia petequias, palidez).
 - Digestivo: náuseas o vómitos, inapetencia, diarrea o estreñimiento, presencia de sangramientos activos como hematemesis o melena (valorar características de las deposiciones)
 - Neurológico: letargia, confusi3n, historia de convulsiones, trastornos del sueño, síndrome piernas inquietas.
 - Musculo esquelético: dolor articular, osteodistrofia, predisposici3n a sufrir fracturas, p3rdida de masa muscular.
 - Piel y fanéreos: Palidez, pigmentaci3n, prurito, escarcha urémica, pelo seco y quebradizo, entre otros.
 - Endocrino/metabólico: antecedentes de diabetes mellitus y otras enfermedades como hiperparatiroidismo secundario. Presencia de resistencia a la insulina, desnutrici3n proteica, dislipidemia, hipertrigliciridemia.
 - Contactarse con su centro de diálisis para conocer: nombre, comuna, turno y días en que se dializa. Recordar que el traslado al centro de diálisis, depende del Servicio de Salud correspondiente al domicilio del residente.

a.2. Respetto a personas diabéticas

- * Realizar el ingreso con todos los antecedentes descritos previamente, agregando aquellos aspectos relevantes de su enfermedad: data de la enfermedad, controles en su CESFAM y/u otro centro, resultados de sus últimos exámenes (hemoglobina glicosilada), examen exhaustivo de extremidades inferiores (presencia de lesiones por presi3n o pie diabético, educaci3n en el cuidado de los pies: evitar dispositivos que proporcionen calor como guateros).
- * Tratamiento farmacológico y no farmacológico que tiene previamente indicado (coordinar con el horario de entrega de comidas establecido en la residencia). En el caso de:
 - Hipoglicemiantes orales: contar con las dosis para dar continuidad de los cuidados durante el tiempo de aislamiento en la residencia sanitaria.
 - Insulinoterapia: tipo de insulina, dosis diaria, necesidad de refuerzos. Contar con las dosis necesarias para el tiempo de aislamiento dentro de la residencia. Conocer nivel de manejo en la administraci3n de su terapia, en relaci3n a la correcta técnica, tipos de insulina indicadas y sus tiempos de acci3n, detecci3n temprana de signos y síntomas de hipoglicemia e hiperglicemia, almacenamiento de las insulinas (recordar que éstas una

- vez abiertas requieren de refrigeración).
- Dejar consignado requerimientos nutricionales y necesidad de colaciones.
- Control de glicemia capilar según requerimiento (tipo y horarios de insulina).
- Consignar si presenta disminución de la agudeza visual (uso de anteojos).

1. Evaluación al ingreso:

El ingreso debe ser realizado por médico.

Algunos puntos importantes a considerar al momento de la evaluación de un paciente con una o más enfermedades crónicas son (Anexo 3) (7):

- * Datos generales: Nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, nacionalidad, RUT o pasaporte, estado civil, lugar de residencia, nivel educacional, oficio, previsión.
- * Fecha de ingreso.
- * Registrar contacto en caso de emergencia.

Anamnesis próxima: sintomatología que lo llevó a consultar al servicio de urgencias u otro dispositivo de salud. Tipo de caso	Sospechoso <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Contacto estrecho <input type="checkbox"/> Fecha de contacto: Desconocido <input type="checkbox"/>
Resultado PCR	PCR positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> Fecha de examen: No tomada <input type="checkbox"/>
Resultado serología	IgM positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> Fecha de examen: No tomada <input type="checkbox"/> IgG positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>

Anamnesis remota:

- * Enfermedades crónicas: indicar diagnósticos asociados y grado de compensación. Fecha de última descompensación.
- * Alergias.
- * Antecedentes de cirugías
- * Antecedentes psiquiátricos: depresión, trastornos de ánimo.
- * Fármacos de uso diario, crónicos y SOS. Se deben revisar los tratamientos que trae el paciente y ver disponibilidad para el tiempo que se mantenga en la residencia sanitaria.
- * Hospitalizaciones recientes.
- * Hábitos: consumo de alcohol y otras drogas, tabaquismo.
- * Grado de funcionalidad y deterioro cognitivo, en caso de persona mayor o según corresponda.
- * Antecedentes sociales:
 - Presencia de redes de apoyo: indagar si vive sólo, con familiares o cuidador.

Examen físico general.

Otros:

- * Registrar fecha de último control cardiovascular y notas importantes al respecto (compensado/no compensado).
- * Últimos exámenes tomados si lo recuerda.
- * Mejorar la adherencia terapéutica y la optimización del consumo de fármacos.

En el caso de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis:

- * Consignar nombre y contacto del centro de diálisis, días/horario en que se realiza sus sesiones y gestión del traslado del paciente.
- * Adjuntar certificado médico requerido para ingreso a residencia.
- * Registrar número de contacto de médico tratante.

Identificar requerimientos nutricionales específicos (por orden médica).

Informar sobre funcionamiento de la residencia:

- * Disponibilidad de apoyo de salud 24 horas por Técnico de Enfermería de Nivel Superior (TENS).
- * Control de signos vitales cada 12 hrs. o según recomendación médica, incluyendo: medición de temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturometría (Anexo 4).

Consentimiento informado.

- En el caso de ser persona con VIH, consignar nombre y contacto del Centro de Atención de VIH y Hospital donde se atiende habitualmente. Se debe enfatizar en la confidencialidad diagnóstica y no discriminación en todo el proceso de atención de personas viviendo con VIH.
- Entregar el contacto telefónico del TENS y/o método de llamado/alerta, si corresponde. Reforzar que, ante cualquier síntoma o signo, debe avisar al equipo de salud a la brevedad.
- Reforzar adherencia al tratamiento farmacológico y no suspensión del tratamiento farmacológico sin indicación médica.
- Educación:
 - Educar sobre los síntomas y signos de gravedad de COVID-19 y vías de alerta al personal de la residencia.
 - Educar sobre signos y síntomas de descompensación de patologías crónicas de base del paciente en particular (Anexos 5-7).
 - Educar sobre signos y síntomas de enfermedad cerebrovascular e infarto agudo al miocardio (Anexo 4).
 - En personas que se dializan, reforzar medidas de prevención, particularmente durante los traslados: lavado de manos antes de subir al furgón o higienización con alcohol gel, uso de mascarilla quirúrgica, distanciamiento físico (ejemplo, silla por medio en el caso de furgones), no comer en el transporte, evitar tocarse la cara con las manos, evitar tocar en todo momento al otro pasajero, no compartir teléfonos celulares, ni objetos personales, restringir las conversaciones durante el trayecto.

b. Continuidad de tratamientos farmacológicos.

El levantamiento de la información respecto a las patologías y uso habitual de medicamentos, es crucial en la gestión y atención integral de los residentes, dado que se debe reforzar a las personas que se ingresarán a los establecimientos la necesidad de llevar las dosis suficientes para poder dar cumplimiento a sus tratamientos durante la cuarentena o aislamiento, salvo indicación profesional.

En caso que la cantidad de esos fármacos no sea suficiente para cubrir todo el tiempo de aislamiento, la residencia se coordinará con APS y/o Servicios de Salud correspondientes al territorio y así podrá garantizar la continuidad del tratamiento de personas con enfermedades crónicas.

En las personas viviendo con VIH, es indispensable no suspender el tratamiento antirretroviral. En los casos que el usuario ha abandonado el tratamiento antirretroviral, se debe coordinar con el establecimiento sanitario correspondiente para su reinicio, es decir con el establecimiento en el que el paciente se controla por VIH en forma habitual. Lo anterior, también para el chequeo de recuentos de LTCD4 e iniciar las profilaxis antibióticas si corresponde (CD4 < 200 cels/mm³: profilaxis para Pneumocystis, CD4 < 100 cels/mm³ profilaxis para Toxoplasmosis y CD4 < 50 cels/mm³ que no ha iniciado TAR profilaxis para Mycobacterium avium complex).

Las residencias contarán con un stock básico de medicamentos. Aquellos dispositivos que cuenten con botiquín autorizado, deberán cumplir lo señalado en el Decreto Supremo N°466, donde el encargado debe ser del área de la salud, pudiendo ser profesional, auxiliar o TENS autorizado para estos efectos, además de contar con un estricto control de la mantención y entrega de medicamentos.

c. Vigilancia de la Salud durante la permanencia en Residencias Sanitarias

Diariamente se registran los incidentes ocurridos durante la jornada que implican traslado de personas, requerimientos de atención por parte de centros de salud u otros relacionados con la seguridad en el libro de novedades. Algunos puntos importantes de considerar:

- * El registro se realizará en Hoja de Control Diario, incorporando en la Ficha Personal del Usuario.
- * Todo procedimiento será registrado.
- * En personas en tratamiento dialítico:
 - Agendar horarios de traslados a centro de diálisis, si corresponde. Gestionar de forma anticipada (ver punto e. Traslados).
 - Se debe solicitar al centro de diálisis que envíe un informe de salud al encargado de residencia sanitaria y/o médico de residencia que incluya las condiciones de egreso del paciente de la unidad de diálisis.
- * Frente a descompensaciones o complicaciones, se gestionará evaluación médica, o de acuerdo a la gravedad del paciente, derivación al servicio de urgencia.

Respecto a la persona en diálisis:

- * Además de los controles rutinarios considerar control de signos vitales previo a su traslado a la sesión de diálisis, para permitir una correcta entrega de la condición del residente a la persona que lo traslada.
- * Control de la llegada del residente post diálisis, considerar los siguientes aspectos:
 - Valorar estado general, estado de conciencia, dolor.
 - Control de signos vitales al ingreso a la residencia, dar aviso a médico de turno en caso de alguna alteración. Programar controles extra si así lo requiera y avisar a enfermera y/o médico de turno.

- En caso de residentes que además son diabéticos, controlar glicemia capilar postdiálisis.
- Valorar el acceso vascular:
 - En el caso de fístulas arteriovenosas nativas o protésicas: presencia de frémito, valorar correcta hemostasia (observar gasas al menos durante 4 horas posterior al término de la sesión), observar gasas que no haya sangramiento activo, dejar gasas limpias y secas hasta el otro día, y supervisar cuando residente se los retire. **Nunca controlar presión arterial en el brazo de la FAV.**
 - En el caso de catéter transitorio o tunelizados: valorar su correcta fijación, valorar indemnidad de gasas y apósitos adhesivos y en caso de alguna alteración avisar a enfermera y/o médico de turno. **Nunca manipular el catéter.**
- Mantener comunicación fluida con el equipo médico y de enfermería del centro de diálisis, en caso de alguna observación o consulta de medicamentos habituales (horarios, dosis, frecuencia) y en los acontecimientos relativos a la salud del usuario tanto en la residencia sanitaria como en el centro de diálisis.
- Reforzar medidas de prevención, particularmente durante los traslados: lavado de manos antes de subir al furgón o higienización con alcohol gel, uso de mascarilla quirúrgica, distanciamiento físico (ejemplo, silla por medio en el caso de furgones), no comer en el transporte, evitar tocarse la cara con las manos, evitar tocar en todo momento al otro pasajero, no compartir teléfonos celulares, ni objetos personales, restringir las conversaciones durante el trayecto.

Respecto a la persona con diabetes mellitus:

- * Prohibir el ingreso de alimentos, evitando posibles descompensaciones adicionales.
- * En pacientes insulinoquirientes programar visita de enfermería una vez al día, con especial énfasis en reforzar contenidos acerca la terapia con insulina, modo de administración, almacenaje, detección precoz de signos y síntomas de hipoglicemia y dar aviso inmediato.

Actividades relacionadas a los controles periódicos

Actividades	Periodicidad	Responsable	Registro
Control signos vitales*	2 veces al día, o según necesidad	TENS	Hoja de evolución diaria
Pesquisa signos y síntomas agravamiento condición COVID-19**	2-veces al día, o según necesidad	TENS, Enfermera/o, Médico	
Pesquisa de signos y síntomas de descompensación de patología crónica***	1 vez al día, o según indicación médica	TENS, Enfermera/o, Médico	
Administración medicamentos de uso crónico orales	Según requerimientos	TENS, Enfermera/o	
Examen físico y segmentario	Según indicaciones	Enfermera/o, Médico	
Educación		Enfermera/o	

* Temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, saturación de oxígeno, glicemia capilar (si corresponde).

** Cianosis, opresión torácica, disnea o apremio ventilatorio, compromiso de conciencia, obnubilación, entre otros.

***Anexo 2

d. Egreso de la residencia

* **Egreso por cumplimiento del período de aislamiento indicado:** Una vez finalizado el período de aislamiento indicado, el profesional de la residencia realiza una evaluación de la persona y determina su egreso si se encuentra en las condiciones clínicas adecuadas. Se registra el egreso en el registro definido para estos fines, el que debe ser archivado como respaldo de las acciones realizadas en la residencia. Se registra el egreso en el libro de novedades. A la persona se le entrega un documento en que se certifica que ha cumplido con el período de aislamiento indicado.

A continuación, se detallan una serie de condiciones relacionadas a la causal de egreso antes mencionado:

1. Caso Confirmado:

- Personas asintomáticas: egreso el día 14 o el día 28 desde la toma de PCR, según cuadro N°1.
- Personas sintomáticas: Evaluar el día 14 o el día 28 desde el inicio de síntomas, o confirmación de PCR (+), según cuadro N°1.
 - ✓ Si presenta síntomas leves o moderados no sugerentes de transmisión activa (tos, astenia o adinamia, rinorrea, cefalea) se debe dar fin al aislamiento.
 - ✓ Si presenta síntomas moderados, graves o sugerentes de infección activa (entre ellos fiebre persistente, diarrea u otros) se debe reevaluar con periodicidad, y eventualmente trasladar a un centro asistencial.

2. Caso Sospechoso:

- PCR (-): egreso el día de confirmación de resultado negativo, a menos que existan síntomas sugerentes, para lo cual debe contar con evaluación médica previo al egreso.
- PCR (+): Remitirse al punto 1.

3. Caso probable:

- Egreso el día 14 o 28 desde el inicio de los síntomas, a menos que existan síntomas sugerentes, para lo cual debe contar con evaluación médica previo al egreso.

4. Contacto estrecho:

- Egreso el día 14 o 28, según cuadro N°1 desde el último contacto, si no es posible precisar éste, dar alta el día 14, desde el ingreso a la residencia.

Cuadro N° 1: Criterios para considerar cuando un paciente COVID-19 deja de ser infectante.

TIPOS DE CASOS	NO CONTAGIANTE
Caso leve manejado en domicilio sin síntomas .	Al día 14 desde que inició los síntomas o fue diagnosticado.
El paciente hospitalizado y dado de alta sin síntomas .	l día 14 , desde que inició los síntomas o fue diagnosticado.
El paciente hospitalizado y dado de alta, con síntomas respiratorios, sin fiebre .	A los 14 días , luego de la alta médica.
El paciente con compromiso de su sistema inmune.	A los 28 días desde que inició los síntomas.

Fuente: Documento interno del Comité Asesor Presidencial COVID-19.

Los egresos de fin de aislamiento deben programarse de tal forma que la salida del usuario de la Residencia Sanitaria sea antes de las 11am.

- * **Egreso por derivación a centro asistencial:** Si durante la permanencia en la Residencia Sanitaria, las condiciones clínicas del usuario ameritan el traslado a un centro asistencial, se realizará la evaluación clínica respectiva, el registro en la hoja de derivación y se coordinará el traslado al centro asistencial.
 - Se entregará una copia de la hoja de derivación que contenga los datos de la persona, las condiciones clínicas al momento del traslado y el motivo de la derivación al centro asistencial.
 - El traslado correspondiente deberá ser manejado mediante el SAMU (fono 131) correspondiente a la zona geográfica de la residencia. Se debe dar aviso a la familiar, tutor, persona responsable o persona significativa, y a la Seremi de Salud.
- * **Egreso voluntario⁵:** aquellas personas que, aun teniendo indicación de aislamiento, voluntariamente deciden no permanecer en dicha residencia por variados motivos. Al momento del egreso firmarán un formulario por egreso voluntario. Durante el tiempo restante de aislamiento preventivo o normativo la autoridad fiscalizará el cumplimiento de dicho aislamiento.
- * **Egreso por otras causas:** Cuando la persona hospedada en una Residencia Sanitaria no cumpla la normativa del lugar, presentando conductas inadecuadas, fuga u otros comportamientos, se evaluará su egreso frente a acciones reiteradas que atenten contra su propia salud y la de otros hospedados. Ante situación de fuga u otras causas de alteración en el orden se deberá informar oportunamente a Carabineros y dar el alta disciplinar.

5- Para esta causal de egreso no se contemplarán aquellos usuarios ingresados a las Residencias Sanitarias, que siendo COVID (+) no efectúen de manera voluntaria el aislamiento indicado por la autoridad sanitaria, poniendo en riesgo la salud de la población.

- * **Egreso por fallecimiento:** en primer lugar, se debe dar aviso a la familiar, tutor, persona responsable o persona significativa, y a la Seremi de Salud. El posterior manejo, se debe regir de acuerdo a lo indicado en el protocolo vigente del MINSAL “Recomendaciones manejo de cadáveres COVID-19 en el contexto de pandemia”, establecido en la Res. Ex. N° 285.

En personas aisladas por alto riesgo de contagio en domicilio, se deberá acreditar el cese de enfermedad de los co-habitantes del hogar del paciente o disminución considerable del riesgo de contagio, lo cual deberá ser coordinado por personal del CESFAM del usuario.

e. Traslados

Las personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, deben mantener sus sesiones en sus centros de diálisis. Al ingreso se debe coordinar este traslado, considerando que son 3 sesiones por semana, con un tiempo aproximado de estadía de 4 horas. Durante el traslado, se deben tomar todas las medidas preventivas (uso obligatorio de mascarilla, distanciamiento físico (ocupar asiento por medio, no comer en el transporte ni compartir objetos personales).

Los traslados para las sesiones de diálisis, se deben gestionar con el servicio de salud correspondiente al domicilio del usuario (Anexo 4 documento “Estrategia Residencias Sanitarias”).

Sumado a lo anterior, es necesario contar con flujogramas de contingencia frente a posibles derivaciones (centros específicos, direcciones, números telefónicos, horarios de funcionamiento, articulación con SAMU y establecimientos de derivación). En caso de presentarse, en cualquiera de las instalaciones, una emergencia con riesgo vital ésta deberá ser manejada mediante el SAMU correspondiente a la zona geográfica. Asimismo, en caso de complicaciones que requieran de resolución en un centro de salud, se debe coordinar el traslado a servicio de urgencias de acuerdo a gravedad.

6. REGISTRO

La Residencia Sanitaria debe **contar con un libro de novedades para registro de entrada y salida** diaria de personas que accedan al establecimiento, en que se consignen, además, los traslados derivados de la residencia, así como aquellos correspondientes a traslados a centros de diálisis, indicándose fecha y horario, tarea a cargo del responsable del turno. Más información respecto a su uso en punto c. “Vigilancia de la Salud”.

7. REFERENCIAS

- (1) World Health Organization. COVID-19 and NCDs: Conceptual framework for the WHO NCD/WIN technical working group. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/conceptual-framework-for-the-who-working-group-on-covid-19-and-ncds> [Consultado 22 de julio de 2020].
- (2) NHS digital. Coronavirus (COVID-19): Shielded patients list. Disponible en: <https://digital.nhs.uk/coronavirus/shielded-patient-list#risk-criteria> [Consultado 22 de julio de 2020].
- (3) Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): People with Certain Medical Conditions. Disponible en: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fneed-extra-precautions%2Fgroups-at-higher-risk.html [Consultado 22 de julio de 2020].
- (4) Ministerio de Salud. Informe epidemiológico nº28 Enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) Chile 17-07-2020. Disponible en: https://cdn.digital.gob.cl/public_files/Campa%C3%B1as/Corona-Virus/Reportes/Informe_EPI_230620.pdf [Consultado 22 de julio de 2020].
- (5) MINSAL 2020. Ord° Nº 2137 del 11 de Junio del 2020, Actualización de definición de caso sospechoso para vigilancia epidemiológica ante brote de Covid-19. 2020.
- (6) Estrategia-Testeo-Trazabilidad-y-Aislamiento.pdf [Internet]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/Estrategia-Testeo-Trazabilidad-y-Aislamiento.pdf> [Consultado [citado 22 de julio de 2020]].
- (7) Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Fase de transición de la pandemia por SARS-CoV-2 en atención primaria. Disponible en: <https://www.semefc.es/formacion-y-recursos/fase-de-transicion-de-la-pandemia-por-sars-cov-2-en-atencion-primaria/> [Consultado 22 de julio de 2020].
- (8) Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria. CHECK LIST para a avaliación clínica telefónica no seguemento domiciliario do paciente infectado por COVID-19. Disponible en: <https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2020/03/Guia-de-axuda-seguemento-telefónico-domiciliario2903.pdf> [Consultado 25.06.2020].
- (9) Asociación diabéticos de Chile. Cadena de supervivencia en casos de hipoglicemia. Disponible en: <https://adich.cl/wp-content/uploads/2019/10/FICHA-EDUCATIVA-1.-Hipoglicemia.pdf> [Consultado el 25 de junio de 2020].
- (10) Ministerio de Salud. Código ACV 2020. Disponible en: https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/MANUAL-DE-BOLSILLO_ACV-2020.pdf [Consultado 22 de julio de 2020].

- (11) Ministerio de Salud. Código IAM. Disponible en: https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/06/MANUAL-DE-BOLSILLO_IAM_FINAL-04062018.pdf [Consultado 22 de julio de 2020].
- (12) Asociación diabéticos de Chile. Cadena de supervivencia en casos de hipoglicemia. Disponible en: <https://adich.cl/wp-content/uploads/2019/10/FICHA-EDUCATIVA-1.-Hipoglicemia.pdf> [Consultado el 25 de junio de 2020]

ANEXOS

ANEXO I: PAUTA DE CONSTANCIA DE ELEMENTOS AL INGRESO A RESIDENCIA SANITARIA

Antecedentes generales

Nombre:			
RUT:			
Número de días de aislamiento:			
Día de ingreso		Día de egreso	

Antecedentes específicos

A continuación, solo rellene si persona tiene una patología y/o tratamiento farmacológico, de lo contrario deje en blanco.

Antecedente de salud:				
Nombre tratamiento farmacológico	Vía de adm.	Dosis/ Horario	Nº de dosis ingresadas	Observación

Pauta cotejo de elementos al ingreso:

Elementos	SÍ	NO	Observaciones
Muda de ropa:			
Medicamentos (descripción anterior)			
Útiles de aseo:			
Dispositivos electrónicos:			
Ayudas técnicas :			
Otros:			

ANEXO II: INDICACIONES PARA INGRESO A RESIDENCIA SANITARIA

Los elementos que se solicitarán a continuación deben ser proporcional al número de días de cuarentena, que en su forma general es de 14 días:

- Mudas de ropa (4 mudas en adultos, considerando las condiciones climáticas).
- Medicamentos de uso habitual (considere en sus distintos horarios. Incorpore, además, los que son entregados en el centro de salud).
- Útiles de aseo personal (cepillo, desodorante y otros).
- Dispositivos de automonitoreo si dispone de estos (tensiómetro, glucómetro)
- Dispositivos electrónicos de comunicación o entretenimiento con su cargador respectivo.
- Libros, revistas o diarios.

Considere que la Residencia Sanitaria le brindará una cama por persona (habitación puede ser privada o compartida), ropa de cama, comidas diarias, servicio de lavandería y un baño por habitación.

ANEXO III: REGISTRO DE INGRESO A RESIDENCIA

Antecedentes Generales:

Nombre Completo:			
Edad:		Sexo	
RUN:		Nacionalidad	
Fecha de nacimiento:		Previsión	
Fecha de ingreso:		Día inicio de síntomas (si corresponde)	
Dirección:			
Teléfono de contacto:			
CESFAM o centro APS			
Centro de diálisis (si corresponde)			
Centro de tratamiento de VIH (si corresponde)			

Antecedentes Epidemiológicos:

Tipo de caso	Sospechoso <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Contacto estrecho <input type="checkbox"/> Fecha de contacto: Desconocido <input type="checkbox"/>
Resultado PCR	PCR positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> Fecha de examen: No tomada <input type="checkbox"/>
Resultado serología	IgM positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> Fecha de examen: No tomada <input type="checkbox"/> IgG positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>
Condiciones clínicas del paciente al ingreso, sintomatología asociada: tos seca, disnea, mialgia, fiebre ($T^{\circ} > 38^{\circ}C$)	

Antecedentes Salud:

Antecedentes mórbidos:	HTA <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DM2 <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Otros _____ Enfermedad renal crónica <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/>
Antecedentes familiares:	
Antecedentes Personales:	Alergias: Antecedentes quirúrgicos: Antecedentes psiquiátricos: Hospitalizaciones recientes: Tabaquismo <input type="checkbox"/> Otros: _____ Alcohol: <input type="checkbox"/>
Medicamentos y posología:	

Examen Físico:

Control de Signos Vitales	FC: PA: FR: Sat: T°:
Examen físico y evaluación general	

Indicaciones

- 1.
- 2.
- 3.

Responsable _____

ANEXO IV: CHEQUEO CONTROL DE SIGNOS VITALES

CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES

Parámetros/Fecha y hora					
Presión arterial					
Frecuencia cardíaca					
Frecuencia respiratoria					
Saturación O2					
Temperatura					
Glicemia capilar					
Responsable					

Parámetros/Fecha y hora					
Presión arterial					
Frecuencia cardíaca					
Frecuencia respiratoria					
Saturación O2					
Temperatura					
Glicemia capilar					
Responsable					

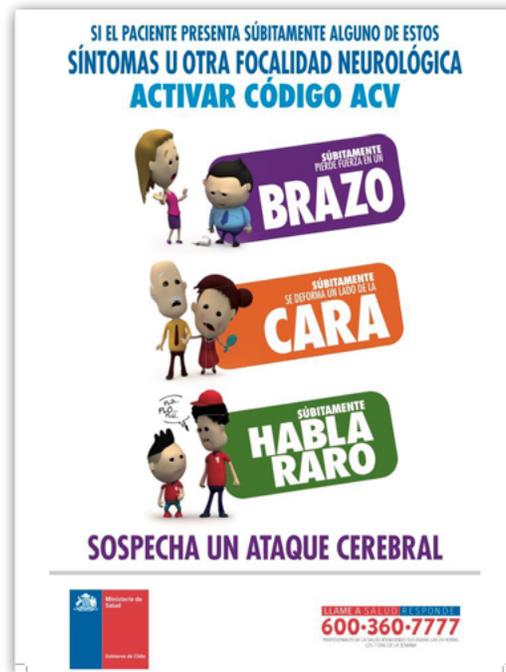
ANEXO V: PAUTA DE CHEQUEO DE DESCOMPENSACIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

A continuación, se presenta una breve pauta de evaluación de síntomas y signos sugerentes de descompensación de algunas enfermedades crónicas y agudas, que se debe complementar con los antecedentes, el criterio clínico y examen físico (8, 9).

Valoración clínica	Pregunta/identificación del paciente	Si	No
Dificultad respiratoria	¿Presenta fatiga mayor a la habitual para realizar actividades de la vida diaria? ¿Dificultad para respirar? ¿Dificultad para mantener una conversación? ¿Cianosis? ¿Ha requerido uso de sus inhaladores de rescate con mayor frecuencia a la habitual?		
Tos	¿Presenta tos mayor a la habitual? Evaluar cambio en las características (ej.: mayor producción de esputo)		
Cardiopatía, descompensación insuficiencia cardíaca	Indagar en síntomas y signos de disnea paroxística nocturna, Ortopnea, Palpitaciones, Precordialgia		
Infarto agudo al miocardio	Indagar en presencia de síntomas típicos, Dolor retroesternal, tipo opresivo, de inicio brusco y persistente o de reposo o en crescendo que puede irradiarse a cuello, mandíbula inferior, hombros, brazos, epigastrio y/o dorso. Acompañado o no de síntomas neurovegetativos (náuseas, sudoración fría y/o palidez). Considerar síntomas atípicos. (Anexo 3).		
Ataque cerebrovascular	Debilidad o adormecimiento de un lado de la cara, brazo o cuerpo; voz traposa (disartria); dificultad para hablar o comprender (afasia); pérdida de campo visual; desequilibrio; cefalea de inicio ictal (Anexo 3).		
Crisis hiperglicémica	Presenta uno o más de los siguientes síntomas: polidipsia, poliuria, polifagia, baja de peso, náuseas, confusión.		
Hipoglicemia	Presenta uno o más de los siguientes síntomas: Sudor frío, Temblor de manos y pies, Confusión, Agresividad, Cansancio, Mareos, Náuseas.		
Compromiso de conciencia cualitativo y cuantitativo	Evaluar atención, conciencia, alerta, alucinaciones, otros. Alteración del ciclo sueño-vigilia.		
Aumento de uso de medicamentos de rescate	¿Requiere de uso más frecuente de sus medicinas de rescate? Relacionar con síntomas y signos de patologías de base.		

Si necesario, derivar a atención presencial a servicio de urgencia de atención primaria (SAPU, SAR) u hospitalario según sospecha diagnóstica.

ANEXO VI: SOSPECHA DE ATAQUE CEREBROVASCULAR E INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO



Sospecha clínica del ACV

Déficit neurológico focal (falta de una o más funciones cerebrales), de inicio súbito, habitualmente a un lado del cuerpo, con síntomas y signos tales como (10):

- * Debilidad o adormecimiento de un lado de la cara, un brazo o de todo un lado del cuerpo (paresia o parestesia).
- * Voz traposa (disartria).
- * Dificultad para hablar o entender (afasia).
- * Dificultad para percibir un lado del campo visual (hemianopsias o cuadrantanopsias).
- * Desequilibrio (vértigo central, síndrome cerebeloso).

Resulta importante recordar que sólo el 20% de los ACV se presentan con cefalea. Habitualmente se da en casos de hemorragia cerebral, especialmente hemorragia subaracnoidea, en la que la cefalea es de inicio ictal (muy intensa y que alcanza el máximo de intensidad en pocos segundos).

El compromiso de conciencia aislado (sin asociación con un déficit neurológico focal) muy rara vez puede deberse a un ACV.

SE DEBE ACTIVAR EL CÓDIGO ACV ANTE CUALQUIER PACIENTE EN QUE SE SOSPECHE QUE ESTÁ CURSANDO CON UN ACV Y TENGA MENOS DE 24 HORAS DE EVOLUCIÓN, CONTADAS DESDE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS.



Sospecha clínica de Infarto Agudo al Miocardio (IAM)

Presentación típica (11):

- * Dolor retroesternal, tipo opresivo, de inicio brusco y persistente o de reposo o en crescendo que puede irradiarse a cuello, mandíbula inferior, hombros, brazos, epigastrio y/o dorso.
- * Acompañado o no de síntomas neurovegetativos (náuseas, sudoración fría y/o palidez).

Presentación atípica (11): generalmente en diabéticos, mujeres, adultos mayores.

- * Disnea de inicio brusco (insuficiencia cardíaca, edema pulmonar agudo).
- * Síncope.
- * Hipotensión arterial, ingurgitación yugular, sin congestión pulmonar en la radiografía de tórax (por compromiso de ventrículo derecho).
- * Equivalentes coronarios: duele en la zona de irradiación típica (extremidades superiores, dorso, cuello, epigastrio), sin necesariamente presentar dolor retroesternal. Ej.: IAM de pared inferior puede presentarse con dolor epigástrico.
- * Palpitaciones.
- * Muerte súbita.

SE DEBE ACTIVAR EL CÓDIGO IAM ANTE CUALQUIER PACIENTE EN QUE SE SOSPECHE QUE ESTÁ CURSANDO CON UN IAM.

ANEXO VII: HIPOGLICEMIA

En personas con DM2, en caso de registrar una glicemia capilar menor a 70 mg/dL, y que el paciente se encuentre **sin compromiso de conciencia**, se debe aportar hidratos de carbono de rápida absorción.

Por lo anterior, para pacientes diabéticos, es importante siempre disponer de (12):

- * Vaso de agua
- * Cucharada de té
- * Frasco cerrado o de una bolsa con 25 gramos de azúcar granulada.
- * Glucómetro, aguja, cintas.

SI VALOR ES DE <70 MG/DL SIN COMPROMISO DE CONCIENCIA,
SE DEBE INGERIR AZÚCAR DISUELTA EN AGUA.
LUEGO DE 15 MINUTOS VOLVER A MEDIR GLICEMIA.
SI SE MANTIENE <70 MG/DL, REPETIR EL PROCEDIMIENTO.

**SOLICITAR DE INMEDIATO EVALUACIÓN MÉDICA
Y/O DERIVACIÓN A SERVICIO DE URGENCIA MÁS CERCANO.**

