

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
DIVISIÓN PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES  
DEPTO. ENFS. NO TRANSMISIBLES



ETS/SSB/MPB/mza

Nº:

ORD. B23 N°/ 5095

ANT.: No hay

MAT.: Cuidado de la salud de las personas con enfermedades crónicas en el contexto de la pandemia COVID-19, Plan Paso a Paso para la atención primaria de salud.

SANTIAGO, 24 NOV 2020

DE : SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

A : SEREMIS DE SALUD DEL PAÍS

La pandemia COVID-19 ha afectado la salud de las personas, constituyendo un gran desafío para la salud pública y los centros asistenciales del país, desafío que se ha visto representado tanto por los efectos directos del virus SARS-CoV-2, como por sus efectos indirectos. Algunos de los efectos indirectos reportados por la Organización Mundial de la Salud son el impacto en las prestaciones de salud de otras patologías, como aumento de descompensaciones de enfermedades crónicas.

Con el objetivo de relevar el cuidado de las personas con enfermedades crónicas en la atención primaria de salud, el Departamento de Enfermedades no Transmisibles de la División de Prevención y Control de Enfermedades junto al Departamento de Gestión de los Cuidados, de la División de Atención Primaria, han elaborado una **Orientación del Cuidado de las personas con enfermedades crónicas en el contexto de la pandemia, Plan PASO a PASO para la atención primaria de salud.**

El documento tiene por objetivo orientar respecto a la atención de salud de las personas con una o más enfermedades crónicas en la Atención Primaria de Salud en el contexto de la pandemia COVID-19, ordenando las prestaciones de salud según el plan Paso a Paso establecido.

Solicitamos dar amplia difusión y cumplimiento a lo señalado.

Le saludan muy atentamente,



*Paula*  
**DRA. PAULA DAZA NARBONA**  
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA

DISTRIBUCIÓN

SEREMIS de Salud del país  
Encargado Programa de Salud Cardiovascular, SEREMIS del país  
Subsecretaría de Salud Pública  
Subsecretaría de Redes Asistenciales  
División de Atención Primaria  
División de Gestión de Redes Asistenciales  
División de Políticas Públicas  
División de Planificación Sanitaria  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Depto. Gestión de los Cuidados  
Depto. Ciclo Vital  
Depto. Enfermedades no Transmisibles  
Oficina de Partes

3093

10/11/77





Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile

# CUIDADO DE LA SALUD DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID-19

## PLAN PASO A PASO PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Subsecretaría de Redes Asistenciales | Subsecretaría de Salud Pública  
División de Atención Primaria | División de Prevención y Control de Enfermedades

## Tabla de contenido

GLOSARIO .....	3
I. Objetivos y alcance .....	6
Propósito .....	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos .....	6
II. Paso a Paso en las atenciones de salud.....	7
Requisitos sugeridos a cumplir para actividades APS.....	7
III. Componentes del plan Paso a Paso en la APS.....	8
Priorización de atenciones de salud .....	8
Atenciones críticas o de alto riesgo.....	9
Atenciones de riesgo moderado y bajo.....	10
TRIAGE telefónico .....	11
Atenciones de urgencia .....	12
Definición del método de control .....	12
Generalidades de las atenciones .....	13
Tecnologías en salud .....	14
Gobernanza .....	14
Medidas poblacionales .....	14
Organización del equipo y centro de salud .....	15
Tamizaje y TRIAGE COVID-19 en el centro de salud.....	15
Organización del centro de salud en contexto de COVID-19 .....	15
IV. Estrategias para el logro precoz de las metas de HTA y otras enfermedades crónicas .....	18
V. Registro.....	18
VI. Información a la población de actividades presenciales.....	18
ANEXOS.....	19
GRUPO DE TRABAJO .....	28

Ilustración 1 Organización del centro de salud en contexto pandemia COVID-19.....	16
Ilustración 2 Estratificación por riesgo .....	19
Ilustración 3 Métodos de atención .....	21

## GLOSARIO

<b>ACV</b>	Ataque cerebrovascular.
<b>APS</b>	Atención Primaria de Salud.
<b>CDC</b>	Centers of Disease Control and Prevention (Centros de Control y Prevención de Enfermedades).
<b>COVID-19</b>	Enfermedad por coronavirus 2019.
<b>DM2</b>	Diabetes mellitus tipo 2.
<b>ENT</b>	Enfermedades no transmisibles.
<b>EPP</b>	Elementos de Protección Personal.
<b>HTA</b>	Hipertensión arterial.
<b>IAM</b>	Infarto agudo al miocardio.
<b>MINSAL</b>	Ministerio de Salud.
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud.
<b>SARS-CoV-2</b>	Nuevo coronavirus causante de Síndrome Respiratorio Agudo Severo.
<b>SARS</b>	Síndrome Respiratorio Agudo Severo (por su sigla en inglés: severe acute respiratory syndrome).
<b>NAC</b>	Neumonía adquirida en la comunidad.

## INTRODUCCIÓN

La pandemia COVID-19 genera un desafío para la sociedad, los servicios de salud y los pacientes, con un mayor riesgo de enfermedad severa por SARS-CoV-2 demostrado para adultos mayores y personas con comorbilidades. El impacto que ha tenido ésta pandemia en las enfermedades no transmisibles es importante, si bien su total dimensión se encuentra aún en estudio.

En las últimas semanas, sumado a las cifras de mortalidad atribuibles directamente a enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2, se encuentra el **exceso de defunciones** por causa no COVID-19. Estas se definen como un aumento comparado al promedio de defunciones de los últimos 5 años que no se relacionan directamente al SARS-CoV-2. De acuerdo a cifras reportadas en Reino Unido (UK), entre las semanas epidemiológicas 13 a 18, se produjeron 46.494 muertes en exceso, de los cuales el 24,7% no fue relacionada a COVID-19<sup>1</sup>. Este exceso ocurrió predominantemente en grupos de adultos mayores, frágiles, con comorbilidad asociada. Se describe un aumento de las muertes por asma y diabetes, con muertes en la semana epidemiológica 17 en 197,8% y 161,6% en comparación con sus respectivos cinco años promedios, situación similar para hipertensión arterial (HTA)<sup>2</sup>. Asimismo, se evidenció un aumento en la mortalidad por ataque cerebrovascular, con tendencia creciente en muertes extra-hospitalarias. Lo anterior se puede explicar en parte, por retraso en la búsqueda de atención, capacidad hospitalaria reducida, sub-diagnóstico de COVID-19, aumento de estrés, entre otras hipótesis<sup>2</sup>. Lo reportado por UK ha sido consignado por otros países, como Italia, España y Estados Unidos. En la ciudad de Nueva York, por ejemplo, resultados preliminares estiman que, de los excesos de muertes no COVID-19, un 15% se asocia a diabetes y enfermedad cardíaca<sup>3</sup>.

Respecto a la **provisión de servicios** asociados a enfermedades no transmisibles (ENT), un informe de la OMS que incluye a 120 países, reportó la interrupción en promedio, de un 50% de los servicios asociados a rehabilitación, hipertensión arterial, diabetes y asma, así como cerca del 40% de los servicios asociados a cuidados paliativos, cuidado dental, tratamiento de cáncer y aproximadamente en 30% de las emergencias cardiovasculares<sup>4</sup>. Es importante destacar que el porcentaje de interrupción de servicios aumenta a medida que se progresa en complejidad de fases de pandemia, por ejemplo, la interrupción de servicios de manejo de hipertensión arterial en fase 2 era de 41%, mientras que en fase 4 (transmisión comunitaria) era de aproximadamente 64%<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Office for National Statistics. Deaths registered weekly in England and Wales, provisional: week ending 1 May 2020. Disponible en: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsregisteredweeklyinenglandandwalesprovisional/weekending1may2020> Consultado 23 de mayo de 2020.

<sup>2</sup> Analysis of death registrations not involving coronavirus (COVID-19), England and Wales - Office for National Statistics [Internet]. [cited 2020 Jun 9]. Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/analysisofdeathregistrationsnotinvolvingcoronaviruscovid19englandandwales28december2019to1may2020/technicalannex> \| "characteristics-of-non-covid-19-excess-deaths" \| h

<sup>3</sup> There Has Been an Increase in Other Causes of Deaths, Not Just Coronavirus - The New York Times [Internet]. [cited 2020 Jun 11]. Available from: <https://www.nytimes.com/interactive/2020/06/01/us/coronavirus-deaths-new-york-new-jersey.html>

<sup>4</sup> World Health Organization. COVID-19 and NCDs. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic> [Consultado 11 de junio de 2020].

<sup>5</sup> World Health Organization. COVID-19 and NCDs. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic> [Consultado 11 de junio de 2020].

Expertos de diversas partes del mundo han observado una reducción en el **número de consultas de urgencias** por sospecha de ACV e IAM<sup>67</sup>. En distintos países se ha observado una reducción de hasta 50% a 80% en el ingreso hospitalario de personas con ACV<sup>8</sup>, incluyendo pacientes con ACV moderados y ACV masivos, que se benefician de tratamiento agudo. En Estados Unidos, un estudio muestra la disminución de hasta 39% de estudios imagenológicos por esta patología<sup>9</sup>. Respecto al número de pacientes que han recibido trombólisis intravenosa o terapia combinada (trombólisis más trombectomía mecánica), éste ha disminuido en un 26% y 30%, respectivamente, mientras las trombectomías mecánicas primarias han aumentado en un 41%<sup>10</sup>. Para Chile, los datos disponibles por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) a la fecha, indican una disminución de las atenciones en urgencias por patologías tiempo-dependientes como el ataque cerebrovascular, primera causa de muerte en Chile, e infarto agudo al miocardio, en un 24,5% y 33,2%, respectivamente, sin contar con datos respecto a estudios imagenológicos o tratamientos realizados a la fecha<sup>11</sup>.

El efecto negativo de la pandemia sobre las ENT se ha descrito no tan sólo para el periodo inmediato, sino también a mediano plazo. Un estudio en el Reino Unido estimó que el exceso de mortalidad a un año para individuos de alto riesgo, basándose en edad, sexo y enfermedades de base, sería de 4,46%, 8,62% para personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 7,84% para enfermedad renal crónica, 6,37% para enfermedad cardiovascular y 4,1% para diabetes, cifras que se elevan para aquellas personas de 70 años o más<sup>12</sup>.

Ante el escenario descrito, uno de los **desafíos planteados** por la OMS es mantener la capacidad de los servicios de salud de brindar acceso a cuidados de salud esenciales de calidad a lo largo de la pandemia, limitando la mortalidad directa y evitando la mortalidad indirecta atribuible a COVID-19, **relevando la prevención y el control de las ENT**, considerando tienen un rol crucial en la respuesta al COVID-19 y en los resultados para reducir el impacto de la pandemia en los individuos, grupos vulnerables, trabajadores y sociedad<sup>13, 14</sup>.

A pesar de los esfuerzos realizados a nivel nacional, que incluyen promover la adherencia al tratamiento de patologías crónicas tales como contar con medicamentos suficientes para cubrir 90 días de

<sup>6</sup> Thornton J. Stroke: "striking reductions" are seen in number of people with symptoms seeking help. *BMJ* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 19];369(PG-m1406-m1406):m1406-m1406. Available from: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.m1406> NS

<sup>7</sup> European Academy of Neurology. Stroke care at the time of COVID-19 outbreak [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 20]. Available from: <https://www.eanpages.org/2020/04/17/stroke-care-at-the-time-of-covid-19-outbreak/>

<sup>8</sup> Markus HS, Brainin M. EXPRESS: COVID-19 and Stroke - A Global World Stroke Organisation perspective. *Int J Stroke* [Internet]. 2020 Apr 20 [cited 2020 Apr 22];174749302092347. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1747493020923472>

<sup>9</sup> Kansagra AP, Goyal MS, Hamilton S, Albers GW. Collateral Effect of Covid-19 on Stroke Evaluation in the United States. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 May 8 [cited 2020 May 8]; NEJMc2014816. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2014816>

<sup>10</sup> Baracchini C, Pieroni A, Viaro F, Cianci V, Cattelan AM, Tiberio I, et al. Acute stroke management pathway during Coronavirus-19 pandemic. *Neurol Sci*. 2020 Apr 9;1-3.

<sup>11</sup> Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Estadísticas e Información en Salud: atenciones de urgencia. Acceso el 29 de mayo de 2020.

<sup>12</sup> Banerjee A, Pasea L, Harris S, Gonzalez-Izquierdo A, Torralbo A, Shallcross L, et al. Estimating excess 1-year mortality associated with the COVID-19 pandemic according to underlying conditions and age: a population-based cohort study. *Lancet*. 2020; 0 (0). Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620308540> Acceso el 23 de mayo de 2020.

<sup>13</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). La COVID-19 afecta significativamente a los servicios de salud relacionados con las enfermedades no transmisibles [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 11]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/detail/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>

<sup>14</sup> Kluge HHP, Wickramasinghe K, Rippin HL, Mendes R, Peters DH, Kontsevaya A, et al. Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response. *Lancet* [Internet]. 2020 May [cited 2020 May 11]; 0 (0).

tratamiento, re-agendamiento o distanciamiento de controles de salud en personas con patologías compensadas, seguimiento telefónico; y atención en domicilio, se espera que durante la pandemia COVID-19, **el control (entendido como el logro de la meta de los factores metabólicos) de las enfermedades crónicas pueda deteriorarse**<sup>12</sup>.

**El rol de la Atención Primaria de Salud (APS) en el cuidado de las personas con patologías crónicas es esencial**, debiendo realizarse intervenciones para la prevención de complicaciones de estos pacientes, así como adoptar medidas innovadoras para mantener la compensación de las personas con enfermedades crónicas<sup>12, 15</sup>.

Es así que, desde Ministerio de Salud, y de acuerdo al **plan Paso a Paso**, estrategia gradual para enfrentar la pandemia según la situación sanitaria de cada zona en particular, se planifica otorgar prestaciones de salud acorde al Paso de la pandemia en el que se encuentra el centro de salud correspondiente, siguiendo las determinaciones de la autoridad sanitaria, de manera tal de brindar los cuidados necesarios para asegurar la protección de la salud de la población.

A continuación, se presentan las prestaciones relacionadas a enfermedades no transmisibles necesarias a organizar y otorgar en la APS del país, de acuerdo al Paso experimentado.

## I. Objetivos y alcance

### Propósito

Establecer los lineamientos para las actividades de atención primaria relacionadas a ENT, con objeto de disminuir el impacto de la pandemia por COVID-19 en la morbilidad, complicaciones y mortalidad en las personas con ENT.

### Objetivo general

Orientar respecto a la atención de las personas portadoras de una o más de las enfermedades crónicas en contexto de la pandemia por SARS-CoV-2, priorizando la atención según el Paso experimentado y características y necesidades de la población bajo control.

### Objetivos específicos

- Entregar un marco para la provisión de la atención de salud a personas desde la atención primaria de salud en contexto COVID-19.
- Definir las atenciones prioritarias a realizar durante el Paso experimentado.
- Evaluar a las personas con ENT realizando TRIAGE para la priorización de la atención según sus niveles de riesgo:
  - Identificar pacientes con patologías muy descompensadas, sin criterios de consulta a servicio de urgencia, de alto riesgo.

<sup>15</sup> California medical association. Guidelines and Recommendations for Reopening the Health Care System. Disponible en: <https://www.cmadocs.org/Portals/CMA/files/public/CMA%20COVID-19%20Guidelines%20for%20Reopening.pdf> Acceso el 25 de mayo de 2020.

- Identificar pacientes con patologías descompensadas de riesgo moderado.
- Facilitar la organización del centro de salud para atención diferenciada de pacientes COVID-19 y no COVID-19 y prevención de salud de trabajadores.
- Generar medidas innovadoras de atención a partir del uso de tecnologías para la información y comunicación.
- Priorizarla realización de exámenes de laboratorio.

El documento se enmarca en los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, resguardando una atención centrada en las personas, integral y con continuidad de los cuidados. Está dirigido a los equipos de la APS que participen del proceso de atención de las personas con una o más enfermedades crónicas.

Constituye una orientación para los equipos y no reemplaza el criterio clínico que estos deben tener. Estas orientaciones se actualizarán de acuerdo a la evolución de la pandemia y a nueva evidencia que sea publicada.

## II. Paso a Paso en las atenciones de salud

El plan Paso a Paso es una estrategia gradual para enfrentar la pandemia según la situación sanitaria de cada territorio en particular. Contempla 5 pasos graduales, que van desde la cuarentena hasta la apertura avanzada, con restricciones y obligaciones específicas<sup>16</sup>. El avance o retroceso de un paso particular a otro está sujeto a indicadores que incluyen diversos factores, evaluados y monitoreados por las autoridades<sup>17</sup>.

Se propone la realización de las atenciones de salud de manera paulatina, considerando las particularidades de cada Paso, por lo que la implementación de las distintas medidas deberá realizarse con un diálogo permanente entre los actores de la sociedad.

### Requisitos sugeridos a cumplir para actividades APS

Algunos requisitos sugeridos a cumplir guardan relación con las actividades desarrolladas en el centro de salud, actividades y cuidados de los equipos de salud, personas asistentes al centro y personal administrativo relacionado. Estas serán descritas a lo largo del presente documento.

Las actividades presenciales deben garantizar la calidad y seguridad de la atención, tanto para pacientes como equipos clínicos. Por lo anterior, se debe dar cumplimiento a<sup>18, 19</sup>:

<sup>16</sup> Gobierno de Chile. Paso a paso nos cuidamos. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/ConocePlanPasoPaso.pdf> [Consultado 24 de julio de 2020].

<sup>17</sup> Gobierno de Chile. Indicadores. Disponible en: [https://cdn.digital.gob.cl/public\\_files/Campañas/Corona-Virus/documentos/paso-a-paso/Indicadores-vf.pdf](https://cdn.digital.gob.cl/public_files/Campañas/Corona-Virus/documentos/paso-a-paso/Indicadores-vf.pdf) [Consultado 24 de julio de 2020].

<sup>18</sup> Centers for Medicare and Medicaid Services. Non-Emergent, Elective Medical Services, and Treatment Recommendations. Disponible en: <https://www.cms.gov/files/document/cms-non-emergent-elective-medical-recommendations.pdf> Acceso el 25 de mayo de 2020.

<sup>19</sup> American Academy of Family Physicians. Considerations on re-opening your practice. Disponible en: [https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/practice\\_management/COVID-19/resuming-care.pdf](https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/practice_management/COVID-19/resuming-care.pdf) Acceso el 25 de mayo de 2020.

- Cumplimiento de precauciones estándares y adicionales, considerando acceso y adherencia a higiene de manos y disponibilidad y uso correcto y racional de elementos de protección personal para uso en el centro de salud<sup>20</sup>.
- Capacidad de testeo para COVID-19.
- Urgencia del tratamiento del paciente y tipo de servicio.
- Capacidad de reorganización del centro de salud, con énfasis en flujos diferenciados de las atenciones, incorporando TRIAGE obligatorio al ingreso al centro.
- Capacidad de respuesta del sistema sanitario, opción de implementar telemedicina y monitoreo remoto.
- Agendamiento diferido, para evitar aglomeraciones en salas de espera.
- Brindar atención a domicilio para usuarios mayores de 75 años, cuando aún el territorio se encuentre en fase de restricción de la 1 a la 4.

### III. Componentes del plan Paso a Paso en la APS

A continuación, se describen los principales componentes a considerar durante el plan Paso a Paso de APS en relación a ENT, incluyéndose enfoques desde los pacientes, equipos de salud y gobernanza, así como consideraciones poblacionales.

#### Priorización de atenciones de salud

Considerando la necesidad de atención de salud de los pacientes que padecen enfermedades con importante carga de morbilidad y mortalidad, y tomando en cuenta la reducción muy significativa de controles debido a la pandemia, se propone progresar en cobertura de atenciones de personas con condiciones crónicas de forma paulatina, priorizando el grupo de personas con mayor riesgo de complicaciones por sobre los de riesgo moderado o bajo, a través de las atenciones de salud denominadas en el presente documento como “críticas”, evitando así un eventual deterioro y complicaciones prevenibles en la salud de las personas y la saturación de la red asistencial a nivel de servicios no destinados a aquellas funciones, tales como Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU), Servicios de Alta Resolutividad (SAR) o servicios de urgencia hospitalarios.

Los grupos de riesgo moderado y bajo requerirán de atenciones con respuesta no prioritaria, de acuerdo a la capacidad de la red asistencial.

Es importante recalcar que estos **riesgos no corresponden a la categoría de riesgo cardiovascular**. Las patologías a incorporar en cada categoría de riesgo deben ser evaluadas por el equipo clínico, utilizando criterios clínicos, así como determinantes sociales de la población bajo control del centro. A continuación, se presentan las clasificaciones de riesgo y algunos ejemplos muy relevantes a considerar.

<sup>20</sup> **Curso Ministerial de precauciones estándares para profesionales, gratuito disponible en <https://www.siadspc.cl/moodle/mod/page/view.php?id=2654>**

## Atenciones críticas o de alto riesgo

Las atenciones de salud críticas son aquellas que **deben realizarse, independiente del Paso en el cual se encuentre el centro de salud**, considerando que su postergación puede traer importante deterioro para la salud de los pacientes, por lo cual debe garantizarse su atención (en el centro o en domicilio). Estas pueden ser de controles o consultas, sea de ingreso a un programa, diagnóstico de patología o bien seguimiento de las condiciones ya conocidas de la persona.

Dentro de las **patologías críticas o de alto riesgo** encontramos:

- Pacientes con patologías muy descompensadas, sin criterios de consulta a servicio de urgencia:
  - Paciente diabético sintomático o con inadecuado control metabólico ( $HbA1c \geq 9\%$ ).
  - Paciente diabético con síntomas de hipoglicemia recurrente.
  - Paciente con enfermedad renal crónica en etapa 4-5 en control en APS.
  - Paciente que requiera de curaciones de pie diabético ulcerado, según recomendaciones expuestas en punto "Pie diabético ulcerado".
  - Pacientes con sospecha de insuficiencia cardíaca descompensada.
  - Pacientes con enfermedad respiratoria (asma, EPOC) con disnea superior a la habitual o descompensación en los últimos 6 meses.
  - Hipertensión arterial con cifras  $\geq 160/100$  mmHg o que requieran 4 fármacos para lograr compensación.
  - Personas con 5 o más enfermedades crónicas (G3 de acuerdo con Estrategia de cuidados integrales<sup>21</sup>) si la población está estratificada, Anexo 1.
  - Hospitalización reciente por ataque cerebrovascular (ACV), infarto agudo al miocardio (IAM), insuficiencia cardíaca, neumonía adquirida en la comunidad u otra causa prevenible.
  - Personas con hipotiroidismo con TSH mayor a  $20\mu U/l$  descompensado sintomático.
  - Personas con sospecha de HTA y DM para confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento.
  - Personas con epilepsia que haya tenido crisis convulsivas en los últimos 6 meses no tratadas.
  - Personas con resultados de laboratorio sugerentes de descompensación, Anexo 2.
  - Paciente HTA y/o DM2 con antecedente de COVID-19 positivo que requirió hospitalización.
  - Paciente con consulta a servicio de urgencias por patologías descompensadas.
  - Otras definidas a nivel local.

---

<sup>21</sup> Ministerio de Salud. Estrategia de cuidado integral centrado en las personas, para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad, 2020.

## Atenciones de riesgo moderado y bajo

Dentro de las atenciones a priorizar en una segunda etapa, una vez alcanzado el Paso de Transición, se propone la priorización de las atenciones categorizadas como riesgo moderado o bajo:

- **Riesgo moderado:** patologías descompensadas que impliquen un menor riesgo que las atenciones críticas, tales como:
  - ERC etapa 3b.
  - Hipotiroidismo descompensado, con necesidad de ajuste de tratamiento.
  - HTA compensada en tratamiento con monoterapia o tratamiento con 2 fármacos para lograr compensación.
  - Hospitalización dentro de los últimos 6 meses por descompensación de patología de base.
  - Personas con artrosis severa.
  - Personas con epilepsia que requiera control de niveles plasmáticos de fármacos.
  - En aquellos centros que tengan población estratificada de acuerdo a “Estrategia del cuidado integral”, priorizar atención grupo G2 y luego G1.
  
- **Riesgo bajo:**
  - Pacientes bajo control en PSCV y Programa Respiratorio con buen control de sus patologías. Sin ajustes de tratamiento reciente, ni sintomáticos y sin antecedentes de complicaciones recientes.
  - Detección de rutina para condiciones asintomáticas.
  - Personas con artrosis moderada sintomática.
  - Controles de medicina preventiva.

Para implementar la estrategia propuesta en este documento, se utilizará como insumo principal, las estadísticas locales a través de su REM corte diciembre 2019, registros de hospitalizaciones recientes y fuentes de datos manejados a nivel local.

El rescate de población bajo control se debe realizar a los usuarios considerando tanto aquellos que vieron postergadas sus atenciones en contexto de las priorizaciones indicadas en el documento “*Orientaciones para actividades de APS en contexto COVID-19*”, de Ministerio de Salud, como aquellos que cumplan con los criterios mencionados en este documento.

**Para mayor detalle respecto a las atenciones priorizadas por etapa del plan Paso a Paso, se sugiere la revisión de las Orientaciones respecto a atención en plan Paso a Paso, desarrolladas por la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, las cuales son actualizadas de acuerdo a las indicaciones de autoridades de manera periódica.**

## TRIAGE telefónico

El principal objetivo del TRIAGE telefónico es realizar un filtro entre la población bajo control del centro de salud en orden de riesgo priorizando la atención presencial en quienes es inminentemente necesario y optimizando el recurso humano disponible.

Así, a partir del TRIAGE telefónico se espera:

- Identificar a población de riesgo alto en la población bajo control del centro de salud y coordinar atención presencial, si es necesario.
- Otorgar atención presencial oportuna a pacientes que lo requieran en orden de riesgo.
- Coordinar atención remota, visita domiciliaria u otros, según disponibilidad de red, para pacientes que lo requieran, como respuesta a complejidades detectadas.
- Homologar recetas, realizar dispensación de medicamentos y productos sanitarios (leches, suplementos, otros) de pacientes por indicación de profesional sanitario después de valoración telefónica.

Se espera el TRIAGE sea aplicable a toda la población perteneciente al centro y se realice por parte de los equipos a cargo de sector, encargados de programas, técnicos de apoyo, a definir según centro.

Se propone priorizar el TRIAGE inicial en todo paciente perteneciente al centro de salud que cumpla con una o más de las siguientes:

- Pacientes con una o más patologías categorizadas como de alto riesgo de descompensación, pacientes dependientes, frágiles o de riesgo alto conocido.
- Persona que tenga atención presencial programada dentro de los próximos 14 días.
- Paciente de alto riesgo cardiovascular que haya perdido una cita agendada en contexto COVID-19.

Respecto a atención telefónica, existen distintos protocolos. En síntesis, es importante considerar durante la atención de TRIAGE<sup>22</sup>:

- Sintomatología respiratoria, de acuerdo a definición de caso sospechoso, probable o confirmado del MINSAL, tal como fiebre, tos, odinofagia, cefalea, mialgias, disnea, entre otros.
- Indagar sobre contactos estrechos o de alto riesgo con personas COVID-19 sospechosas o confirmadas.
- Consultar por antecedentes de enfermedades crónicas o corroborar estos, en caso de contar con la información.
- Indagar en síntomas y signos de descompensación de patologías de base.
- Indagar en estado de salud mental del paciente.

A partir del TRIAGE telefónico, se espera se pueda definir el método de control que requerirá el paciente, Anexo 3.

<sup>22</sup> Telephone Response Guide for Clinics | CDC [Internet]. [cited 2020 May 22]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/phone-guide/index.html>

## **Atenciones de urgencia**

Cada vez que se identifique un paciente que presente sintomatología o signos sugerentes de afecciones graves con riesgo vital, a través de TRIAGE telefónico, durante consulta por telemedicina, visita domiciliaria u otro, este debe ser referido inmediatamente al servicio de urgencias más cercano. Se debe educar a la población bajo control del centro en esta importante medida.

## **Definición del método de control**

### ***Atenciones críticas o de alto riesgo***

Deben realizarse de modo presencial en el centro de salud o institución sanitaria correspondiente. Si la persona que requiere atención presencial no puede asistir, se debe priorizar la visita domiciliaria, como, por ejemplo, personas de 75 años y más frágiles con criterios establecidos.

El control de las personas con enfermedades crónicas debe ser integral realizando examen físico y de laboratorio en caso necesario. En caso de no tener exámenes vigentes se debe gestionar su realización de manera presencial o bien domiciliaria antes del control (gestionar orden de exámenes).

### ***Atenciones de riesgo moderado y bajo***

Se debe realizar la atención en la modalidad que se estime más apropiada para el caso, incluyendo dentro de las opciones la asistencia remota y/o visita domiciliaria. El anexo 3 del presente documento resume las metodologías de atención recomendadas de acuerdo a tipo de atención.

Las estrategias de atención remota han sido reconocidas por el Ministerio de Salud, como estrategias que permiten vincular a las personas con la red de salud, de acuerdo a las herramientas tecnológicas y de telecomunicación disponibles (resolución exenta N°342 del 9 de marzo del año 2018).

Las estrategias de atención remota o de apoyo a la atención de los usuarios comprenden distintas modalidades, tales como telemedicina (sincrónica y asincrónica), teleconsulta y contacto telefónico. El detalle de estas estrategias se encuentra contenido en el ORD. A15 N° 2448 del 4 de agosto de 2020 "*Sobre el uso de tecnologías de información y comunicación en el ámbito de salud*", de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Es importante destacar que la atención recibida de manera remota puede levantar la necesidad de otorgar una atención presencial o atención de urgencia, por lo que se debe articular la posibilidad de brindar estas en caso que sea necesario.

Se debe tener en consideración el listado de exámenes de laboratorio priorizados para la atención de los pacientes, descritos en el Anexo 2.

Respecto a exámenes tales como espirometrías, MAPA, ECG, y cirugías menores, se recomienda realizarlos sólo en casos imprescindibles hasta que no se alcance la fase de apertura inicial, sin embargo, posterior a esta se deben volver a priorizar.

## Generalidades de las atenciones

- Homologar recetas, realizar dispensación de medicamentos y productos sanitarios de pacientes por indicación de profesional sanitario después de valoración telefónica.
- Se recomienda coordinar entrega de órdenes de exámenes con anterioridad, para facilitar y optimizar controles clínicos presenciales y remotos. Si el usuario no presenta exámenes vigentes al momento de extraer el reporte se debe gestionar la citación de su toma de manera presencial o en su defecto, domiciliaria, dependiendo de la realidad local, lo que permitirá intensificar la terapia si así lo requiere en el momento del control.

En pacientes con diabetes, revisar la vigencia de su examen fondo de ojo y priorizar la realización de éste considerando el riesgo de ceguera irreversible por retinopatía diabética.

- Sumado al protocolo de atención del programa de inscripción de la persona o según motivo de consulta de ésta, se deben incorporar las siguientes recomendaciones dirigidas a personas con enfermedades crónicas, las cuales pueden o no ya estar en aplicación en algunos centros de salud en respuesta a la pandemia:
  - Mantener uso de tratamiento farmacológico de uso crónico, a menos que la suspensión sea una indicación médica.
  - Entregar medicamentos por tiempos mayores a los habituales (ideal 90 días), en personas con buen control metabólico, si es aplicable a realidad local.
  - Entrega de fármacos a domicilio a población de mayor riesgo de enfermedad severa por SARS-CoV-2.
  - Reforzar las medidas de prevención de infecciones, Anexo 4.
- Para contar con la información, extraer del registro clínico electrónico reportes rutificados de criterios mencionado en la tabla como HbA1c  $\geq$  9%, presión arterial  $\geq$  160/100 mmHg o RAC  $\geq$  300mg/g (esto se puede hacer, a través del sistema de reportería de la solución tecnológica disponible en el centro de salud). Asimismo, desde el GRD, rescatar hospitalizaciones recientes por enfermedades cardiovasculares agudas, complicaciones de DM2 entre otras.
- Extraer y analizar el perfil de pacientes con citas canceladas, y rescatar según riesgo de priorización presentados.
- Para el seguimiento telefónico, realizarlo de acuerdo a protocolo, ej; Anexo 5 que requiere gestionar el acceso de los profesionales en teletrabajo a la ficha electrónica de los pacientes de forma remota.
- El rendimiento sugerido para consejería telefónica es de aproximadamente 3 a 4 por hora.
- Dentro de lo posible, en pacientes con antecedentes de COVID-19 y requerimiento de hospitalización, coordinar entrega de epicrisis con exámenes desde nivel hospitalario e informe a la APS.
- Recordar la disponibilidad de atención remota por especialistas, **nefrólogos, diabetólogos y geriatras**, a través de la plataforma de hospital digital. Este recurso ha mostrado mejorar las tasas de control, y disminuido la tasa de derivación a controles presenciales al nivel secundario.

## Tecnologías en salud

Se deben priorizar modelos de atención remota como lo son la Telemedicina, Teleconsulta y Contacto Telefónico, así como optimizar el seguimiento telefónico (anexo 5) y otras alternativas tecnológicas según disponibilidad. El uso de métodos remotos para evaluación y manejo de los pacientes reducirá el número de atenciones presenciales, facilitando la atención de las patologías críticas que se beneficiarán en mayor medida de este tipo de atención.

Este mecanismo que ayuda a prevenir la transmisión de infecciones, constituyendo una tecnología ideal para crisis sanitarias, reduciendo la exposición de pacientes y trabajadores de la salud<sup>23</sup>. Otra ventaja de las tecnologías en salud es permitir la atención de distintos profesionales, del nivel primario y de especialidad cuando corresponda.

Para mayor detalle de las estrategias de atención remota o de apoyo a la atención de los usuarios, se sugiere consultar el ORD. A15 N° 2448 del 4 de agosto de 2020 “*Sobre el uso de tecnologías de información y comunicación en el ámbito de salud*”, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

## Gobernanza

- Es importante durante todo el periodo de pandemia el acompañamiento constante a los equipos de salud por parte de referentes de Servicio de Salud y SEREMIS de salud.
- Se sugiere, acorde a la disponibilidad, hacer videoconferencia entre los encargados de pacientes crónicos a nivel de los Servicios de Salud, referentes de salud de municipalidades, y encargado del PSCV de centros para revisar estrategias y avances, reporte de indicadores de cada centro y evolución de rescates.
- Dada la importancia del cumplimiento de estas medidas, los Servicios de Salud pueden evaluar, a través de pautas de supervisión, la gestión y reorganización de flujo de los centros en el contexto de la pandemia. Se puede diseñar una pauta de supervisión (como las usadas para evaluar continuidad de la atención, programa FOFAR).

## Medidas poblacionales

Algunas medidas recomendadas para el periodo de pandemia COVID-19 de gran importancia para relevar a nivel poblacional a través de medios de comunicación, incluyen:

- Educar y promover las medidas de prevención de infecciones, Anexo 3.
- Comunicar la organización y funcionamiento de los centros de salud durante el plan Paso a Paso, y las estrategias implementadas a nivel local.
- Informar a la ciudadanía sobre prevención, síntomas y consulta precoz por COVID-19.
- Fomentar mantención de tratamiento farmacológico de uso crónico.
- Fomentar estilos de vida saludables.

Se recomienda esta información sea relevada a nivel comunicacional tanto nacional, regional, comunal y de juntas de vecinos.

<sup>23</sup> Driggin E, Madhavan M V., Bikdeli B, Chuich T, Laracy J, Biondi-Zoccai G, et al. Cardiovascular Considerations for Patients, Health Care Workers, and Health Systems During the COVID-19 Pandemic. Vol. 75, Journal of the American College of Cardiology. Elsevier USA; 2020. p. 2352–71.

## Organización del equipo y centro de salud

Considerando la pandemia COVID-19, es necesario implementar y re-estructurar ciertos procesos llevados a cabo a nivel de la APS, con miras a disminuir la infección por SARS-CoV-2 en las personas concurrentes al centro de salud, así como los trabajadores de éste. Se propone incorporar al proceso de atención de acuerdo a los componentes descritos a continuación<sup>24</sup>.

Se debe designar a un responsable por centro de la gestión del plan Paso a Paso, encargado de la coordinación con el Servicio de Salud y SEREMI de salud.

### Tamizaje y TRIAGE COVID-19 en el centro de salud

- a. Al momento del TRIAGE, antes de acudir al centro de salud, al comunicarse con los pacientes:
  - i. Informar sobre la disponibilidad del centro para proveer servicios priorizados (consultas agendadas, exámenes de laboratorio priorizados, entre otros).
  - ii. Dar a conocer protocolos existentes: procedimiento de tamizaje de síntomas y signos al ingreso del centro, acceso diferenciado y obligatoriedad de portar mascarilla facial.
- b. Antes de ingresar al centro de salud: todo paciente debe ser sometido a un tamizaje de síntomas y signos de COVID-19 previo acceso. Para esto, se debe disponer de medición de la temperatura con termómetro láser, junto a señalética sobre el uso de mascarilla.
- c. Mantener un espacio recomendado de más de un metro de distancia entre todos los pacientes o visitantes y entre pacientes y trabajadores de la salud.
- d. Asegurar acceso a soluciones en base alcohólica para higiene de manos, y basurero para pacientes, así como mascarilla quirúrgica para pacientes sintomáticos. Adicionalmente, de acuerdo con lo establecido en los lineamientos descritos en la Resolución Exenta N°282 de abril de 2020, se debe supervisar el uso obligatorio de mascarillas en los lugares y situaciones ahí descritas.
- e. Respetar la distancia entre examinador y paciente y cumplir en todo momento con las precauciones estándares, considerando el uso correcto y racional de elementos de protección personal según corresponda.

De acuerdo a esto y motivo de consulta, se destinará a la persona al área de atención correspondiente.

- i. Área para personas con síntomas respiratorios.
- ii. Área de tamizaje, separada de la anterior, para personas que asisten a controles de rutina.

### Organización del centro de salud en contexto de COVID-19

- a. Aquellos centros de salud que mantienen la provisión en su totalidad del plan de salud familiar, se recomienda dividir el centro de salud en dos áreas, una destinada exclusivamente a la atención de pacientes con sintomatología respiratoria y la otra para procedimientos de rutina y consultas no respiratorias<sup>25</sup>. La ilustración 1 indica la distribución propuesta a adoptar.
- b. Mantener distanciamiento físico en espacios de uso común entre funcionarios (incluye colaciones) y suspender actividades grupales presenciales de cualquier tipo.

<sup>24</sup> Resolve to Save lives. Safe route to care: primary health center redesign to protect chronic disease patients during the COVID-19 pandemic. Disponible en: [https://linkscommunity.org/assets/PDFs/cov069\\_primaryhealthcenterredesign\\_v3\\_final.pdf](https://linkscommunity.org/assets/PDFs/cov069_primaryhealthcenterredesign_v3_final.pdf) Consultado 20 de mayo 2020.

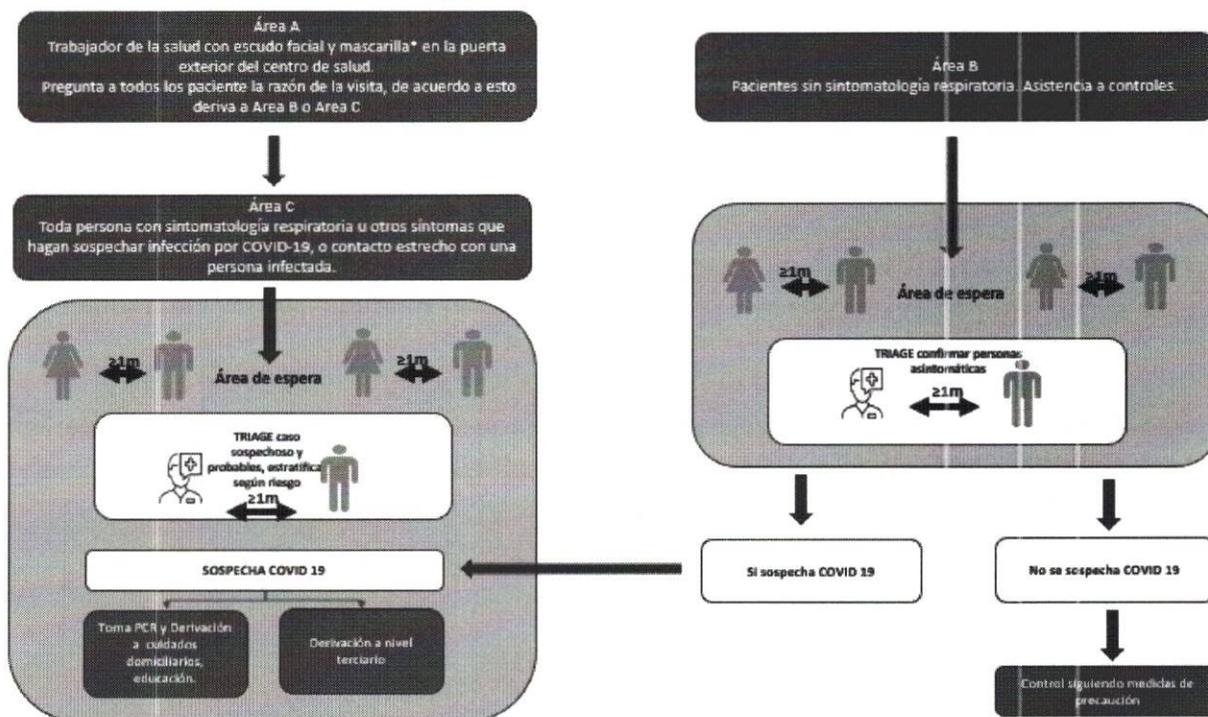
<sup>25</sup> Resolve to Safe Lives. Safe Route to Care Primary health center redesign to protect chronic disease patients during the COVID-19 pandemic [Internet]. 2020. Disponible en: [https://linkscommunity.org/assets/PDFs/cov069\\_primaryhealthcenterredesign\\_v3\\_final.pdf](https://linkscommunity.org/assets/PDFs/cov069_primaryhealthcenterredesign_v3_final.pdf) Acceso el 1 de junio de 2020.

- c. Separar salas de espera de población pediátrica de las de población adulta mayor.
- d. Tal como se indica en las circulares 2 y 4 de 2020 de IAAS, implementar adicionalmente medidas de control de tipo estructurales para áreas en las cuales no se realiza atención directa de tipo clínica de pacientes (ventanas de acrílico o materiales similares para que actúen como barrera de gotitas). Unidades candidatas para estas intervenciones son SOME, farmacia y otras áreas administrativas entre otras.
- e. Previo a la entrada del centro, disponer de señalética que indique la dirección hacia donde deben acudir las personas sintomáticas respiratorias y la dirección hacia donde deben acudir aquéllas que vienen a un control: sano, prenatal y/o cardiovasculares, entre otros. Indicar que el uso de mascarilla es obligatorio.
- f. En la entrada del área de personas que no se identificaron como sintomática respiratoria, instalar señalética indicando conducta a seguir de presentar sintomatología respiratoria. Adicionalmente, el personal de esta área debe preguntar de manera dirigida a las personas presentes por la presencia de sintomatología y verificar y educar sobre el uso correcto de mascarilla (si esta está en mal estado reemplazar a medida de lo posible).
- g. Las citas de las personas de alto riesgo (controles críticos) deben programarse tomando en consideración que se deben evitar aglomeraciones en las áreas de espera, y las áreas de espera deben reorganizarse para garantizar el distanciamiento físico. El número de visitantes y los períodos de visita deben estar restringidos.
- h. Reorganizar los procesos y el espacio físico para crear un flujo que minimice contactos innecesarios entre los pacientes y el personal<sup>26</sup>.
- i. Solicitar al paciente acudir sin acompañante a los controles de salud, a no ser que sea un menor de edad o un adulto o adulto mayor con necesidad de asistencia.
- j. Limitar cantidad de encuentros en instalaciones.
- k. Limitar el tránsito de funcionarios entre áreas respiratoria y no respiratoria.

*Ilustración 1 Organización del centro de salud en contexto pandemia COVID-19*

---

<sup>26</sup> World Health Organization. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context [Internet]. [cited 2020 Jun 3]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail/10665-332240>



Fuente: Traducido y adaptado de Resolve to Safe Lives. Safe Route to Care Primary health center redesign to protect chronic disease patients during the COVID-19 pandemic [Internet]. 2020. Disponible en: [https://linkscommunity.org/assets/PDFs/cov069\\_primaryhealthcenterredesign\\_v3\\_final.pdf](https://linkscommunity.org/assets/PDFs/cov069_primaryhealthcenterredesign_v3_final.pdf) Acceso el 1 de junio de 2020.

**Notas al pie:**

- \* En punto A, por tipo de interacción, basta con escudo facial (mascarilla será opcional). Distanciamiento, indicar 1 metro o más entre pacientes.
- \*La adherencia a las precauciones estándares para todos los pacientes en todo momento debe fortalecerse, en particular con respecto al distanciamiento, la higiene de manos, el uso apropiado de elementos de protección personal y limpieza y desinfección de superficies y ambientes.
- \***IMPORTANTE:** si la infraestructura física no permite el distanciamiento físico o el funcionamiento diferenciado, se sugiere realizar las atenciones de personas con enfermedades crónicas en sedes comunitarias u otro espacio físico que lo permita, resguardando los criterios definidos para una atención fuera del centro de salud<sup>27</sup>.

Sumado a lo anterior, es importante complementar la atención habitual con medidas que han demostrado utilidad para el mejor manejo de la pandemia y sus potenciales consecuencias, descritas previamente como teleconsultas, telemedicina y atención telefónica.

<sup>27</sup> Ordinario C37 N°1614

## IV. Estrategias para el logro precoz de las metas de HTA y otras enfermedades crónicas

En el contexto de la estrategia Global HEARTS, existen diversas herramientas y estrategias disponibles para ser implementadas en el corto plazo. En el caso de HTA, estas permitirán el logro precoz de las metas de HTA, con el uso de algoritmos simples, estandarizados, con fármacos disponibles en APS, lo que se asocia a una disminución del riesgo cardiovascular. Los algoritmos establecidos y difundidos por oficio el año 2019 para el control de HTA están disponibles en [www.redcronicas.minsal.cl](http://www.redcronicas.minsal.cl)<sup>28</sup> además de otras estrategias promovidas por la OMS para el control de la DM y dislipidemia<sup>29</sup>.

Se recomienda que los profesionales del PSCV en modo de teletrabajo, así como los equipos que se encuentren en modalidad rotativa, sin descuidar los seguimientos telefónicos programados, se capaciten en la implementación de la **Iniciativa HEARTS**<sup>30</sup>, (Curso en línea, gratuito reconocido por el MINSAL) que promueve estrategias de probada efectividad para la prevención y control de los factores de riesgo cardiovasculares. Esto es importante para el control de los factores de riesgo, y logro **precoz** de las compensaciones.

## V. Registro

El registro de las atenciones deberá ser anotado en los REM correspondientes a cada prestación, y aquellos que hayan debido ser adaptados deberán mantenerse en el REM especialmente diseñado para ello (REM COVID-19).

## VI. Información a la población de actividades presenciales

Cada cambio de fase del Plan Paso a Paso debe ser informado oportuna y masivamente a la población beneficiaria de la red asistencial de cada Servicio de Salud. Para lo anterior, se deberá trabajar en conjunto con las Municipalidades utilizando todos los medios de comunicación disponibles para ello.

<sup>28</sup> Ministerio de Salud, Algoritmos de Manejo de HTA, [https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/ALGORITMO-HTA\\_LOSARTAN-Actualizaci%C3%B3n-2020.pdf](https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/ALGORITMO-HTA_LOSARTAN-Actualizaci%C3%B3n-2020.pdf)

<sup>29</sup> World Health Organization, Global Hearts, [https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/hearts/en/](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/hearts/en/)

<sup>30</sup> World Health Organization, Global Hearts, curso virtual sobre la implementación del paquete técnico en la atención primaria de salud, <https://www.campusvirtualesp.org/es/curso/curso-virtual-sobre-la-implementacion-del-paquete-tecnico-hearts-en-la-atencion-primaria-de>

## ANEXOS

### Anexo 1 Nivel de riesgo de las personas en contexto de Multimorbilidad crónica

En aquellos centros de salud que disponen de su población estratificada según riesgo<sup>31</sup> se recomienda priorizar las atenciones considerando la multimorbilidad que de las personas (esto implica no utilizar las categorías de riesgo alto, moderado y bajo previamente presentadas), organizando para ello, los procesos de atención acorde a dicho nivel de riesgo, con una atención centrada en la persona, privilegiando, la entrega de cuidados integrales y acompañamiento de éstas.

Ello permitirá a los equipos definir niveles de atención de las personas, en función de sus necesidades de uso de los servicios asistenciales, identificando así diferentes tipos de requerimientos e intervenciones en cada grupo con el fin de manejar mejor su condición crónica y evitar ingresos hospitalarios y/o demandas de urgencias. Se define como primera prioridad, al riesgo alto (G3) y en segunda instancia, priorizar la atención de pacientes del grupo G2 y luego G1 (Ilustración 2).

Ilustración 2 Estratificación por riesgo



Adaptada y modificada de: Pirámide de Kaiser permanente de riesgos modificada (38).

Fuente: Ministerio de Salud. Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad.

<sup>31</sup> Ministerio de Salud, Estrategia de cuidado integral centrado en las personas, para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. 2020

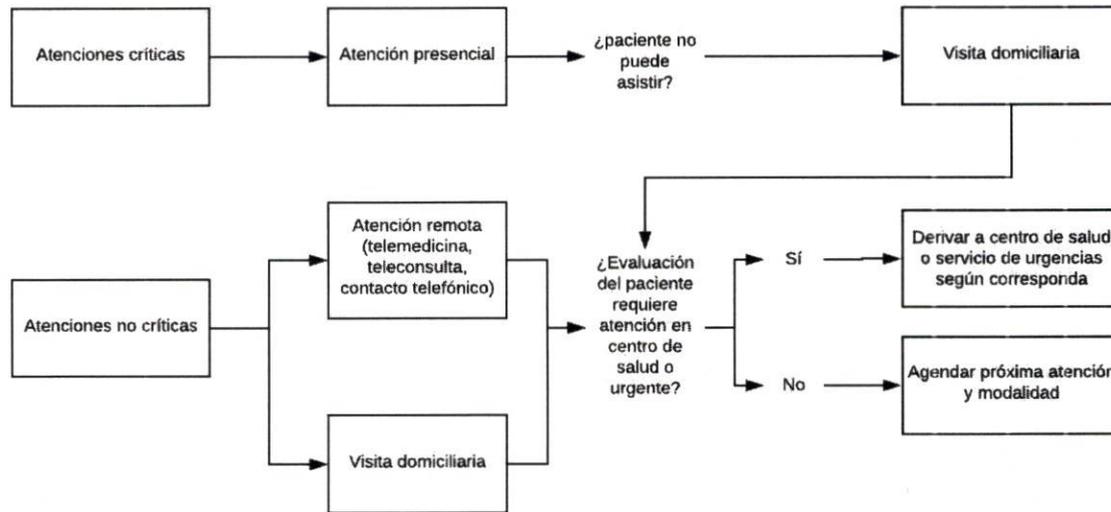
*Anexo 2 Exámenes de laboratorio priorizados*

- **Diabetes mellitus tipo 2**
  - Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTGO) en paciente con glicemia alterada de ayuna previa.
  - Segunda glicemia ayuna para confirmación de diabetes.
  - Paciente con mal control metabólico previo y síntomas actuales de síndrome diabético agudo o sospecha de diabetes por síntomas agudos.
  - Paciente con HbA1c > 9-10% en controles previos con indicación actual de uso de insulina.
  - Paciente con diagnóstico de glicemia alterada de ayunas (GAA) o PTGO que requiere resto exámenes ingreso al PSCV.
- **HTA o ERC**
  - Hiperkalemia en último examen.
  - Albuminuria severa en último examen (RAC  $\geq$  300mg/g) en paciente con posibilidad de ajustar terapia anti-hipertensiva y que no se encuentre en seguimiento por nefrología.
  - Antecedentes de VFGe menor a 45mL/min, sin diagnóstico de ERC.
  - ERC etapa 3b, 4 o 5, con última creatinina de más de 6 meses.
- **Dislipidemias**
  - Perfil lipídico de control en paciente con hipertrigliceridemia severa en riesgo de pancreatitis (TG > 1000mg/dL).
  - Control en hipercolesterolemia pura severa (LDL igual o mayor a 190mg/dL).
- **Hipotiroidismo**
  - Sospecha de hipotiroidismo severamente descompensado.
    - TSH superior a 20 $\mu$ UI/mL con síntomas.
    - TSH suprimida (menor a límite inferior laboratorio) con síntomas.
  - Control de inicio de tratamiento de hipotiroidismo
- **Otras situaciones clínicas**
  - Sospecha o control por anemia severa.
  - Sospecha o control de trastorno hidroelectrolítico.
  - Paciente con sospecha de cáncer o enfermedad grave.
  - Sospecha de ITU en paciente con factores de riesgo.
  - Niveles plasmáticos de fármacos anti-epilépticos en paciente con epilepsia y crisis convulsiva.
  - Otras patologías a criterio clínico.

El profesional y/o técnico a cargo de realizar la atención a distancia de pacientes que requieran atención no crítica o seguimiento, deberá ser asignado de acuerdo a disponibilidad y capacidad del centro, de acuerdo a la etapa del plan Paso a Paso que corresponda.

Anexo 3 Metodologías de atenciones críticas y no críticas

Ilustración 3 Métodos de atención



Fuente: elaboración MINSAL.

Algunos elementos básicos a considerar para la realización de atenciones a distancias son:

- Por parte del equipo de salud:
  - Contar con pauta(s) estandarizada(s) de atención enfocada en la pesquisa de síntomas y signos sugerentes de descompensación.
    - Patologías como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, entre otras.
    - Incluir la pesquisa de síntomas o signos como: disnea, dolor torácico, aumento de la sensación de ahogo, necesidad de medicamentos de emergencia, cefaleas frecuentes, entre otros.
    - El hallazgo de uno o más signos de alarma debe indicar la necesidad de control presencial o de urgencias, según criterio clínico.
  - Capacidad técnica de contacto a distancia: disponibilidad de telefonía, telemedicina, posibilidad de contacto de paciente, entre otros.
  - Acceso a ficha clínica electrónica o registro de últimos controles de paciente, según disponibilidad del centro.
  - Capacidad de registro de la atención otorgada.
- Por parte del paciente:
  - Aceptación de la persona a recibir la atención en dicha modalidad.
  - Habilidad del paciente para colaborar en la atención a realizar, pues se solicitarán tareas como: revisión de pies, toma de presión arterial, medición de glicemia, según factibilidad y síntomas descritos.

La asignación de la atención a profesional (es) y/o técnico(s) que realizará(n) el control o consulta presencial, debe realizarse de acuerdo a las competencias requeridas para la adecuada atención de la persona.

*Anexo 4 Medidas de prevención*

Al momento de la atención, en todo paciente con una o más enfermedades crónicas, se deben reforzar las siguientes medidas de prevención:

- a. Evitar contacto con otras personas enfermas.
- b. Lavado de manos frecuente con jabón y agua por al menos 40 segundos, especialmente tras limpiarse la nariz, toser, estornudar o estar en lugar público. Si jabón y agua no están disponibles, usar soluciones alcohólicas que contengan al menos 60% alcohol, para realizar higiene de manos al menos 40 segundos.
- c. Evitar tocarse la cara, nariz y ojos.
- d. Aplicar higiene respiratoria: al toser, cubrir boca y nariz con el pliegue interno del codo o con pañuelos desechables. Después de toser, realizar higiene de manos con agua y jabón o solución alcohólica.
- e. Educar sobre higiene domiciliaria. Limpiar y desinfectar el hogar para remover microorganismos, incluidos objetos personales (celulares, computadores, otros).
- f. Distanciamiento físico: Permanecer en casa tanto como sea posible para reducir el riesgo de exposición, cumpliendo el distanciamiento de al menos 1 metro. Evitar las multitudes, especialmente en espacios mal ventilados. Evitar todos los viajes no esenciales.
- g. Énfasis en no fumar, ni exponerse a ambientes con tabaco (activo o pasivo).
- h. Fomentar el autocuidado físico y mental.
- i. Conocer los síntomas y signos de COVID-19 y sus signos de alarma, y cuándo consultar a un servicio de urgencia, como en caso de fiebre y dificultad respiratoria.

El seguimiento telefónico es una herramienta que se utiliza para evaluar estado general de salud de la persona, adherencia al tratamiento, medidas de prevención, monitoreo a distancia, entre otros, con el fin de otorgar acompañamiento, educar y dar continuidad a los cuidados. Además, se utiliza como TRIAGE para identificar a la población bajo control del centro de salud en orden de riesgo priorizando la atención presencial en quienes es inminentemente necesario y optimizando el recurso humano disponible.

No reemplaza a un ingreso o control cardiovascular por lo cual no debe registrarse como tal.

Para el seguimiento telefónico, se debe gestionar el acceso de los profesionales en teletrabajo a la ficha electrónica de los pacientes de forma remota, así como estandarizar un mecanismo de registro de la atención. El rendimiento sugerido para consejería telefónica es de aproximadamente 3 a 4 personas por hora.

Se debe tener en consideración los factores de riesgo de vulnerabilidad a la infección por SARS-CoV-2 adultos mayores, enfermedad renal crónica, enfermedad respiratoria crónica, compromiso del sistema inmune, trasplante de órgano sólido, enfermedad cardiovascular, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, cáncer, embarazo, entre otros<sup>32, 33</sup>.

## **Objetivos**

- Brindar continuidad del cuidado a las personas pertenecientes al centro de salud para evitar y detectar posibles descompensaciones de enfermedades crónicas, contagios de enfermedades estacionales y/o COVID-19, y gestionar en caso necesario una consulta presencial.
- Identificar a población de riesgo alto en la población bajo control del centro de salud y coordinar atención presencial, si es necesario.
- Priorizar atención presencial oportuna a pacientes que lo requieran según riesgo.
- Contactabilidad y citaciones para agendamiento de la atención de salud, según disponibilidad de red, para pacientes que lo requieran, como respuesta a complejidades detectadas.
- Homologar recetas, coordinar dispensación de medicamentos y productos sanitarios (leches, suplementos, otros) de pacientes por indicación de profesional sanitario después de valoración telefónica.
- Fomentar adherencia al tratamiento.
- Realizar seguimiento a plan de cuidados acordado en último control.
- Determinar manejo de continuidad de la persona a través de atención presencial o a distancia para el siguiente control.

---

<sup>32</sup> Coronavirus (COVID-19): Shielded patients list - NHS Digital [Internet]. [cited 2020 Jul 22]. Available from: <https://digital.nhs.uk/coronavirus/shielded-patient-list#risk-criteria>

<sup>33</sup> People Who Are at Higher Risk for Severe Illness | Coronavirus | COVID-19 | CDC [Internet]. [cited 2020 Jul 22]. Available from: [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](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)

- Educar sobre signos y síntomas de alerta de enfermedades cardiovasculares tales como ACV, infarto y descompensación de insuficiencia cardíaca, así como de sospecha de COVID-19 y criterios de gravedad.
- Apoyar el autocuidado en salud reforzando medidas preventivas de COVID-19 y patologías cardiovasculares.

**Responsables:** Profesional pertenecientes al centro de salud que en contexto de pandemia COVID-19 se hayan reasignado funciones o bien estén realizando teletrabajo.

**Criterios para ingreso**

- Personas caso confirmado, probable y sospechoso de COVID-19 en manejo domiciliario con patologías cardiovascular.
- Pacientes con una o más patologías categorizadas como de alto riesgo de descompensación, pacientes dependientes, frágiles o de riesgo alto conocido.
- Persona que tenga atención presencial programada dentro de los próximos 14 días.
- Paciente de alto riesgo cardiovascular que haya perdido una cita agendada en contexto COVID-19.
- Personas adultas mayores sin red de apoyo, con comorbilidades u otras condiciones definidas como críticas, que se encuentren en atención domiciliaria fin de complementar y optimizar las prestaciones. Si se detectan personas Mayores sin red de apoyo con sintomatología depresiva realizar derivación con equipo psicosocial de centro para control y seguimiento telefónico.
- Persona con una o más enfermedades crónicas, que requieran de monitoreo a distancia.

**Criterios de exclusión**

- Persona o adulto responsable (familiar, otro) sin posibilidad de comunicación telefónica o conexión a internet.

**Protocolo de atención telefónica**

Antes de cada atención o seguimiento telefónico se debe recopilar la siguiente información, con el fin de optimizar el tiempo del contacto:

<p><b>I. Previo a contacto telefónico</b></p> <p>Antes de contactar a la persona se debe obtener los siguientes antecedentes de la ficha electrónica con el fin de familiarizarse con la historia de salud de este.</p> <p>Los antecedentes a obtener son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nombre, edad.</li> <li>● Patologías crónicas, antecedentes de patologías psiquiátricas.</li> <li>● Último tratamiento Farmacológico registrado en ficha.</li> <li>● Antecedente del grado de funcionalidad, si corresponde.</li> <li>● Antecedente de deterioro cognitivo, si corresponde.</li> <li>● Inmunizaciones (revisar RNI).</li> <li>● Último control (cardiovascular, sala ERA, otro): registrar fecha y si se encontraba compensado y acuerdos.</li> <li>● Últimos exámenes tomados :</li> </ul>
--

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ evaluar logro de meta terapéutica.</li> <li>○ resultados de laboratorio sugerentes de descompensación</li> </ul>
<b>II. Etapas del contacto telefónico.</b>
<b>1. Presentación:</b> identificación clara de quién está realizando la llamada, en caso de persona mayor preguntar si tiene algún familiar a cargo de su cuidado. Explicar los objetivos del contacto telefónico y explicitar la finalidad de la llamada telefónica (evaluar si está de acuerdo con él).
<b>2. Desarrollo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>a.</b> Corroborar identidad de la persona y que corresponde a paciente de registro clínico electrónico (ej., preguntar fecha de último control, quien lo realizó).</li> <li><b>b.</b> Consentimiento de modalidad de atención</li> <li><b>c.</b> Anamnesis: monitorear estado de salud evaluando si ha existido algún cambio en sus antecedentes mórbidos o quirúrgicos registrados en ficha electrónica.</li> <li><b>d.</b> Antecedentes psiquiátricos: depresión, trastornos de ánimo.</li> <li><b>e.</b> Hospitalizaciones recientes o consultas al servicio de urgencia, causas</li> <li><b>f.</b> Fármacos de uso diario- crónicos y SOS. Se deben revisar la disponibilidad de estos.</li> <li><b>g.</b> Grado de funcionalidad y deterioro cognitivo, en caso de persona mayor o según corresponda.</li> <li><b>h.</b> Antecedentes sociales:             <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Presencia de redes de apoyo: indagar si vive sólo, con familiares o cuidador, a quién acude en caso de necesitar ayuda.</li> </ul> </li> <li><b>i.</b> Evaluar signos y síntomas:             <ul style="list-style-type: none"> <li>i. De descompensación de patología crónica</li> <li>ii. Sintomatología respiratoria, de acuerdo a definición de caso sospechoso, probable o confirmado del MINSAL, tal como fiebre, tos, odinofagia, cefalea, mialgias, disnea, entre otros. Anexo 1.</li> </ul> </li> <li><b>j.</b> Si paciente presenta dispositivos para evaluación de glicemia, presión arterial, saturómetro, etc., consultar los registros de los últimos tres días evaluados. Recomendar tener cuaderno donde registrar.</li> <li><b>k.</b> Evaluar adherencia a tratamiento, horario de fármacos, si tiene pastillero para mantener orden (si no, recomendar), si recibe ayuda de cuidador o familiar para recordar la toma. En caso de olvido, preguntar cómo se da cuenta que no se tomó su dosis, y qué hace cuando lo recuerda (educar al respecto).</li> <li><b>l.</b> Indagar en signos y síntomas de ansiedad y depresión principalmente en personas mayores.</li> </ul>
<b>3. Plan de acción y cierre de la atención</b>
<b>Paciente con sospecha de gravedad</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Derivar al servicio de urgencia o consulta presencial, según criterio clínico.</li> </ul>
<b>Paciente estable</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Definir conducta a seguir:             <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Visita domiciliaria por equipo de CESFAM, particularmente atenciones críticas, Anexo 2.</li> </ul> </li> </ul>

- ii. Requiere control presencial en CESFAM, particularmente atenciones críticas, Anexo 2.
  - iii. Mantener seguimiento telefónico.
  - iv. Atención por telemedicina, si disponible.
  - v. Otro.
- b. Requiere de exámenes, Anexo 3
- c. Tratamiento farmacológico:
- i. Reforzar adherencia a tratamiento farmacológico y mantener stock de medicamentos en su domicilio.
  - ii. Gestionar receta.
  - iii. Según caso, gestionar despacho a domicilio de medicamentos.
  - iv. Educar sobre no suspender tratamiento farmacológico sin indicación médica.
- d. Educar sobre signos y síntomas de descompensación de patología crónica, incluidos ataque cerebrovascular e infarto agudo al miocardio y acciones a seguir en caso de sospecha.
- Si es posible enviar link de videos educativos por WhatsApp o email personal o del cuidador principal.
- a. Video: Infarto Agudo al Miocardio
  - b. Video Ataque Cerebrovascular
- e. Educar sobre medidas de prevención de COVID-19, Anexo 4
- f. Informar los recursos informativos disponibles; Números de teléfonos de ayuda CESFAM, en caso disponible; Salud Responde.

4. Cierre y registro de atención.

*Criterios de gravedad o descompensación*

Valoración clínica	Pregunta/identificación del paciente
COVID-19 Criterios de gravedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de dificultad respiratoria:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Empeoramiento de la disnea.</li> <li>- Cianosis de labios, uso de musculatura accesoria, habla entrecortada.</li> <li>- Frecuencia respiratoria mayor a 20 rpm.</li> <li>- Saturación menor o igual a 94% (respirando aire ambiental) si tiene saturómetro.</li> </ul> </li> <li>• Dolor persistente u opresión torácica.</li> <li>• Frecuencia cardíaca mayor o igual a 125 lpm.</li> <li>• Alteración del estado de alerta: letargia, desorientación, confusión aguda.</li> <li>• Incapacidad para la ingesta oral por vómitos incoercibles o número importante de deposiciones (<math>\geq 10</math> al día) que hagan prever deshidratación o alteraciones hidroelectrolíticas.</li> <li>• Importante afectación del estado general.</li> <li>• Persistencia de la fiebre &gt; 7 días o reaparición de fiebre tras un período afebril.</li> </ul> <p><b>*Esta lista no incluye todos los síntomas y signos posibles.</b></p>
EPOC-Asma	<p>Tos mayor a la habitual. Evaluar cambio en las características (ej.: mayor producción de esputo).</p> <p>¿Mayor uso de sus medicamentos de rescate? Ej: Salbutamol, cuántos días lo ha usado en la última semana.</p>
Cardiopatía descompensación insuficiencia cardíaca	<p>Indagar en síntomas y signos de disnea paroxística nocturna, ortopnea, palpitaciones, precordialgia.</p>
Infarto agudo al miocardio	<p>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.</p>
Ataque cerebrovascular	<p>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.</p>
Crisis hiperglicémica	<p>Presenta uno o más de los siguientes síntomas: polidipsia, poliuria, polifagia, baja de peso, náuseas, confusión, dolor abdominal, vómitos, alteración en el estado de conciencia.</p>
Hipoglicemia	<p>Presenta uno o más de los siguientes síntomas: sudor frío, temblor de manos y pies, confusión, agresividad, cansancio, mareos, náuseas.</p>
Compromiso de conciencia cualitativo y cuantitativo	<p>Evaluar atención, conciencia, alerta, alucinaciones, otros.</p> <p>Alteración del ciclo sueño-vigilia.</p>
Aumento de uso de medicamentos de rescate	<p>¿Requiere de uso más frecuente de sus medicinas de rescate? Relacionar con síntomas y signos de patologías de base.</p>

**\*Esta lista no incluye todos los síntomas y signos posibles.**

## GRUPO DE TRABAJO

### RESPONSABLES TÉCNICOS

Dra. Sylvia Santander	Jefa División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
Dra. Adriana Tapia	Jefa División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.

### AUTORES RESPONSABLES

Dra. Mélanie Paccot	Jefa Departamento Enfermedades No Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
Dra. Constanza Aguilera	Departamento Enfermedades No Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
EM. Carolina Neira	Departamento Enfermedades No Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
EU. Pía Venegas	Departamento Enfermedades No Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
Dra. Marcela Rivera	Departamento Gestión del Cuidado. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
Nut. Irma Vargas	Departamento Gestión del Cuidado. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.

### REVISORES

Dr. Oscar Briones	Jefe Departamento Gestión del Cuidado. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
Dra. María Cristina Escobar	Consultora de Enfermedades no Transmisibles para la Organización Panamericana de la Salud.
EU. Consuelo Córdova	Referente Programa de Salud Cardiovascular, Servicio de Salud Osorno.
Ps. Andrea Albagli	Magíster en Salud Pública, Magíster en Epidemiología. Departamento de Epidemiología, DIPLAS, Ministerio de Salud.
Dr. Carlos Zúñiga	Nefrólogo. Hospital Higuera, Servicio de Salud Talcahuano. Sociedad Chilena de Nefrología. Director Célula de Nefrología Hospital Digital, DIGERA, Ministerio de Salud.
Dra. Carmen Gloria Bezanilla	Diabetóloga. Hospital El Salvador, Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Directora Célula de diabetes Hospital Digital, DIGERA, Ministerio de Salud.
Dr. Cristián Tabilo	Diabetólogo. Servicio de Salud Antofagasta. Director Célula de diabetes Hospital Digital, DIGERA, Ministerio de Salud.
Dr. Mauro Orsini	Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, DIGERA, Ministerio de Salud.

## **AGRADECIMIENTOS**

Especial agradecimiento a equipo colaborador de Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde, conformado por Modesto Martínez Pillado, Antonio A. Regueiro Martínez, Ismael Said Criado, Marina Varela Durán y Juan Turnes. Por su apoyo a través de distintos documentos e ideas.