



CENTRO DE SALUD
FAMILIAR MARIQUINA

**PROTOCOLO
PROGRAMA
SALUD
CARDIOVASCULAR**

CESFAM MARIQUINA



PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:1

Vigencia : MAYO 2018°

Documento elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Nancy Abello Moll Nolfa Matus	Médico Referente Técnico SSValdivia Dra. Gina Brun	Susana Suazo Directora CESFAM Mariquina Comité Calidad
Fecha: noviembre/diciembre 2015	Fecha: noviembre 2015	Fecha:
Documento modificado por:		
Distribución: Todas las unidades de CESFAM Mariquina		



PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:2

Vigencia : MAYO 2018°

INDICE

Dirigido.....	3
Objetivo General, Objetivos Específicos.....	4
Desarrollo del Tema	
Introducción.....	5-6
Definición Patologías Asociados PSCV	
Hipertensión.....	7-9
Flujograma Sospecha Hipertensión.....	10
Definición Diagnóstico	11
Clasificación de la Presión Arterial.....	12
Flujograma Elección Monoterapia.....	13
Técnica Indirecta de la toma Presión Arterial.....	14
Diabetes Mellitus 2.....	15
Algoritmo del Diagnóstico.....	16
Algoritmo de la Conducta Terapéutica.....	17
Evaluación Asociadas	
Fondo de Ojo.....	18
Evaluación Pie Diabéticos.....	19
Examen Físico del pie.....	20-21-22
Pauta de Estimación del Riesgo.....	23
Flujograma de Evaluación/Derivación.....	24
Insulinoterapia.....	25-25
QUALIDIAB.....	27
Dislipidemia	
Flujograma para el Diagnóstico en usuario	
No crónico.....	28
Flujograma para el Diagnóstico en usuario	
Crónico.....	29



PROCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:3

Vigencia : MAYO 2018°

Flujograma de Control.....30

Otras Patologías

Insuficiencia Cardíaca.....31

Algoritmo.....32

Ataque Cerebro Vascular/Definición.....33

Cadena Asistencia del código ACV.....34

Algoritmo de Diagnóstico/Manejo ACV.....35-36

Infarto Agudo al Miocardio

Definición.....37

Flujograma.....38

Prediabetes

Definición.....39

Técnica y Criterio PTGO.....40

Prevención Enfermedad Renal Crónica/Definición.....41-42

Flujograma Evaluación/Manejo.....43

Categorización.....44

Frecuencias de Controles en el PSCV.....45

Estimación del RCV.....46-49

Meta Terapéutica.....50

Flujograma de Controles/Usuarios en Buen control.....51

Flujograma de Controles/ Usuarios en Mal Control.....52

Tabla de Frecuencia Controles MINSAL.....53

Descripción de los Controles del PSCV.....54

Rendimiento de los controles.....55

Descripción de los Parámetros.....56

Exámenes básicos del PSCV.....56

Recordatorios.....57-58

Examen Médico Preventivo del Adulto/ Definición.....59

Flujograma de casos sospechosos de HTA/DM.....60

Generalidades sobre Registros.....61

Bibliografía.....62-63

Anexos.....64



**PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:4

Vigencia : MAYO 2018°

OBJETIVOS GENERALES:

- Estandarizar los elementos conceptuales emanados de las Guías Clínicas del Ministerio de Salud. Esta herramienta nos permitirá una mejor efectividad y criterio de uniformidad en el manejo integral y mejoras en las coberturas efectivas a través de la prevención promoción y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Dar a conocer los diferentes Manuales, Guías Clínicas, Orientaciones Técnicas de las diferentes patologías asociadas al Programa de Salud Cardiovascular (PSCV).
- Establecer los flujogramas para cada una de éstos Manuales, Guías Clínicas, Orientaciones Técnicas de acuerdo a nuestra realidad Comunal.
- Dar a conocer los criterios de derivación dentro del Departamento.
- Dar a conocer los criterios de derivación a Atención Secundaria.
- Unificar los criterios de rendimientos de atención realizada por los distintos Profesionales que interactúan en el Programa.
- Dar a conocer y unificar los diferentes formularios de registro
- Mejorar la Cobertura de Pesquisa de Hipertensión, Diabetes, Dislipidemia
- Mejorar la Cobertura Efectiva de las Patologías Cardiovasculares.



PROCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:5

Vigencia : MAYO 2018°

DESARROLLO DEL TEMA

www.redcronica.cl

“El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) es una de las principales estrategias del Ministerio de Salud para contribuir a la morbilidad asociada a las enfermedades cardiovasculares. Este programa se crea 2012 tiene más de 2 millones de inscritos. Ingresan a este programa personas del sistema público que tiene una o más patologías o factores:

Antecedentes de una enfermedad cardiovascular aterosclerótica documentada

Diabetes Mellitus II

Hipertensión Arterial

Dislipidemia

Personas que Fuman de 55años y más. “

Es, importante saber que, “El ámbito de acción del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) está inserto, en gran parte, en las metas y resultados esperados asociados al Objetivo Estratégico (OE) N° 2, uno de los nueve existentes. (Fig. 1) Figura 1. Esquema General de la ENS para el Logro de los Objetivos Sanitarios 2011-2020 El OE N° 2 cuenta con 11 subtemas, de los cuales 5 están directamente vinculados con el PSCV: 2.1 enfermedades cardiovasculares (infarto y ataque cerebrovascular) 2.2 hipertensión arterial 2.3 diabetes Adicionalmente el OE N° 3 reúne las metas asociadas a factores de riesgo tanto biológicos como conductuales, los que serán abordados según su relación con el PSCV.

 <p>CENTRO DE SALUD FAMILIAR MARIQUINA</p>	<p><u>PROTOCOLO PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR CESFAM Mariquina</u></p>	Edición : Primera
		Fecha : MAYO 2016
		Página:6
		Vigencia : MAYO 2018°

MINSAL, El Aporte Del Programa Salud Cardiovascular Al Cumplimiento De Los Objetivos Sanitarios 2011-2020, p. 4.

Objetivos Estratégicos del PSCV del Plan nacional de Salud 2011-2020.

El ámbito de acción del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) está inserto, en gran parte, en las metas y resultados esperados asociados al Objetivo Estratégico (OE) N° 2, uno de los nueve existentes. (Fig. 1)

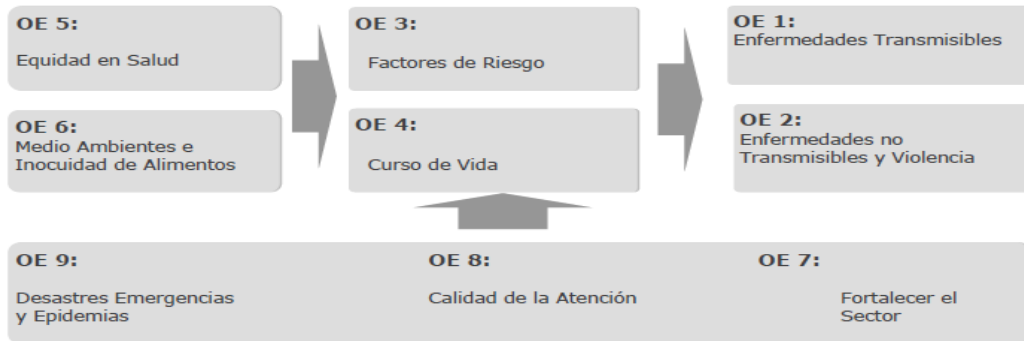


Figura 1. Esquema General de la ENS para el Logro de los Objetivos Sanitarios 2011-2020



PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:7

Vigencia : MAYO 2018°

DEFINICIÓN DE LAS PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL PSCV

Con el Objetivo de dar a conocer las definiciones y flujogramas emanadas desde el Ministerio, es que el siguiente protocolo ha adjunto copias textuales de las diferentes Guías, Orientaciones emanadas desde el MINSAL, y estas orientaciones las hemos organizado de acuerdo a nuestra realidad.

HIPERTENSIÓN

www.redcronica.cl

Editorial 17 de mayo, Día de la HTA.

“La hipertensión es un asesino silencioso”, Pedro Orduñez- Asesor técnico para la Estrategia de Enfermedades No Transmisibles de la OPS/OMS.

La hipertensión o presión arterial elevada (HTA) es un problema de salud pública en el mundo. **Es una enfermedad letal, silenciosa e invisible, que rara vez provoca síntomas.** La hipertensión es un signo de alerta importante que indica que son necesarios cambios urgentes y significativos en el modo de vida de las personas. Esta además contribuye directamente al desarrollo de las enfermedades cardiovasculares, primera causa de muerte a nivel mundial, y responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año. Específicamente la HTA afecta a 1.000 millones de personas en el mundo, y es la causa por la que mueren anualmente 9,4 millones de persona (1).



PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:8

Vigencia : MAYO 2018°

En Chile, una de cada siete muertes es atribuible directamente a la HTA (2). Actualmente en nuestro país un 27% de los mayores de 15 años tienen una presión arterial elevada ($\geq 140/90$ mmHg) (3), pero sólo dos tercios de los que tienen HTA conocen su condición. En general, los hombres tienen una mayor prevalencia en comparación a las mujeres (4), además que es directamente proporcional a la edad y disminuye a medida que aumentan los años de escolaridad.

A pesar de este sombrío panorama, la HTA es prevenible (1). La prevención es mucho más segura y menos costosa que las intervenciones necesarias cuando la enfermedad no se diagnostica y ni trata. Es fundamental abordar los comportamientos que implican factores de riesgo para desarrollar la HTA, como por ejemplo, la dieta poco saludable, el consumo de tabaco, el consumo excesivo del alcohol y la inactividad física.

El sobrepeso y la obesidad, así como el exceso de sal en las comidas **-principal factor de riesgo para tener presión arterial elevada** (1) -son otras de las causas que pueden ser prevenidas cambiando estilos de vida.

En Chile existen una serie de estrategias creadas para promover la vida sana y con ello prevenir la HTA. Entre las estrategias intersectoriales se destaca el Sistema de Protección Integral a la Infancia **Chile Crece Contigo** creado para acompañar, proteger y apoyar el desarrollo de los niños desde la gestación hasta la primera infancia, independientemente de su nivel económico o social. *Chile Crece Contigo* contribuye a generar las condiciones para el desarrollo con equidad de los niños en una etapa temprana y crítica del curso de vida, lo que se asocia a una menor incidencia de HTA y otras enfermedades no transmisibles en la vida adulta.

Entre las medidas dirigidas a promover una **alimentación más saludable** de la población, está la **Ley de Etiquetado de Alimentos**, que incorporará mensajes de advertencia a aquellos alimentos que excedan un nivel de nutrientes críticos (calorías, sodio, azúcares, grasas saturadas) con un mensaje que dirá “Exceso de”.



PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:9

Vigencia : MAYO 2018°

En relación a la promoción de la **actividad física**, se han realizado distintas iniciativas entre las que se destacan la implementación de plazas activas, la construcción de ciclo vías y la habilitación de espacios públicos para realizar ejercicio físico.

La detección y tratamiento oportuno de la HTA contribuye a reducir las complicaciones invalidantes de la enfermedad. Se estima que la reducción de la presión arterial disminuiría el riesgo de infarto agudo al miocardio en un 20-25% y de ataque cerebrovascular en 35-51% (5).

En Chile, de los pacientes que están bajo tratamiento farmacológico, solo el 44% logra cifras menores a 140/90mmHg (6). Si bien ha existido una evolución favorable con respecto a años anteriores, aún se debe seguir trabajando para lograr mejores metas de control.

En el Sistema Público de Salud, estas garantías se entregan a través del **Programa de Salud cardiovascular**. Este programa es una estrategia integral con enfoque de riesgo para el control de personas con antecedente de enfermedad cardiovascular aterosclerótica documentada, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia y fumadores mayores de 55 años.

Este programa, el más grande a nivel nacional, tiene a la fecha más de 2 millones de personas inscritas y realiza acciones de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

.Además el Ministerio de Salud ha tomado medidas complementarias que han permitido mejorar el acceso al diagnóstico, tratamiento, y seguimiento de la HTA. Esto incluye la publicación de **Guías Clínicas** respectivas (7-11) para apoyar a los equipos de salud en el manejo de estos pacientes según estándares de calidad y la incorporación de la HTA en los **Objetivos Sanitarios** para la década 2011-2020 donde se busca aumentar la cobertura efectiva del tratamiento de esta enfermedad (12).

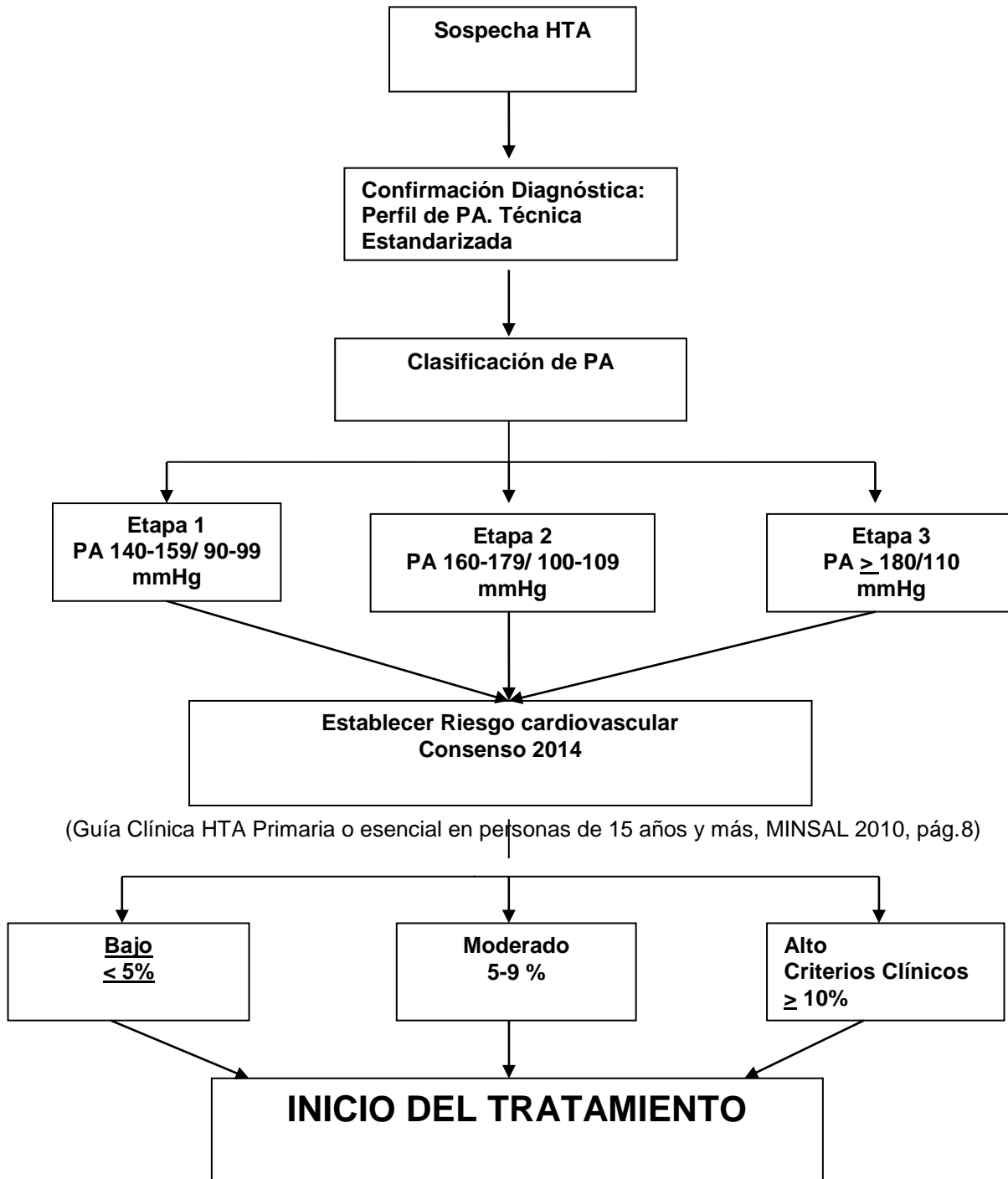
“La hipertensión se puede prevenir. Conozca sus números de presión arterial” OMS 2014



**PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera
Fecha : MAYO 2016
Página:10
Vigencia : MAYO 2018°

SOSPECHA Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA HIPERTENSIÓN ARTERIAL





**PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:11

Vigencia : MAYO 2018°

Diagnóstico de Hipertensión

Dado que la única manera de saber si un usuario tiene la presión alta es midiéndola, y para poder establecer un Diagnóstico de Hipertensión Arterial esta medición se debe realizar con una Técnica Indirecta de toma de la Presión Arterial, y que lo recomendado por el MINSAL es el método auscultatorio con manómetro de mercurio.

MINSAL Guía Clínica de Hipertensión Arterial y esencia en personas de 15 y más años,p.17

¿Qué instrumento se utiliza para medir la PA?

El instrumento estándar recomendado para la medición es el esfigmomanómetro de mercurio y fonendoscopio. Es importante destacar existe suficiente evidencia de la toxicidad del mercurio y su impacto adverso en el medio ambiente. Considerando que el sector salud es uno de los contribuyentes a las emisiones de mercurio las naciones y las organizaciones mundiales han reunido sus esfuerzos para impulsar el abandono de instrumentos que lo contengan. En el caso de los esfigmomanómetros, éstos se pueden reemplazar por equipos digitales (automáticos o semiautomáticos) validados. Estos deben ser revisados cada 6 meses calibrándolos contra un equipo de mercurio.



PROCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:12

Vigencia : MAYO 2018°

Guía Clínica de Hipertensión Arterial Primaria o esencial en personas de 15 años y más 2010, p, 18.

3.1.5 ¿Cómo se clasifica la PA?

No existe una clasificación mundial, única, para la PA. Éstas se clasifican en base a consenso de expertos.

Esta Guía, al igual que la versión 2006, utiliza la clasificación de la Sociedad Europea de HTA, la cual define categorías.

Tabla 2. Clasificación de la Sociedad Europea de Presión arterial (PA mmHg).

Categoría	Presión arterial sistólica (mmHg)		Presión arterial diastólica (mmHg)
Óptima	<120	y	<80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal alta	130-139	y/o	85-89
HTA Etapa 1	140-159	y/o	90-99
HTA Etapa 2	160-179	y/o	100-109
HTA Etapa 3	≥180	y/o	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	y	<90



**PROCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

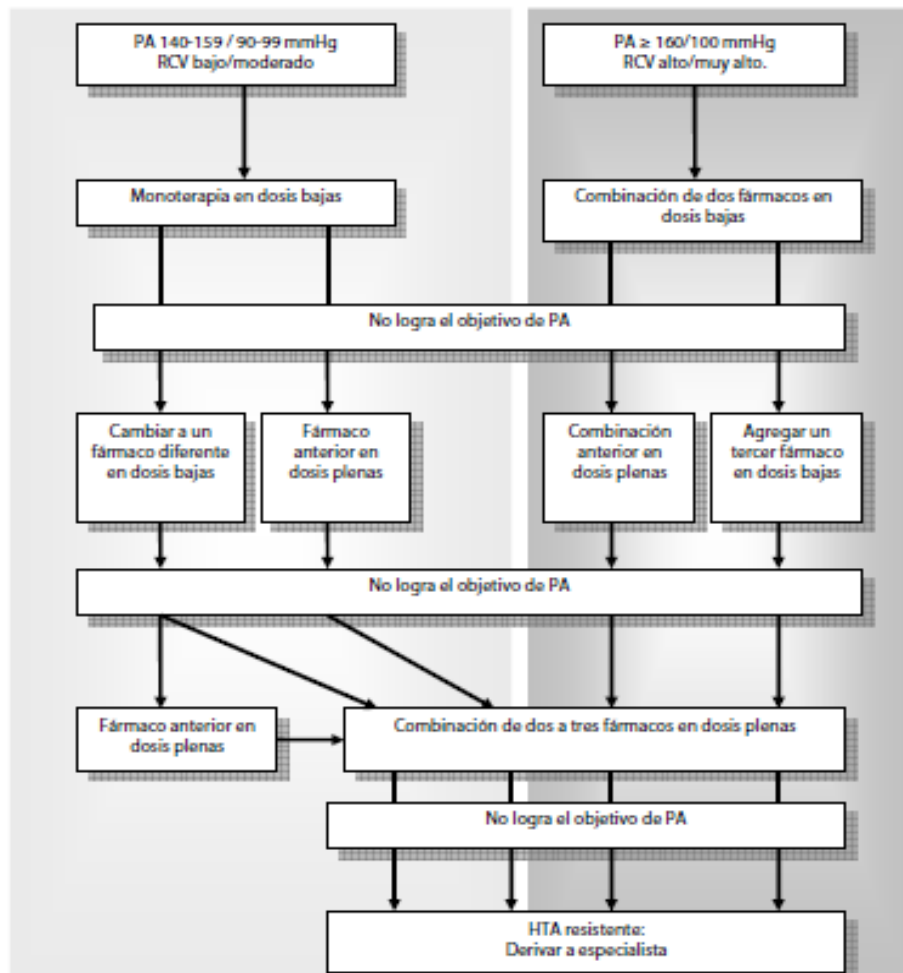
Página:13

Vigencia : MAYO 2018°

Guía Clínica de Hipertensión Arterial Primaria o esencial en personas de 15 años y más 2010, p, 7

Guía Clínica 2010 Hipertensión Arterial Primaria o esencial en personas de 15 años y más

Flujograma 4: Elección de monoterapia v/s terapia combinada en el inicio del tratamiento antihipertensivo





PROCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:14

Vigencia : MAYO 2018°

Concepto de Técnica Indirecta de la toma de Presión Arterial

MINSAL 2010, Guía Clínica HTA Primaria o esencial en personas de 15 años y más, p. 56

ANEXO 11. Técnica Indirecta de Medición de la Presión Arterial

- Informe a la persona sobre el procedimiento a realizar.
- Pregúntele si ha fumado, ingerido alcohol o café o realizado ejercicio físico intenso en los 30 minutos previos. Si la respuesta es afirmativa, espere 30' antes de realizar la medición.
- Consulte si toma algún medicamento que pueda influir sobre la presión arterial y registre posteriormente si corresponde.
- Coloque el manómetro de mercurio a nivel de los ojos del examinador y de la aurícula derecha del examinado, de tal modo que permita leer la numeración de la columna de mercurio con facilidad. Si usa manómetro portátil, colóquelo sobre una superficie lisa y dura.
- Ubique la arteria braquial (o humeral) por palpación en el lado interno del brazo y pliegue del codo (fosa antecubital).
- Si corresponde, mida la circunferencia del brazo para seleccionar el manguito con el cual realizará la medición y colóquelo a su alrededor ajustado y firme. El borde inferior debe quedar 2,5 cm (dos traveses de dedo) sobre el pliegue del codo, con los tubos de conexión paralelos al trayecto de la arteria braquial. Estas mismas consideraciones deben ser aplicadas cuando se usan tensiómetros aneroides y digitales.
- Determine el nivel máximo de insuflación. Para ello:
 - Ubique la arteria radial por palpación con los dedos índice y medio.
 - Sin dejar de presionar la arteria, infle lentamente el manguito hasta el nivel de presión en que deja de palparse el pulso radial (presión sistólica palpatoria).
 - Al valor de presión sistólica palpatoria identificado, súmele 30 mm Hg.
- Elimine totalmente el aire de la cámara y espere 30 segundos antes de iniciar la medición definitiva. En este momento puede tomar pulso radial y observar sus características.
- Coloque el diafragma del fonendoscopio sobre la arteria braquial y bajo el borde inferior del manguito con una presión suave, asegurando que contacte la piel en todo momento. En casos especiales, el fonendoscopio puede colocarse del mismo modo en arteria radial, poplitea o tibial posterior.
- Infle el manguito en forma rápida y continua hasta el nivel máximo de insuflación ya calculado.
- Abra la válvula de la pera de insuflación de manera tal que permita liberar el aire de la cámara a una velocidad aproximada de 2 a 4 mm Hg por segundo. Simultáneamente observe la columna de mercurio, identificando el nivel donde aparecen los 2 primeros ruidos de audibles (ruidos de Korotkoff) que traducen el valor de la presión sistólica y la desaparición de los ruidos, que traducen el valor de la presión diastólica.
- Registre en números pares en los formularios correspondientes los valores encontrados de las presiones sistólica y diastólica, como también el brazo en que se realizó la medición, ejemplo: PA = 138/92 bd (brazo derecho), y hallazgos anormales en las características del pulso, si procede.
- Si es necesario una segunda medición en el mismo brazo, espere 1 a 2 minutos para permitir el restablecimiento del flujo sanguíneo.
- Finalice el procedimiento informando al examinado y / o al acompañante el valor de presión arterial encontrado.

Página 32



**PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:15

Vigencia : MAYO 2018°

DIABETES MELLITUS TIPO II

MINSAL 2010, Guía Clínica HTA Primaria o esencial en personas de 15 años y más, p. 16-17)

¿Cuáles son los criterios diagnósticos de diabetes tipo 2 y otros estados de intolerancia a la glucosa?

El método de elección para la pesquisar y diagnosticar la diabetes tipo 2 en adultos es la glicemia en ayunas en sangre venosa determinada en el laboratorio. Sin embargo, la ADA en su informe 2010, incorporó la hemoglobina glicosilada (HbA1c), mayor o igual a 6,5%, como otro criterio diagnóstico. No obstante, para que ese examen de diagnóstico sea válido, debe ser realizado con el método estandarizado. National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP). Como en nuestro país los métodos de determinación de HbA1c NO están estandarizados, este examen no debe utilizarse, en la actualidad, con fines diagnósticos. La HbA1c es el examen de elección para el control metabólico de la diabetes.

La glicemia capilar con cintas reactivas no es un examen para el diagnóstico de diabetes, solo para su control.

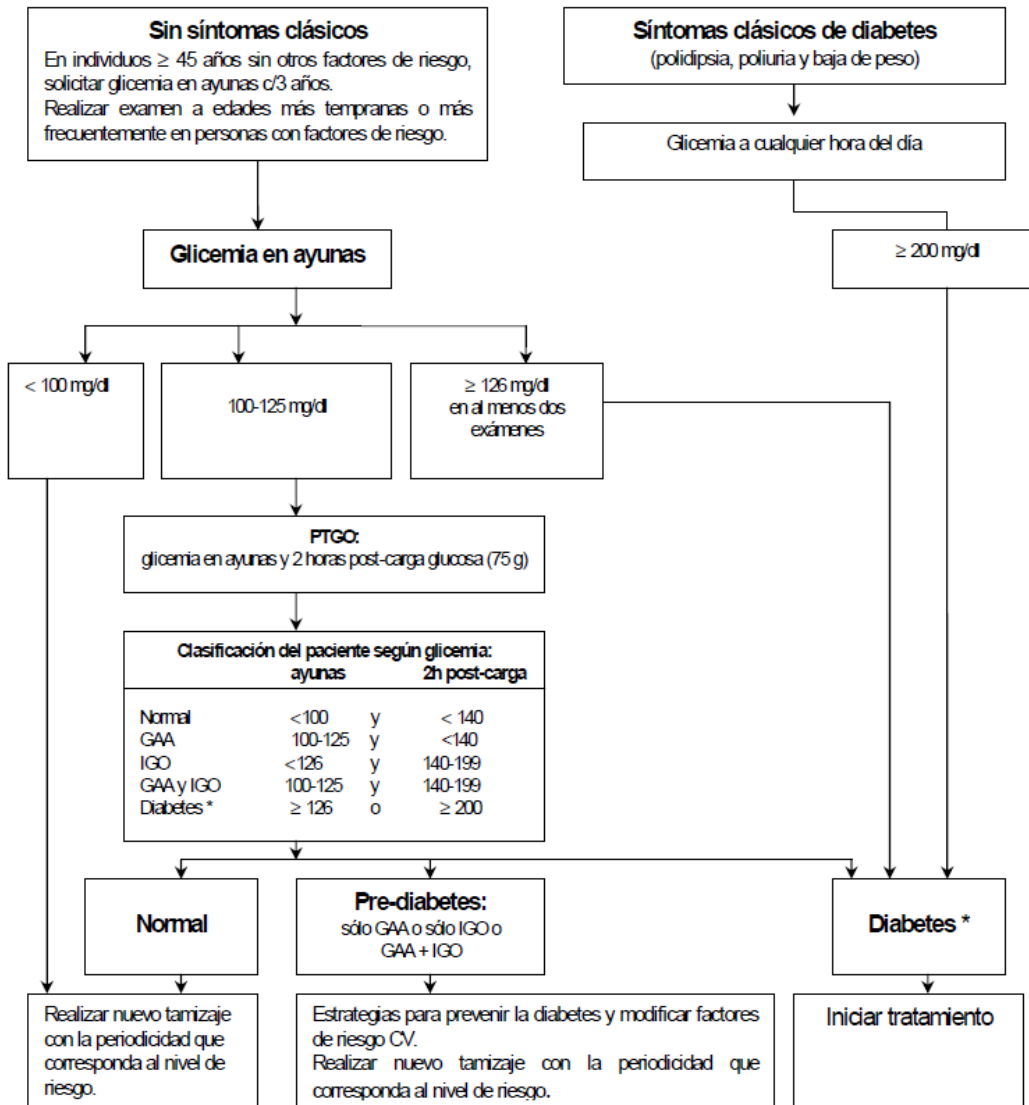


**PROCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera
 Fecha : MAYO 2016
 Página:16
 Vigencia : MAYO 2018°

MINSAL 2010, Guía Clínica Diabetes Tipo 2, p. 4

ALGORITMO 1. Diagnóstico de diabetes, glicemia en ayunas alterada (GAA) e intolerancia a la glucosa oral (IGO)



* Realizar un examen de laboratorio confirmatorio en un día distinto en todos aquellos casos en que no hay síntomas clásicos de diabetes o una descompensación metabólica inequívoca.



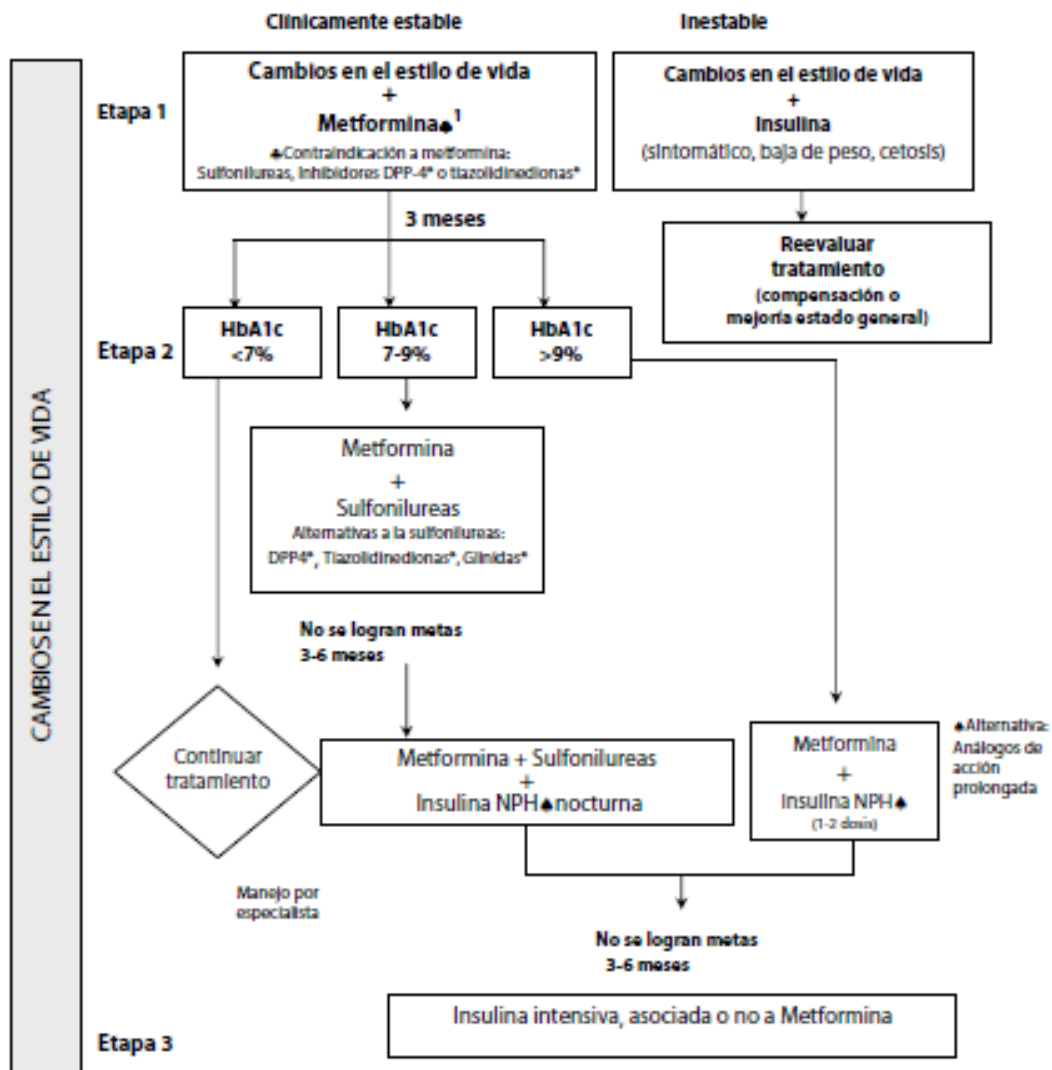
**PROCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera
 Fecha : MAYO 2016
 Página:17
 Vigencia : MAYO 2018°

MINSAL 2010, Guía Clínica Diabetes Tipo 2, p. 5

Guía Clínica 2010 Diabetes Mellitus tipo 2

ALGORITMO 2. Conducta Terapéutica en personas con diabetes Tipo 2



* Terapias menos validadas
¹ En sujetos asintomáticos y glicemias <200 mg/dl, se puede intentar tratamiento sólo con cambios en el estilo de vida como etapa 1, y reevaluar.



PROCOLO PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:18

Vigencia : MAYO 2018°

EVALUACIONES ASOCIADAS AL USUARIO DIABÉTICO

- **FONDO DE OJO.**

El examen de **FONDO DE OJO** se debe realizar en forma anual a pacientes diabéticos y con priorización de acuerdo a sus factores de riesgo.

Esta evaluación se desarrollará a través de Operativos que serán Gestionados a través de la UAPO del DESAM.

Los operativos serán informados oportunamente para una exitosa convocatoria.

MINSAL 201, Guía Clínica Diabetes Tipo 2, p. 24-25

3.5 Detección de complicaciones

3.5.1 Retinopatía diabética

La diabetes es la causa más frecuente de pérdida de visión por una causa evitable en personas de edad productiva en los países desarrollados.

Entre 6 y 39% de las personas con diabetes tipo 2 tendrá retinopatía al momento del diagnóstico, y 4-8% con riesgo de pérdida de la visión^{31,32}. En un estudio de pacientes de

³¹ UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*. 1998 Sep 12;352(9131):837-53.

30 y más años, la prevalencia de retinopatía fluctuó entre 29% entre aquellos con 5 años o menos desde el diagnóstico de la enfermedad a 78% en aquellos con más de 15 años desde el diagnóstico³¹.

Los siguientes factores de riesgo se asocian al desarrollo y progresión de la retinopatía diabética:

- Duración de la diabetes
- Mal control glicémico
- Presión arterial elevada
- Microalbuminuria y proteinuria
- Dislipidemia
- Embarazo
- Anemia

La duración de la diabetes se asocia a la gravedad de la retinopatía. La modificación de este factor de riesgo sólo se puede lograr previniendo la enfermedad (incluyendo la prevención de la progresión desde un estado de intolerancia a la glucosa a diabetes).

Para mayores antecedentes en relación al diagnóstico y manejo de la retinopatía ver la Guía Clínica respectiva del Ministerio de Salud³¹.



**PROCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:19

Vigencia : MAYO 2018°

- **EVALUACION DE PIE DIABETICO**

Es la identificación de los distintos factores de riesgo que pueden estar presentes en un usuario diabético, para ello se debe desarrollar una anamnesis y un examen físico completo. Esta evaluación debe ser realizada por Médico y/o Enfermera de los diferentes sectores.

MINSAL 2013, Orientación Técnica Prevención de Úlceras de los Pies en la persona con Diabetes , p. 13.

5. Factores de riesgo de ulceración

Distintos estudios han identificado factores que contribuyen al desarrollo de las úlceras en pacientes diabéticos.(9,24,25)

Los principales factores de riesgo, en orden decreciente según grado de asociación, son los siguientes (Tabla 2).

Tabla 2: Factores de riesgo con mayor asociación a ulceración

FACTORES DE RIESGO PRINCIPALES	
➡	Úlcera o amputación previa
➡	Neuropatía periférica
➡	Deformidad del pie
➡	Enfermedad Arterial Periférica



**PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:20

Vigencia : MAYO 2018°

MINSAL 2013, Orientación Técnica Prevención de Úlceras de los Pies en la persona con Diabetes , p. 25.

Tabla 5: Elementos mínimos a indagar en la anamnesis.

ANAMNESIS	
Antecedentes de úlcera o amputación	<ul style="list-style-type: none">• Historia pasada de úlcera o amputación de extremidad inferior
Antigüedad de la DM y control metabólico	<ul style="list-style-type: none">• Años desde el diagnóstico• Valor de HbA1c
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none">• Síntomas neuropáticos• Síntomas vasculares• Nefropatía o Retinopatía
Tabaquismo	<ul style="list-style-type: none">• Presente /Ausente• Intención de dejar hábito
Factores Sociales	<ul style="list-style-type: none">• Red de apoyo existente



PROCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

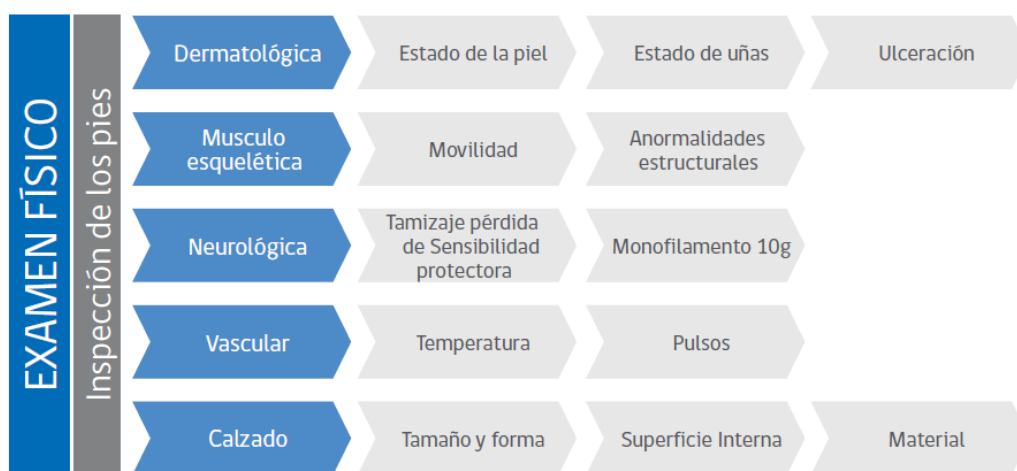
Fecha : MAYO 2016

Página:21

Vigencia : MAYO 2018°

Orientación Técnica Prevención de Úlceras de los Pies en la persona con Diabetes 2013, p. 25.

Tabla 6: Elementos mínimos a evaluar en el examen físico.





**PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:22

Vigencia : MAYO 2018°

MINSAL 2013, Orientación Técnica Prevención de Úlceras de los Pies en la persona con Diabetes , p. 40. (Anexo 1)

Estimación del riesgo de ulceración del pie en personas con diabetes					
PASOS					
1º	2º	3º	4º	5º	6º
¿Historia de úlcera o amputación?	EAP ^a	Sensibilidad protectora ^b	DEF ^c	Grupos de riesgo	Recomendaciones
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	0 BAJO	Próxima evaluación: 1 año Educación para el autocuidado Caltado apropiado
		<input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> No	1 MODERADO	Próxima evaluación: 6 meses Educación para el autocuidado Caltado apropiado
	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Sí	2	Próxima evaluación: 3-6 meses Intensificar la educación para el autocuidado Caltado especial si requiere Considerar referir a especialista para manejo conjunto
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	3 MÁXIMO

^a **Enfermedad Arterial Periférica (EAP):** Se considerará EAP la ausencia de al menos uno de los 4 pulsos posibles (2 pedios + 2 tibiales posteriores)

^b **Sensibilidad protectora (SP):** el tamizaje se realiza evaluando la sensibilidad a la presión superficial utilizando un monofilamento de 10g en la planta del pie. No aplicar sobre hiperqueratosis.

SP Normal: identificación de la totalidad de los 8 puntos evaluados (4 puntos por pie). **SP Alterada:** Si en al menos uno de los 8 puntos (4 puntos por pie) hay pérdida de la sensibilidad.

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

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

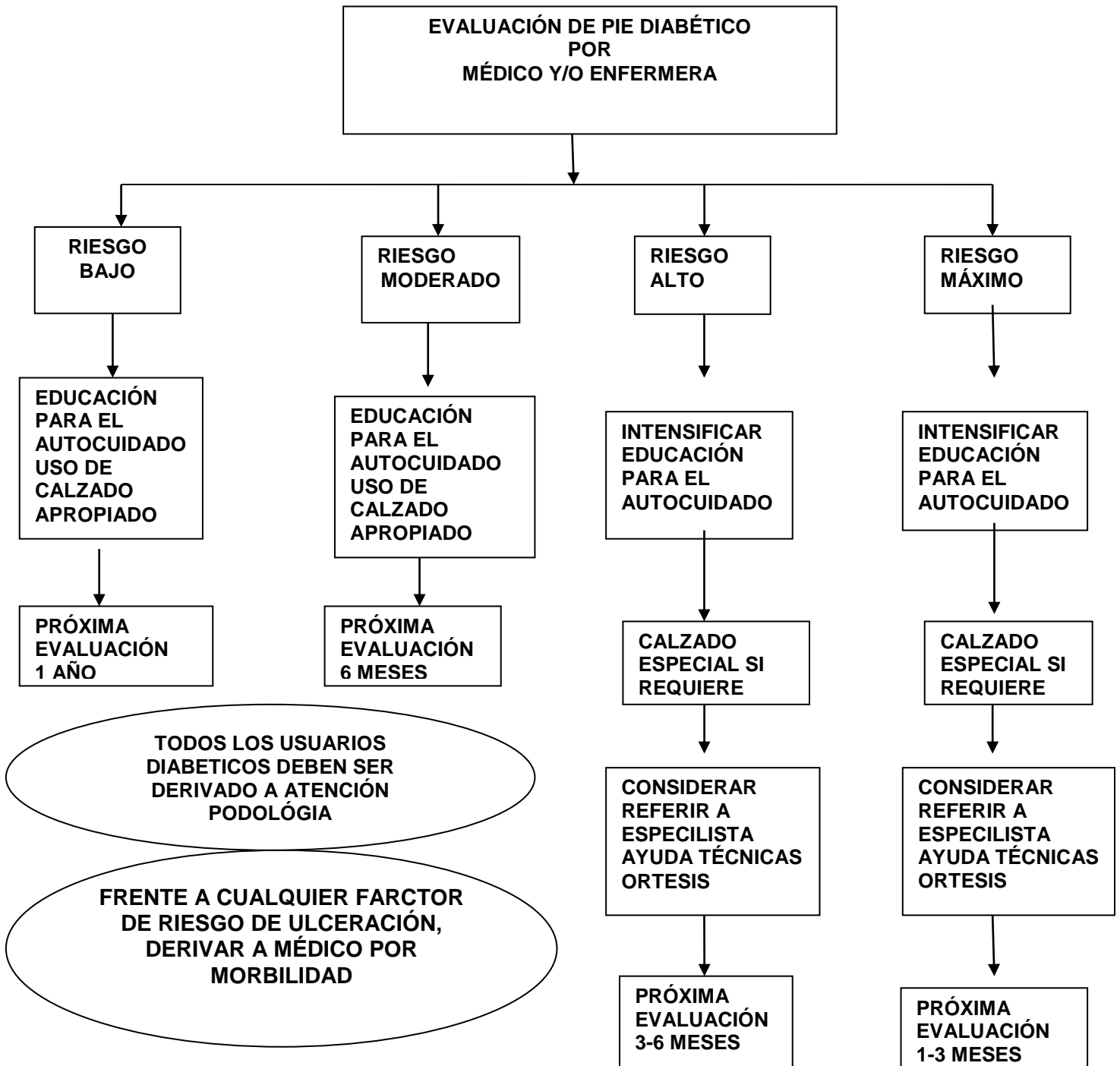
Elaboración propia basada en la clasificación de riesgo del Grupo de Trabajo Internacional en Pie Diabético
(Consenso Internacional en Pie Diabético, IWGDF 2000/2008)



**PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera
Fecha : MAYO 2016
Página:23
Vigencia : MAYO 2018°

Flujograma





PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:24

Vigencia : MAYO 2018°

INSULINOTERAPIA

- El médico que indique insulino terapia debe derivar al usuario a enfermera para educación en técnica de administración.
- La enfermera que realiza la educación entregará al paciente una carpeta con Plan Educativo para Insulino terapia (Anexo 1)

PRESTAMOS DE EQUIPOS DE MEDICIÓN DE GLICEMIA

El DESAM cuenta con equipos de medición de glicemia, que han sido distribuidos por la Coordinadora PSCV a cada uno de los sectores. Esto equipos ha sido facilitados en COMODATO por la Empresa ROCHE.

En vista que los equipos no son de nuestra propiedad. Es el médico y/o enfermera(o) quienes indicaran préstamo del equipo, y las enfermeras y/o TENS quienes entregarán, registrarán y educar en el uso al paciente diabético. Dentro de las situaciones en que se requiere gestionar el préstamo es.

- Inicio Insulino terapia
- Descompensación por enfermedades intercurrentes
- Ajustes de dosis.

- Para el correcto control de estos préstamos se deberá completar al momento de entregar el equipo, un COMODATO firmado por ambas partes y/o contar con un cuaderno de registro.
- Junto con el equipo se le facilitaran cintas reactivas y lancetas, de acuerdo a lo indicado por el médico y/o enfermera.

- Será el médico quien establezca el número de días de tomas y sus horarios.



PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:25

Vigencia : MAYO 2018°

- Al término del perfil glicémico el paciente deberá solicitar **hora de morbilidad** con médico para evaluación del perfil y ajuste de dosis si procede. Si el médico indica continuar la curva de glicemia se deberá derivar nuevamente el paciente a enfermera para la renovación del COMODATO y/o registro de equipo y de insumos. En caso contrario el usuario deberá devolver el equipo en comodato.

- Se entregará al paciente un formato de registro de la curva de glicemia junto con el material educativo.

QUALIDIAB

- El QUALIDIAB-Chile es un programa de control de CALIDAD de la atención a las personas con diabetes. Permite hacer una evaluación dinámica basada en el monitoreo y comparación regular y periódica de:
 - Indicador de proceso (% de pacientes con fondo de ojo, % con examen de microalbuminuria).
 - Resultados a mediano plazo (niveles de HbA1c, presión arterial).
 - Complicaciones crónicas (amputación, infarto)

- Junto con esto contribuye a la Meta del PSCV en la APS del Plan Nacional de Salud 2011 al 2020 :
 - Aplicación del QUALIDIAB-CHILE al 100% de los pacientes diabéticos que ingresan al PSCV.
 - Aplicación del QUALIDIAB-CHILE al 20% de los pacientes diabéticos en control.
 - El médico será responsable del QUALIDIAB del 100% de los Diabéticos de Ingreso a la patología.
 - La enfermera será responsable del 20% de los QUALIDIAB de los usuarios antiguos.



PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:26

Vigencia : MAYO 2018°

- El formato de QUALIDIAB debe estar disponible para médicos los cuales deberán aplicarlo en cada ingreso. Es responsabilidad del TENS adjuntar formato Qualidiab en controles médicos de ingreso. (Anexo 2)
- Los QUALIDIAB realizados serán ingresados a plataforma online por la Enfermera responsable de cada sector y posteriormente archivado en ficha clínica por TENS de cada sector.
- Para garantizar el correcto y completo ingreso de la información al sistema los profesionales deben llenar todos los datos solicitados por el formulario
- El profesional que ejecuta el qualidiab debe registrar en tarjetón cardiovascular en espacio destinado para ello y en tapa anterior de Ficha Clínica.



PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:27

Vigencia : MAYO 2018°

DISLIPIDEMIAS

Las Dislipidemia son un conjunto de patologías caracterizadas por alteraciones en las concentraciones de los lípidos sanguíneos, componentes de las lipoproteínas circulantes, a un nivel que significa un riesgo para la salud. Es un término genérico para denominar cualquier situación clínica en la cual existan concentraciones anormales de colesterol: colesterol total (Col-total), colesterol de alta densidad (Col-HDL), colesterol de baja densidad (Col-LDL) o triglicéridos (TG).

Es importante destacar que durante los controles de salud si el Col-total es ≥ 200 mg/dl debe hacerse una segunda medición e incluir una determinación adicional de Col HDL.

Al realizarse Perfil lipídico este debe ser en ayunas de 12 horas. Consiste en la cuantificación del Col.-total, Col-HDL y TG y la estimación del Col-LDL calculado por la fórmula de Friedewald. Con estos exámenes se determinan los niveles de lípidos considerados como patológicos según la categoría de riesgo de los individuos.

Cabe destacar que estas mediciones se deben indicar en mayores de 15 años.

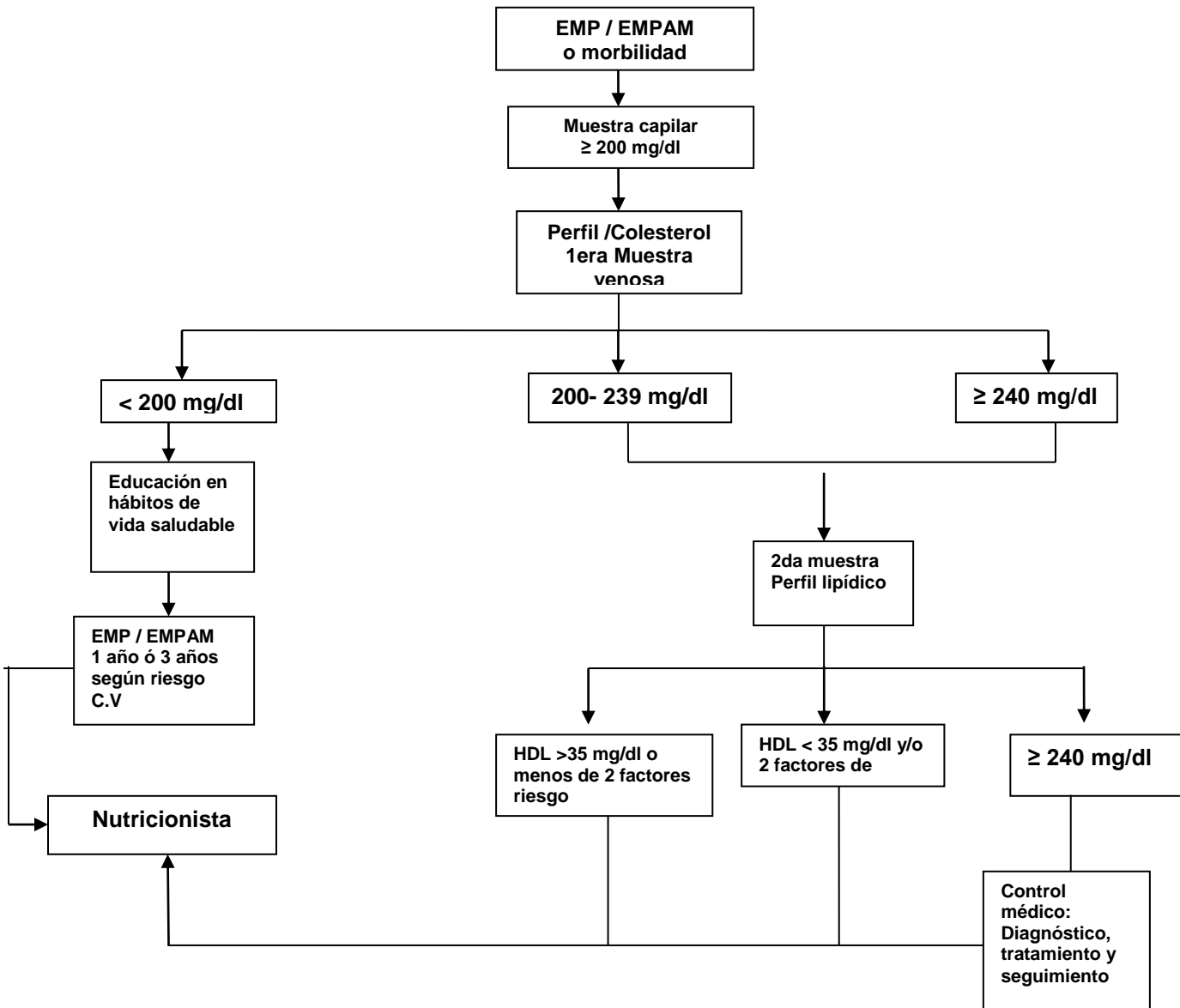
A continuación se muestra Flujogramas para Diagnóstico de Dislipidemia y frecuencia de sus controles una vez diagnosticada.



**PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera
Fecha : MAYO 2016
Página:28
Vigencia : MAYO 2018°

FLUJOGRAMA PARA DIAGNOSTICO DE DISLIPIDEMIAS EN USUARIOS NO CRÓNICOS

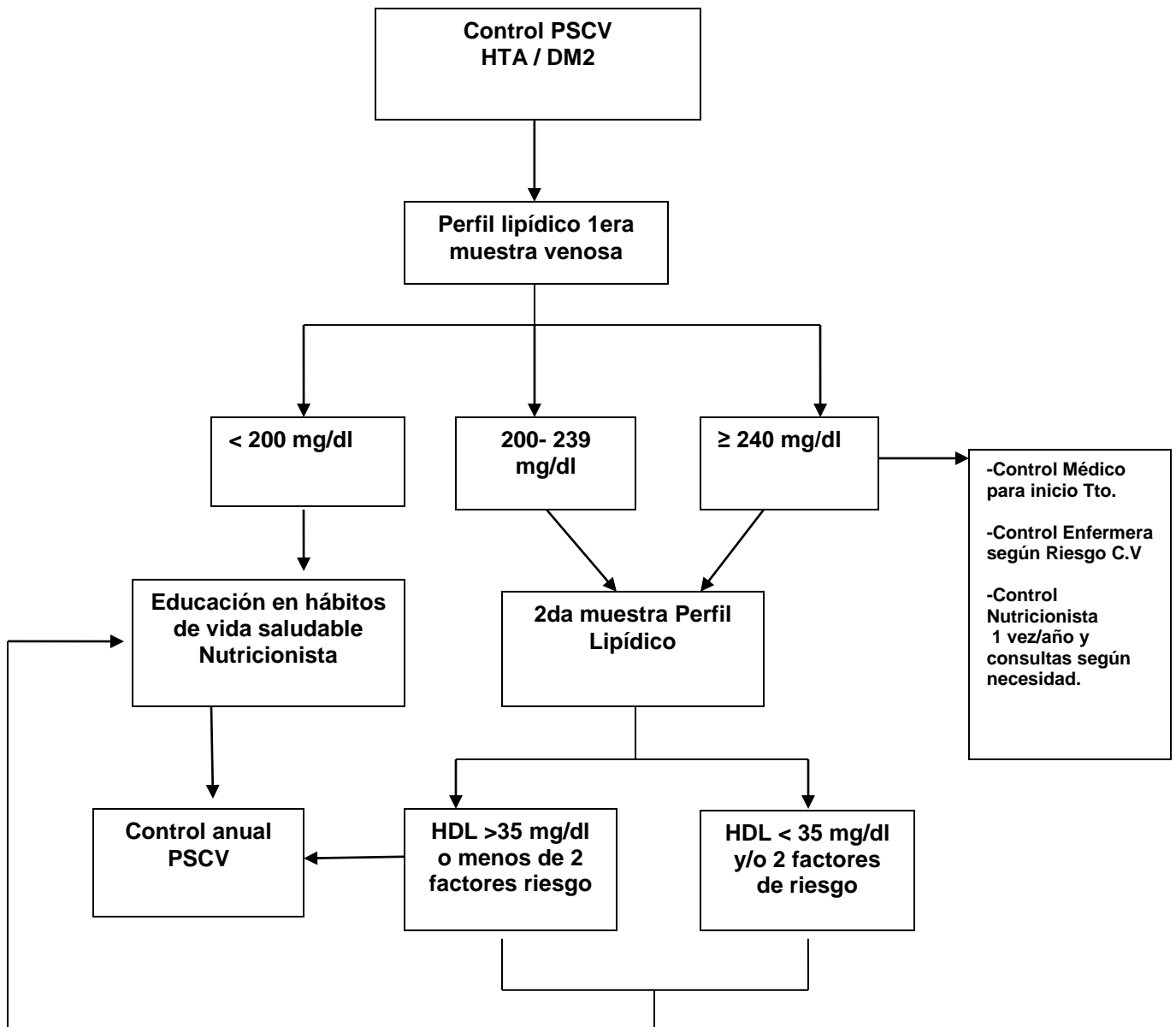




**PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera
Fecha : MAYO 2016
Página:29
Vigencia : MAYO 2018°

FLUJOGRAMA PARA DIAGNOSTICO DE DISLIPIDEMIAS EN USUARIOS CRÓNICOS



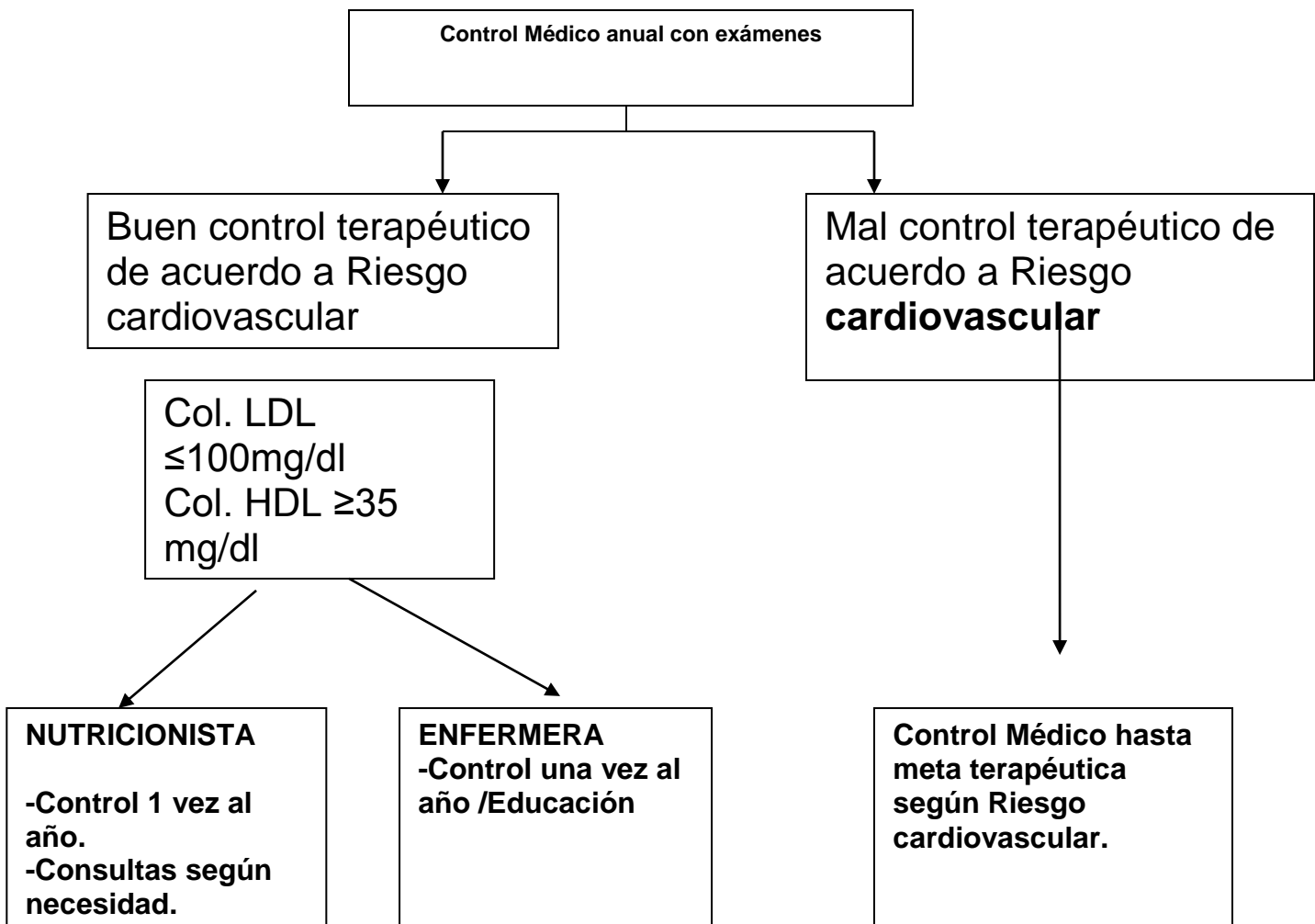


**PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera
Fecha : MAYO 2016
Página:30
Vigencia : MAYO 2018°

La frecuencia de los controles de salud depende del Riesgo cardiovascular de la persona, a mayor riesgo mayor frecuencia de controles. Sin embargo, es indispensable compensar las diferentes patologías y factores de riesgo lo antes posible, de acuerdo a las metas establecidas según el riesgo cardiovascular de las personas.

FLUJOGRAMA DE CONTROLES DISLIPIDEMIAS





PROCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:31

Vigencia : MAYO 2018°

Otras Patologías Cardiovasculares Que Deben Ser Identificadas En La Ficha Tarjetón

- **Insuficiencia Cardíaca**
- **Ataque Cerebro Vascular**
- **Infarto Agudo al Miocardio**
- **Cardiopatías**
- **Prediabetes**

INSUFICIENCIA CARDIACA

Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular y MINSAL 2015, Guía Insuficiencia Cardíaca p. 8, 16.

1.1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

DEFINICIÓN

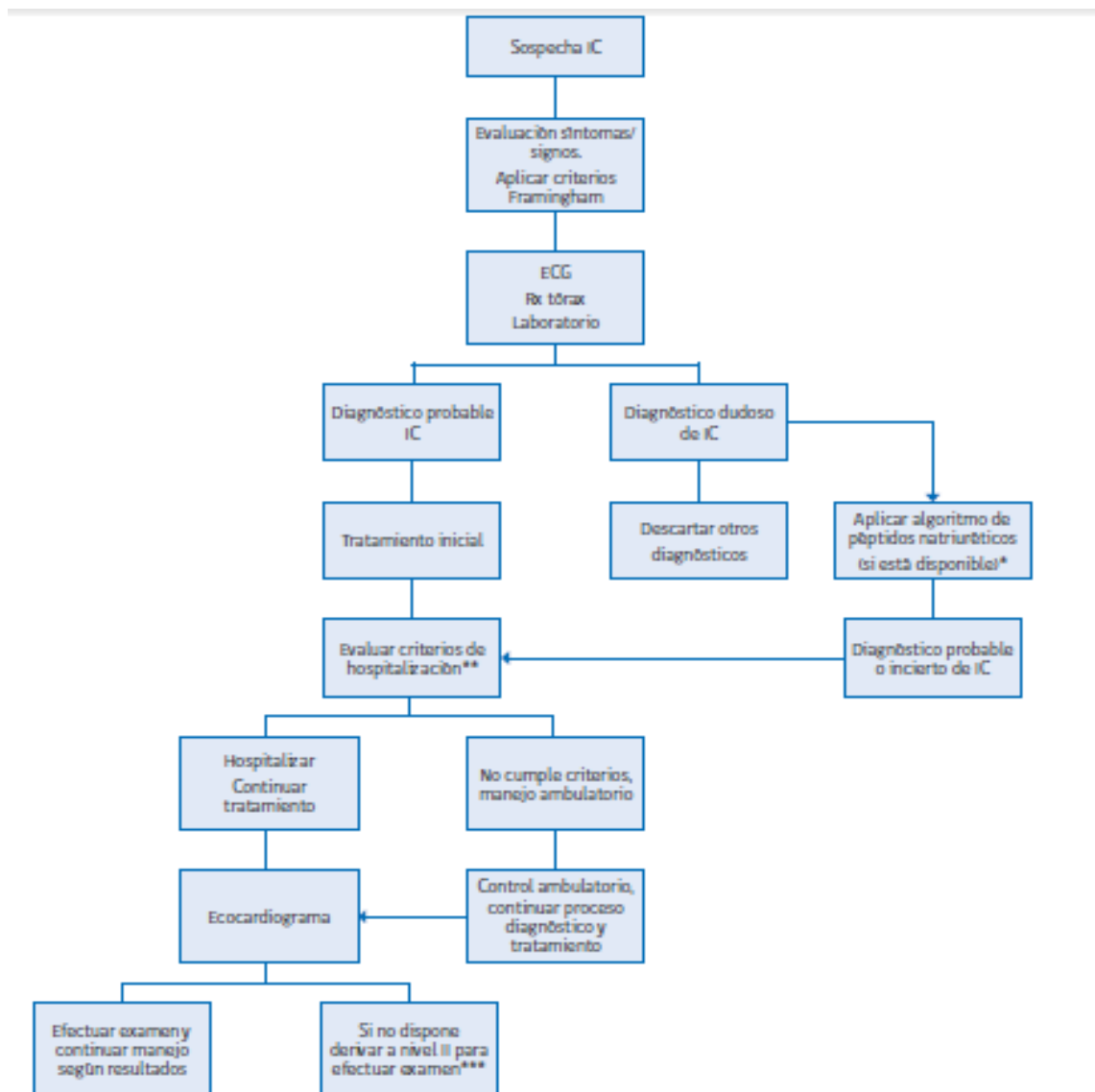
La IC es un síndrome complejo que resulta de cualquier anomalía estructural o funcional que compromete el llenado o la eyección ventricular. Puede resultar de alteraciones del pericardio, del miocardio, de los vasos coronarios, de las válvulas, de los grandes vasos o de ciertas anomalías metabólicas. Clínicamente se presenta con síntomas y signos típicos que resultan de las anomalías mencionadas. (Tabla 3)



**PROCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera
Fecha : MAYO 2016
Página:32
Vigencia : MAYO 2018°

Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular y MINSAL 2015,
Guía Insuficiencia Cardiaca p. 8, 16.





PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:33

Vigencia : MAYO 2018°

ATAQUE CEREBRO VASCULAR

MINSAL 2013, Guía Clínica AUGE Accidente Cerebro Vascular Isquémico en personas de 15 y más años, p, 16.

Preguntas clínicas abordadas en la guía

- ¿Qué síntomas y signos deben hacer sospechar un ACV agudo?
- ¿Qué hacer con una persona cuando se sospecha un ACV agudo?
- ¿Qué exámenes se deben realizar para confirmar o descartar la sospecha de ACV agudo?
- ¿Cuándo se debe realizar el traslado?

Síntesis de evidencia

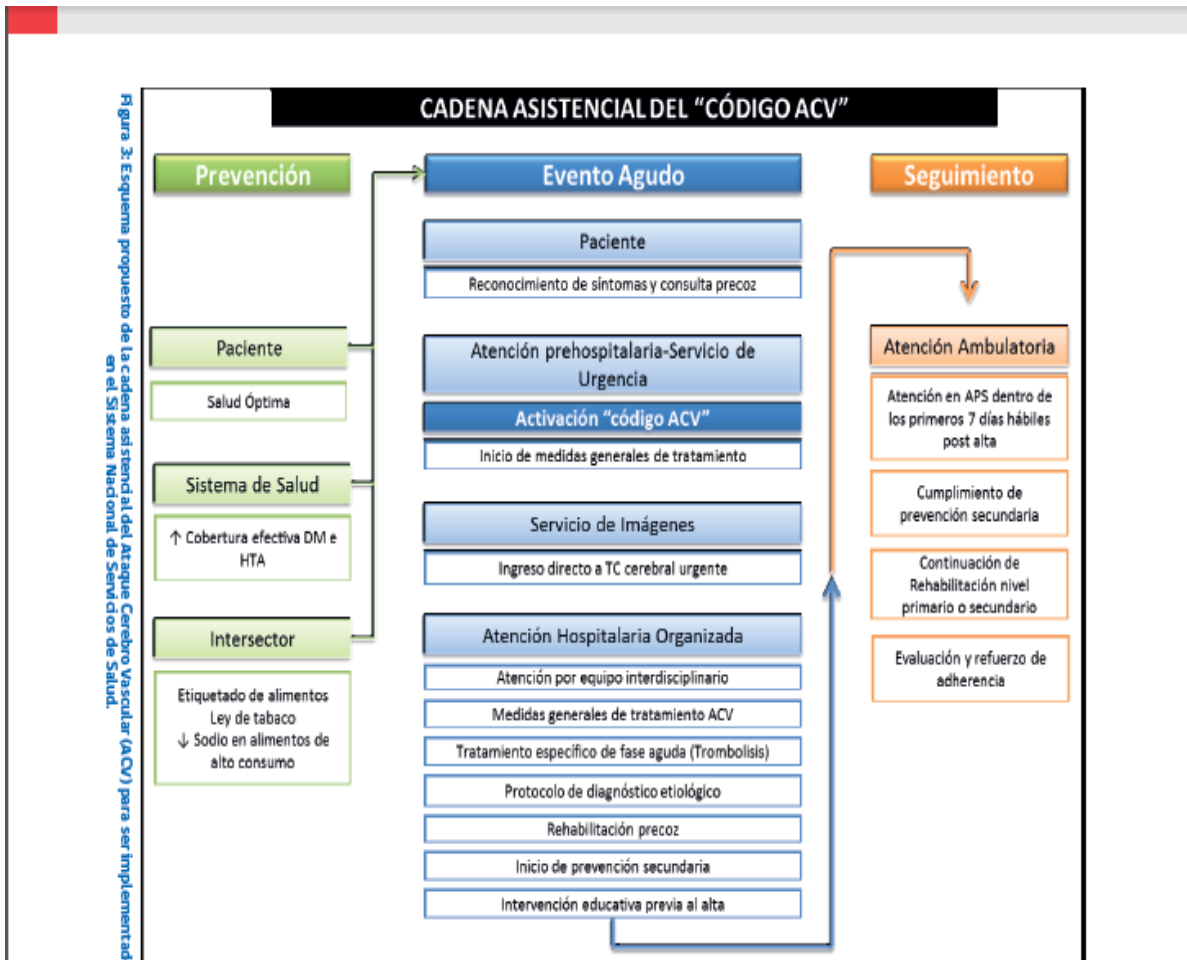
- La historia y el examen clínico permiten sospechar un ACV agudo. El inicio brusco de síntomas neurológicos focales como debilidad de la cara, brazo o pierna tiene una alta probabilidad de ACV. Si esto ocurre en mayores de 45 años, sin hiper o hipoglicemia, sin historia previa de epilepsia y en personas ambulatorias, la probabilidad es aun mayor. En el manejo prehospitalario las escalas de Cincinnati y de Los Angeles son muy buenos predictores clínicos de un ACV, ANEXO 3.
- La evaluación inicial de la persona con sospecha de un ACV hacerse sin demora. Un estudio observacional demostró que los médicos generales y de servicios de urgencia podían hacer el diagnóstico de ACV con un 85% y 90% de certeza, respectivamente.
- Ante la sospecha de un ACV agudo se debe realizar una tomografía computada (TC) de encéfalo para hacer el diagnóstico diferencial entre una hemorragia o infarto cerebral ya que los tratamientos pueden ser muy distintos.
- ***El tiempo es cerebro (tiempo=cerebro).*** La isquemia cerebral es irreversible después de algunas horas. Los tratamientos específicos e inespecíficos son más eficaces en la medida en que se inician precozmente.



**PROCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera
 Fecha : MAYO 2016
 Página:34
 Vigencia : MAYO 2018°

MINSAL 2014, Plan de Acción Ataque Cerebro Vascular, p . 12.





**PROCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera

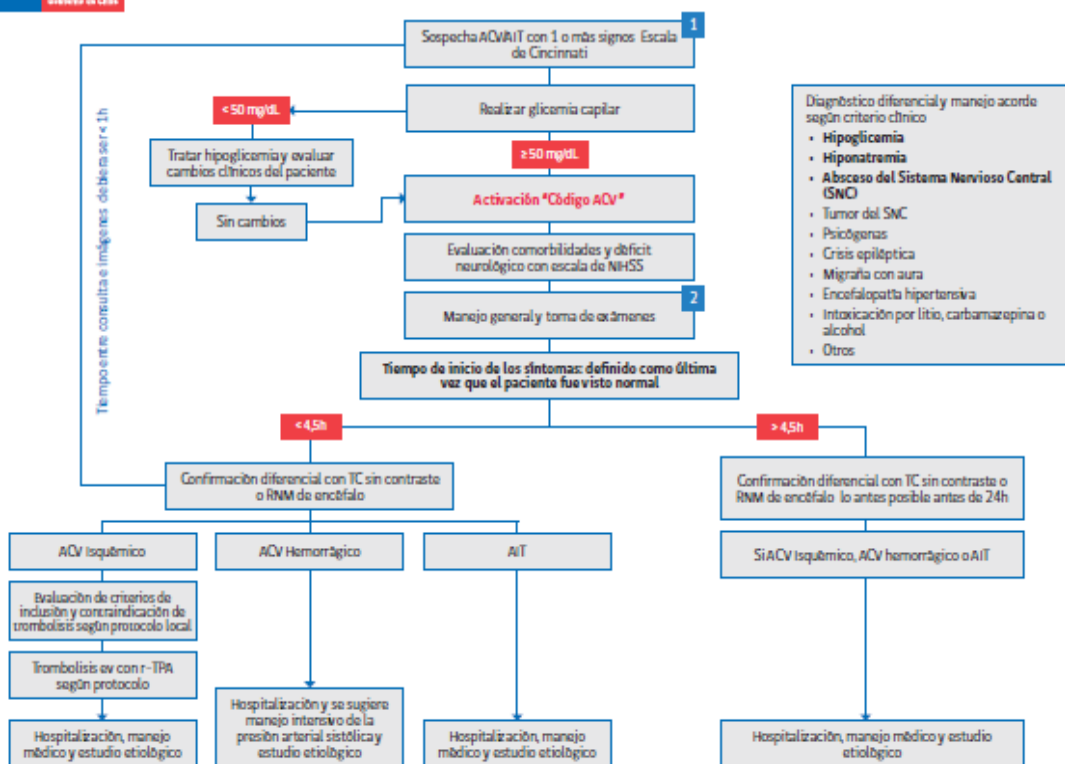
Fecha : MAYO 2016

Página:35

Vigencia : MAYO 2018°



ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE ATAQUE CEREBROVASCULAR (ACV) Y ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT) EN EL SERVICIO DE URGENCIA





PROCOLO PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:36

Vigencia : MAYO 2018°

1 Escala de Cincinnati

La presencia de uno o más de los tres hará sospechar de ACV/AVT

- **Asimetría Facial** (haga que el paciente sonría o muestre los dientes).
 - Normal: Ambos lados de la cara se mueven de forma simétrica.
 - Anormal: Un lado de la cara no se mueve tan bien como el otro.
- **Fuerza en los brazos** (haga que el paciente cierre los ojos y mantenga los brazos estirados hasta el frente durante 10 segundos).
 - Normal: Ambos brazos se mueven igual (pueden servir otras pruebas como presión de las manos).
 - Anormal: Un brazo no se mueve o cae respecto al otro.
- **Lenguaje**
 - Normal: El paciente utiliza palabras correctas, sin farfullar.
 - Anormal: El paciente al hablar arrastra las palabras, utiliza palabras incorrectas o no puede hablar.

2 Manejo general de Urgencias

- Valorar circulación, vía aérea permeable, ventilación (CAB)
- Intubación en pacientes con escala de Glasgow ≤ 8
- Glucemia capilar y corregir hipoglucemias <50mg/dL e hiperglucemias > 200 mg/dL.
- Reposo absoluto en camilla menor a 30°
- Monitorización precoz de signos vitales
- Mantener saturación de O₂ > 94%
- Administrar suero fisiológico 0.9% (30ml/kg/24hr) y aumentar aporte en caso de RR < 140/90mmHg
- Mantener PA < 220/120mmHg. Si RHM > 150mmHg administrar Labetalol en bolos de 20mg o Captopril 12,5mg sublingual hasta conseguir la meta deseada
- **No administrar Aspirina hasta confirmación diagnóstica por imágenes.** Una vez descartado ACV hemorrágico con imágenes, administrar Aspirina 250mg vía oral a todos los pacientes con ACV isquémico.
- **No administrar fármacos, alimentos o líquidos por vía oral.**

Toma de exámenes

Glucemia, hemograma completo y recuento de plaquetas, velocidad de sedimentación, creatinina o uremia, pruebas de coagulación, electrolitos plasmáticos, y electrocardiograma.

Tener presente, Tiempo = Cerebro!



escala de NIHSS

1a	nivel de conciencia	0= alerta 1= vigil con estímulo verbal o táctil 2= vigil con estímulo doloroso 3= no responde
1b	Preguntar mes y edad	0= responde ambas preguntas correctamente 1= responde sólo una correctamente o no puede responder por cualquier causa no atónica 2= ninguna correctamente
1c	Órdenes • abrir y cerrar los ojos • apretar y abrir mano no parética	0= realiza ambas tareas correctamente 1= realiza sólo una correctamente 2= ninguna correctamente
2	Mirada horizontal	0= normal 1= cruza línea media 2= no cruza línea media
3	Campos visuales	0= normales 1= cuadrantopsia 2= hemianopsia 3= ceguera cortical
4	Parálisis facial	0= ausente 1= sólo asimetría del surco nasogeniano 2= no total sólo hemifacra inferior 3= completa hemifacra superior e inferior
5-6	Examen motor ES1 + ES2 (examinar por 10 segundos) EI1 + EI2 (examinar por 5 segundos) (Parálisis de cada extremidad se suma por separado al total).	0= normal 1= si extremidad claudica pero no toca la cama 2= si extremidad vence gravedad pero cae y toca la cama 3= si no hay esfuerzo contra gravedad 4= si no hay movimiento
7	Acata de extremidades de un hemicuerpo: ES, indicarse	0= ausente 1= presente en una extremidad 2= presente en dos extremidades
8	Sensibilidad al dolor	0= normal 1= pérdida leve o moderada 2= pérdida severa
9	Lenguaje	0= normal 1= afasia leve o moderada 2= afasia severa 3= mutismo, afasia global intusado = hacerle escribir
10	Disartria	0= ausente 1= leve o moderada 2= severa no se entiende intusado = indeterminable
11	Brincido o inatención negligencia	0= sin trastorno 1= en una modalidad sensorial 2= si en 2 modalidades o profunda heminegación
TOTAL		

0= Sin déficit; 1-4= Déficit leve; 5-15= Déficit moderado; 15-20= Déficit moderado-severo; 21-42= Déficit severo



**PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:37

Vigencia : MAYO 2018°

INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

MINSAL 2010, Guía Clínica Infarto Agudo Al Miocardio con supra desnivel del segmento ST, p. 15.

3. RECOMENDACIONES

3.1 Sospecha diagnóstica de IAM

3.1.1 ¿Qué pacientes deben acceder a evaluación diagnóstica por sospecha de IAM?

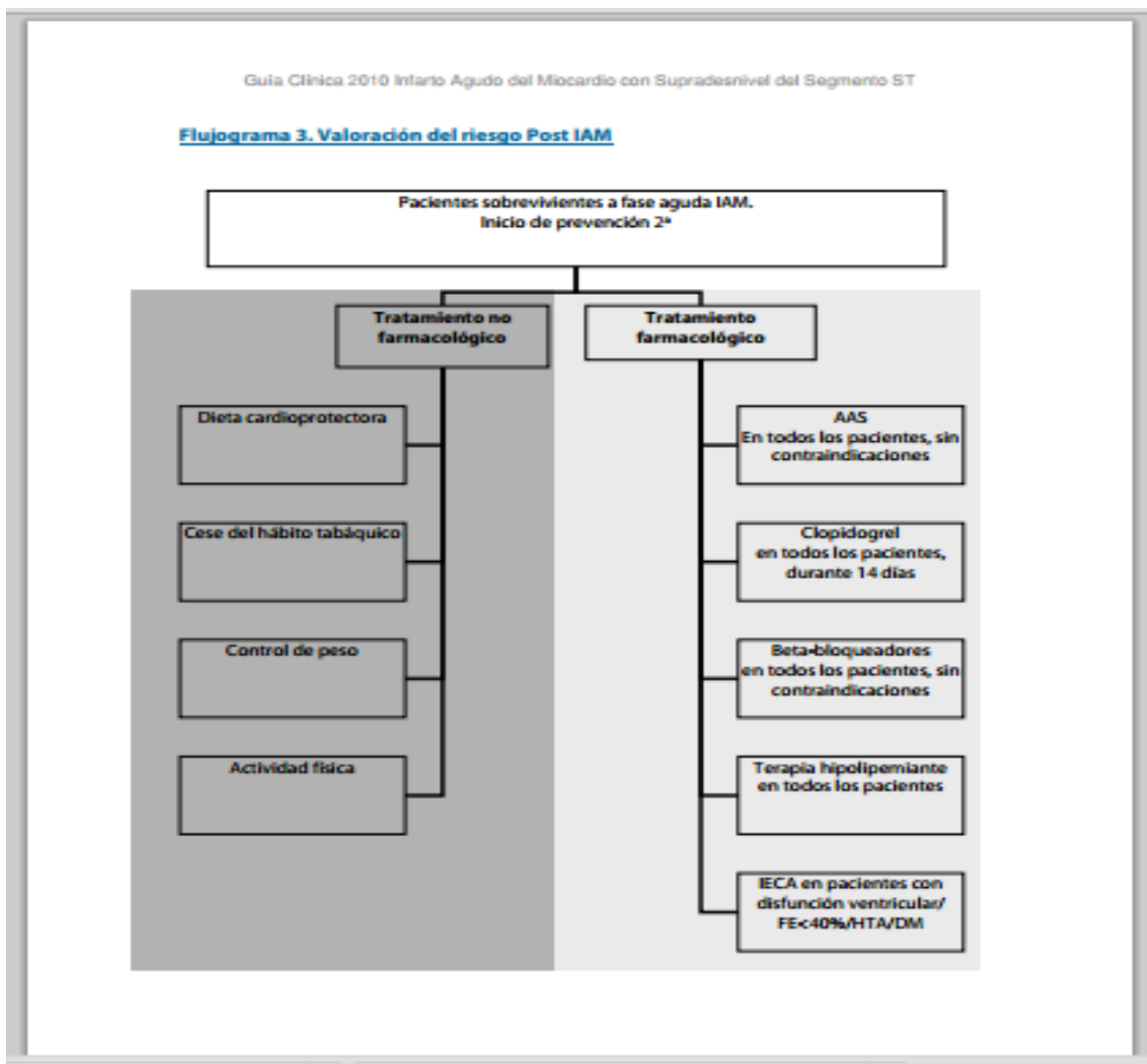
El síntoma más relevante en el IAM es el **dolor torácico**⁸. Habitualmente el tipo de dolor es opresivo y retroesternal, de más de 20 minutos de duración, de intensidad variable, pudiendo irradiarse a cuello, mandíbulas, hombros, o extremidades superiores. Ocasionalmente el dolor puede ubicarse en la región epigástrica o interescapular. El infarto en adultos mayores, diabéticos o mujeres⁹⁻¹⁰, puede tener presentación atípica con disnea, fatiga, mareos o síncope, o incluso ser silente¹¹⁻¹². El dolor puede estar asociado a manifestaciones de activación del sistema nervioso autónomo, como palidez, sudoración, taquicardia, agitación psicomotora. El examen físico no se caracteriza por hallazgos específicos, pudiendo tener hipertensión o hipotensión arterial, bradicardia o taquicardia, arritmia o manifestaciones de falla de bomba (crepitaciones pulmonares, tercer ruido o soplo cardíaco).



**PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera
Fecha : MAYO 2016
Página:38
Vigencia : MAYO 2018°

MINSAL 2010, Guía Clínica Infarto Agudo Al Miocardio con supra desnivel del segmento ST, p. 6





PROCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:39

Vigencia : MAYO 2018°

PREDIABETES

A todos los pacientes pre-diabéticos se les realizará 1 control de acuerdo a su RCV, y de no contar con patologías PSCV, debe contar con un control/Educación 1 vez al año con Enfermera profesional que deberá solicitar PTGO anual y Derivar a control con Médico con PTGO, concomitantemente 1 control al año con Nutricionista más las consultas nutricionales.

Recordar que la frecuencia de las Consultas y/o Controles de los Profesionales, están enmarcadas de acuerdo al cumplimiento de meta de su RCV.

Se le entregará un carnet de crónicos para evaluar asistencia y continuidad a controles, este será entregado por TENS de cada sector.

Cada sector deberá contar con un sistema de registro con los datos del paciente y fecha de ingreso por sector.

Se le hará un tarjetón de crónicos, el que será actualizado por la profesional que realiza el control.

MINSAL 2010, Guía Clínica Diabetes Tipo 2, p. 18.

Diagnóstico de pre-diabetes

La importancia del estado de pre-diabetes radica en que es un factor de alto riesgo de diabetes tipo 2, de enfermedad coronaria, y de mayor mortalidad cardiovascular. La conversión de la pre-diabetes a diabetes tipo 2 es de alrededor de 10% anual.¹³

Se considera pre-diabetes a la glicemia alterada en ayunas o a la intolerancia a la glucosa.

- Glicemia alterada en ayunas (GAA)
 - Glicemia en ayunas ≥ 100 mg/dl y < 126 mg/dl, en 2 días diferentes.
- Intolerancia a la glucosa (IGO)
 - Glicemia en ayunas ≥ 100 mg/dl y glicemia a las 2 horas post carga entre 140-199 mg/dl.

¿Es posible retardar el desarrollo de diabetes tipo 2?

Existe evidencia científica que demuestra que es factible retardar el desarrollo de diabetes a través de cambios de estilo de vida o intervenciones farmacológicas. La efectividad de las medidas no farmacológicas alcanza a 58% de reducción del riesgo de diabetes, con una reducción de peso entre 5-7% del peso inicial y 150 minutos de actividad física moderada a la semana¹⁹. Estas medidas están recomendadas como primera línea de tratamiento.

Si estas medidas no logran normalizar los niveles de glicemia, en sujetos obesos con IMC ≥ 35 y menores de 60 años, se recomienda agregar metformina.



**PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:40

Vigencia : MAYO 2018°

MINSAL 2010, Guía Clínica Diabetes Tipo 2, p. 17.

Tabla 3. Técnica y criterios diagnósticos Prueba de Tolerancia a la Glucosa Oral (PTGO)

Determinación de una glicemia en ayunas y otra a las 2 horas post carga de 75 g de glucosa. Los 75 g de glucosa se disuelven en 250 cc de agua fría, ó 1,75 g de glucosa /kg de peso en niños, hasta un máximo de 75 g.

Condiciones para efectuar la prueba:

- Alimentación previa sin restricciones y actividad física habitual, al menos 3 días previos al examen.
- Suspender drogas hiperglicemiantes (corticoides, tiazidas) 5 días antes de la prueba.
- Permanecer en reposo y sin fumar durante el examen.
- No se debe efectuar en sujetos con cuadro febril, infecciones o **que cumplan los criterios diagnósticos de diabetes con glicemias en ayunas ≥ 126 mg/dl).**



PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:41

Vigencia : MAYO 2018°

APLICACIÓN DE LA PAUTA DE DETECCIÓN Y PROGRESION DE LA ENFERMERDAD RENAL CRONICA

- De acuerdo a la Guía Clínica Prevención de la Enfermedad renal crónica, se aplicará anualmente a los usuarios bajo control del PSCV la Pauta de detección y progresión de la ERC, en el control médico con exámenes anuales.
- Cuando el paciente acuda a médico en su control anual, éste debe contar con la CARTOLA del programa y con hoja de Pauta Renal. Anexo 3
- Registra categorización en Pauta, Ficha y tarjetón de crónico.



**PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:42

Vigencia : MAYO 2018°

MINSAL 2010, Guía Clínica de Prevención de Enfermedad Renal Crónica, p. 12.

3. RECOMENDACIONES

Zoom out (Ctrl+Minus)

3.1 Preguntas clínicas abordadas en la guía

- ¿Es posible prevenir la ERC?*
- ¿Quiénes están en mayor riesgo?*
- ¿Es posible hacer detección precoz de esta condición?*
- ¿Con qué frecuencia se debe hacer tamizaje de ERC?*
- ¿Cómo se confirma el diagnóstico de ERC?*
- ¿Cuáles son los objetivos y metas de tratamiento de un paciente con ERC?*
- ¿Cuáles son los signos de alerta de urgencia de diálisis para referir al especialista?*
- ¿Cómo apoyar al paciente en su autocuidado?*
- ¿Cómo puede el equipo de salud mejorar la atención del paciente con ERC?*

3.2 Prevención primaria, detección y sospecha diagnóstica

La evidencia disponible, indica que las consecuencias asociadas a la ERC pueden ser prevenidas o postergadas, a través de intervenciones en etapas más precoces de la enfermedad, independientemente de la causa de ésta. En la mayoría del mundo industrializado se ha constatado que la ERC está sub-diagnosticada e insuficientemente tratada. Esto, lleva a la pérdida de oportunidades para la prevención de las complicaciones y de otros efectos adversos en estos pacientes.

La identificación de pacientes en riesgo de enfermedad renal, se basa en una historia médica y quirúrgica, incluyendo co-morbilidades (diabetes, enfermedad cardiovascular), como también factores dietarios, sociales, demográficos y culturales, la revisión de síntomas y un examen físico completo.

La **población de alto riesgo** incluye personas con las siguientes condiciones:

- Diabetes
- Hipertensión y/o enfermedad cardiovascular (CV)
- Historia de enfermedad renal en familiares de 1^{er} grado (padre, madre, hermanos, hijos)
- Historia personal nefrourológica (infección urinaria alta recurrente, obstrucción, cálculos urinarios)

Nota: La edad, 60 y más años, se asocia a un mayor riesgo de deterioro de la función renal. Sin embargo, la evidencia hasta ahora es insuficiente para recomendar hacer detección de enfermedad renal a las personas mayores de 60 años, basado sólo en la variable edad.



**PROCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

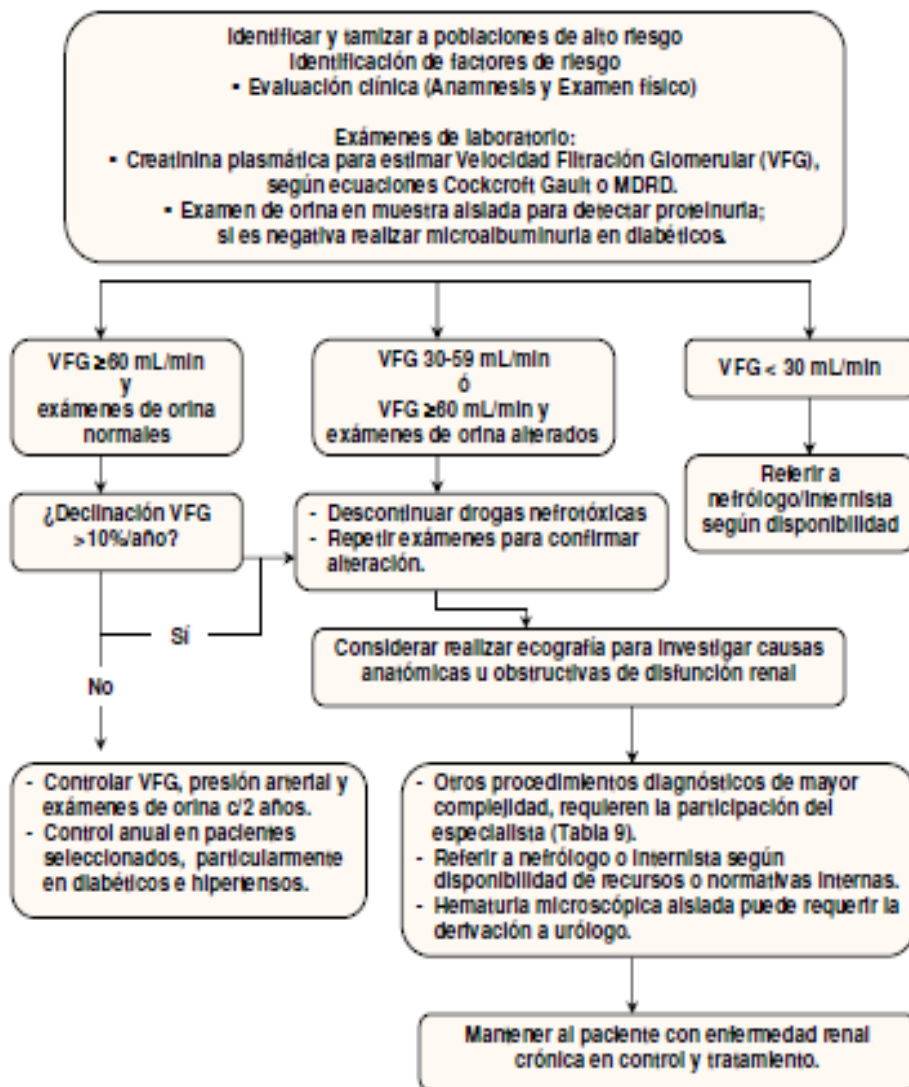
Página:43

Vigencia : MAYO 2018°

MINSAL 2010, Guía Clínica de Prevención de Enfermedad Renal Crónica, p. 4.

FLUJOGRAMA 1

EVALUACIÓN Y MANEJO DE UNA POSIBLE ENFERMEDAD RENAL¹





**PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera
Fecha : MAYO 2016
Página:44
Vigencia : MAYO 2018°

**CATEGORIZACIÓN EN LA DETECCIÓN Y PREVENCIÓN ERC
DEIS, REM Poblacional P-4., sección A**

DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC).	SIN ENFERMEDAD RENAL (S/ERC)
	ETAPA G1 Y ETAPA G2 (VFG \geq 60 ml/min)
	ETAPA G3a (VFG \geq 45 a 59 ml/min)
	ETAPA G3b (VFG \geq 30 a 44 ml/min)
	ETAPA G4 (VFG \geq 15 a 29 ml/min)
	ETAPA G5 (VFG <15 ml/min)
	TOTAL

Categoría de filtración glomerular		
Etapa	VFG (mL/min/1,73m ²)	Descripción
G1	\geq 90	Normal o elevada
G2	60-89	Ligeramente disminuida
G3a	45-59	Ligera a moderadamente disminuida
G3b	30-44	Moderada a gravemente disminuida
G4	15-29	Severamente disminuida
G5	<15	Falla renal
Categoría de albuminuria		
Categoría	RAC (mg/g)	Descripción
A1	<30	Normal o ligeramente elevada
A2	30-300	Moderadamente elevada
A3	>300	Severamente elevada

VFGe: velocidad de filtración glomerular estimada. RAC: Razón albumina creatinina en orina.



**PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

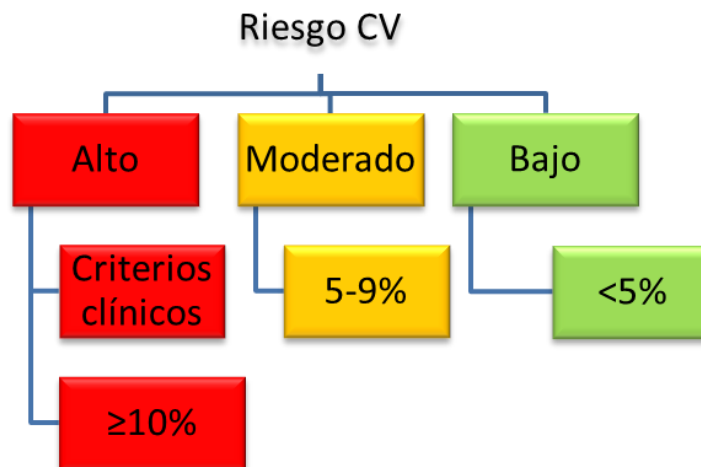
Edición : Primera
Fecha : MAYO 2016
Página:45
Vigencia : MAYO 2018°

FRECUENCIA DE CONTROLES PSCV

- La frecuencia de los controles en los Usuarios del PSCV está en relación al cumplimiento de la meta para su riesgo, de acuerdo a lo establecido en el Manual de Enfoque de RCV, Consenso 2014.
- **Para Obtener el RCV debemos considerar :**

Riesgo Alto : Criterios Clínicos o cuando Tabla de Framingham sea $\geq 10\%$

Riesgo Medio y Bajo : Aplicar la Tabla de Framingham (Anexo)





PROCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:46

Vigencia : MAYO 2018°

MINSAL Consenso 2014, Enfoque de Riesgo para la Prevención de Enfermedades Cardiovasculares, p. 15.

Tabla 3. Criterios clínicos que determinan un riesgo cardiovascular alto

1. Enfermedad cardiovascular aterosclerótica documentada

- a. Infarto agudo al miocardio, angina estable/inestable, antecedente de angioplastia y/o bypass aortocoronario
- b. Ataque cerebrovascular isquémico o ataque cerebral isquémico transitorio
- c. Enfermedad aórtica aterosclerótica (aneurisma aórtica abdominal), enfermedad renovascular, enfermedad carotídea
- d. Enfermedad arterial periférica

2. Diabetes mellitus

3. Enfermedad renal crónica

- a. Albuminuria moderada o severa (persistente)
- b. ERC etapa 3b-5

4. Hipertensión arterial refractaria

- a. Paciente que no logra la meta terapéutica con el uso de 3 o más fármacos antihipertensivos en dosis máxima recomendada, de diferentes familias y acciones complementarias, uno de los cuales es un diurético.
- b. Paciente que logra la meta terapéutica con la combinación de 4 o más fármacos antihipertensivos.

5. Dislipidemia severa

- a. Colesterol LDL > 190 mg/dL

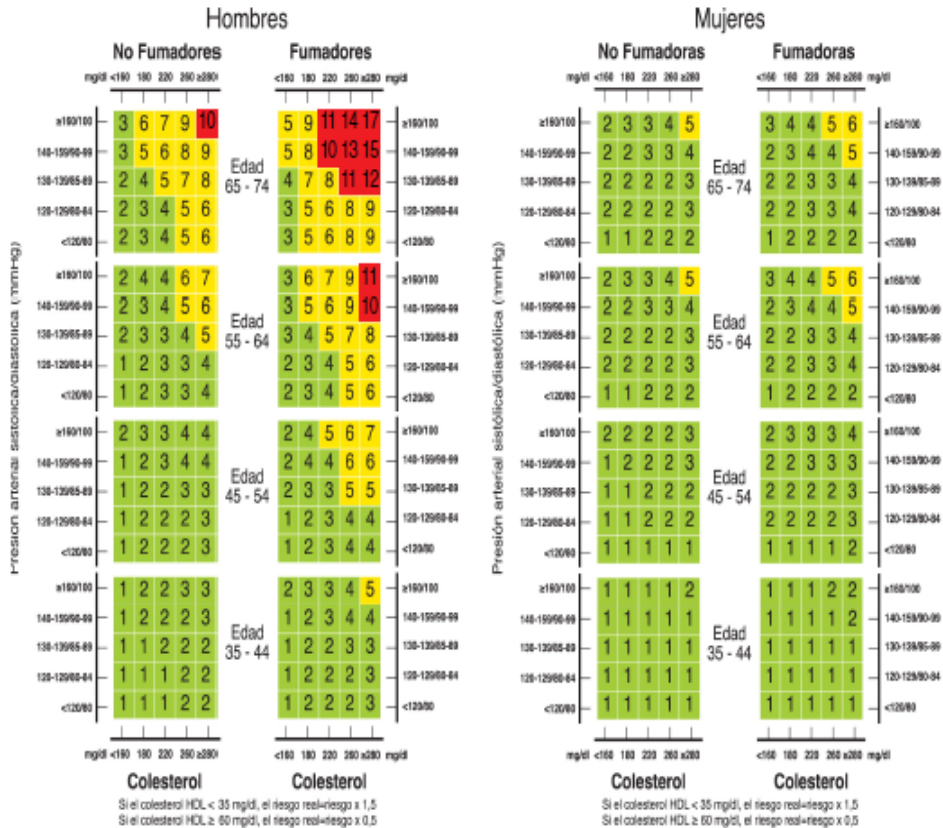


**PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera
Fecha : MAYO 2016
Página:47
Vigencia : MAYO 2018°

MINSAL Consenso 2014, Enfoque de Riesgo para la Prevención de Enfermedades Cardiovasculares, p.5.

Tablas de Framingham para la estimación de riesgo coronario a 10 años adaptadas a la población chilena





**PROCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:48

Vigencia : MAYO 2018°

MINSAL Consenso 2014, Enfoque de Riesgo para la Prevención de Enfermedades Cardiovasculares, p. 21.

7. FACTORES QUE MODIFICAN LA ESTIMACIÓN DEL RCV

El RCV puede ser superior al estimado por las Tablas al considerar otros factores de riesgo no incluidos en éstas, como son el antecedente familiar de ECV prematura en familiares de primer grado y la presencia de síndrome metabólico, Tabla 5.

Tabla 5. Factores de riesgo que incrementan el RCV estimado por las Tablas

1. Antecedente de ECV prematura en familiares de primer grado
 - a. <55 años en hombres
 - b. <65 años en mujeres
2. Síndrome metabólico definido por la presencia de 3 o más de los siguientes criterios
 - a. Obesidad abdominal: circunferencia de cintura ≥ 90 cm en hombres y ≥ 80 cm en mujeres
 - b. Presión arterial $\geq 130/85$ mmHg o en tratamiento con antihipertensivos
 - c. Triglicéridos ≥ 150 mg/dL o en tratamiento con hipolipemiantes
 - d. HDL <40mg/dL hombres o < 50mg/dL en mujeres
 - e. Glicemia de ayuna ≥ 100 mg/dL o en tratamiento



**PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

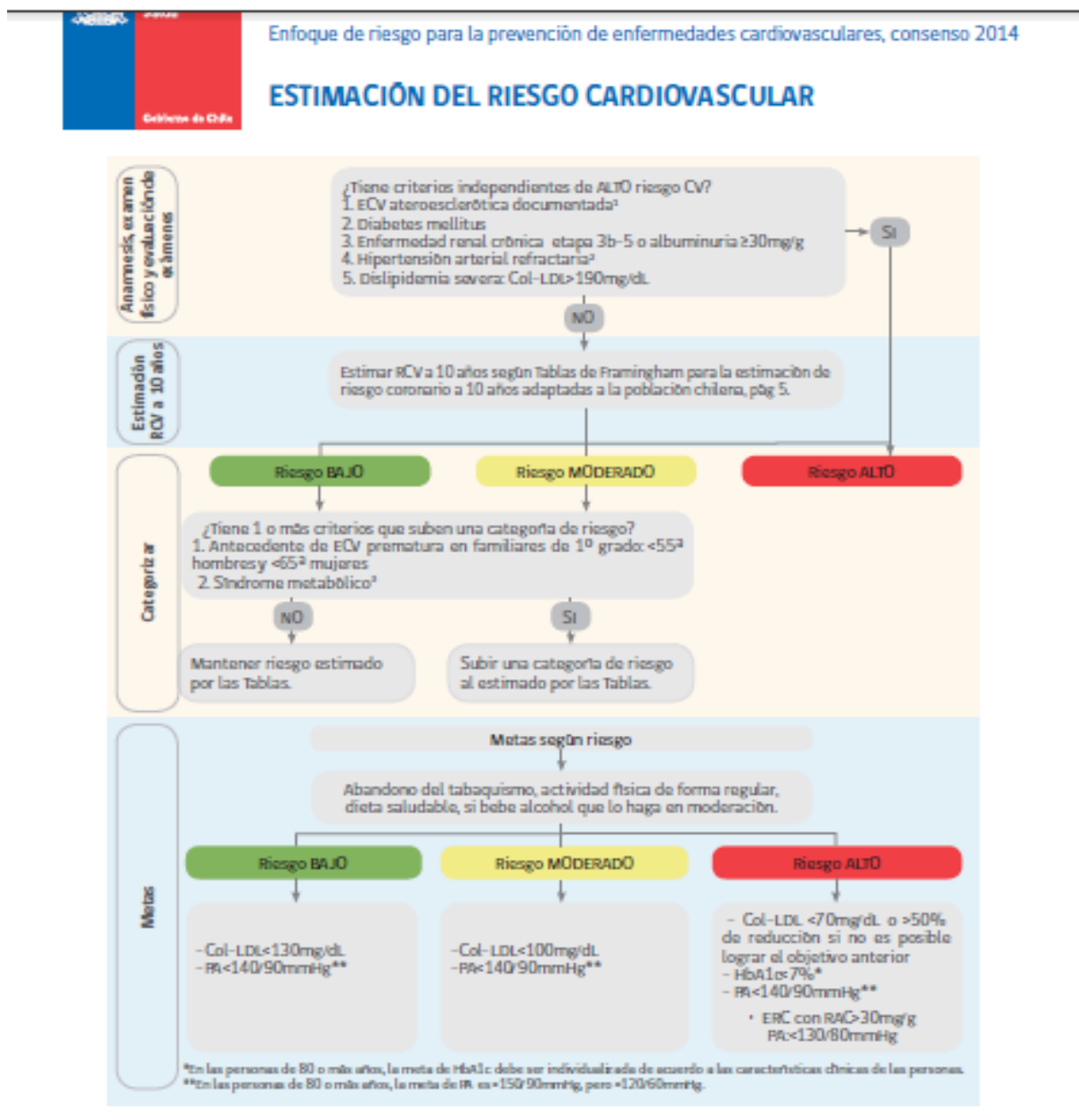
Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:49

Vigencia : MAYO 2018°

MINSAL Consenso 2014, Enfoque de Riesgo para la Prevención de Enfermedades Cardiovasculares, p.4





**PROCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:50

Vigencia : MAYO 2018°

MINSAL Consenso 2014, Enfoque de Riesgo para la Prevención de Enfermedades Cardiovasculares, p. 29.

12. METAS TERAPÉUTICAS SEGÚN RIESGO CARDIOVASCULAR

El nivel de RCV individual define las metas terapéuticas que la persona debe alcanzar en el manejo de los FR modificables para disminuir la probabilidad de presentar manifestaciones clínicas de una ECV. Sin embargo, existen metas comunes independientes del nivel de RCV, cuyo objetivo es mejorar el nivel de salud a través de la adopción de un estilo de vida más saludable en todas las personas. Estas metas son no fumar, realizar actividad física de intensidad moderada en forma regular, mantener una alimentación saludable, y si se bebe alcohol hacerlo en forma moderada, Tabla 6. El detalle de estos temas se tratan en otras publicaciones ministeriales^{94,95,96,97,98}.

Tabla 6. Metas terapéuticas según RCV

ALTO	MODERADO	BAJO
Promover un estilo de vida saludable: Cesación del hábito tabáquico, realizar actividad física de intensidad moderada en forma regular, mantener una alimentación saludable y si se bebe alcohol hacerlo de forma moderada.		
<ul style="list-style-type: none">• Col-LDL <70mg/dL o >50% de reducción si no es posible lograr el objetivo anterior.• HbA1c <7%*• PA <140/90mmHg** -ERC: si RAC >30mg/g la meta de PA es <130/80mmHg.	<ul style="list-style-type: none">• C-LDL <100mg/dL• PA <140/90mmHg**	<ul style="list-style-type: none">• C-LDL <130mg/dL• PA <140/90mmHg**

*En las personas de 80 o más años, la meta de HbA1c debe ser individualizada de acuerdo a las características clínicas de las personas.

**En las personas de 80 o más años, la meta de PA es <150/90mmHg, pero >120/60mmHg.



**PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

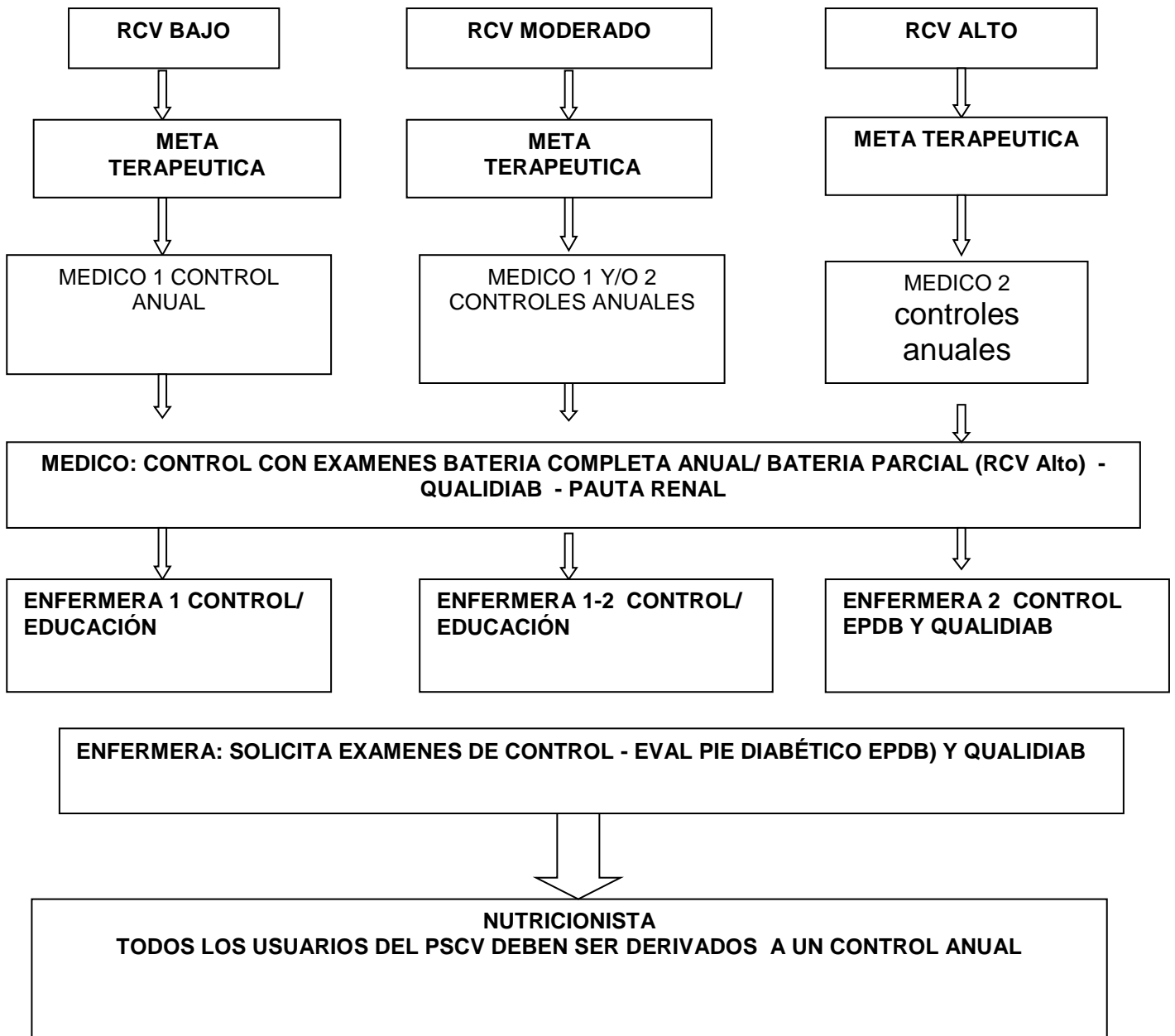
Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:51

Vigencia : MAYO 2018°

**FLUJOGRAMA DE CONTROLES PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR
SEGUN RCV CONSENSO 2014**

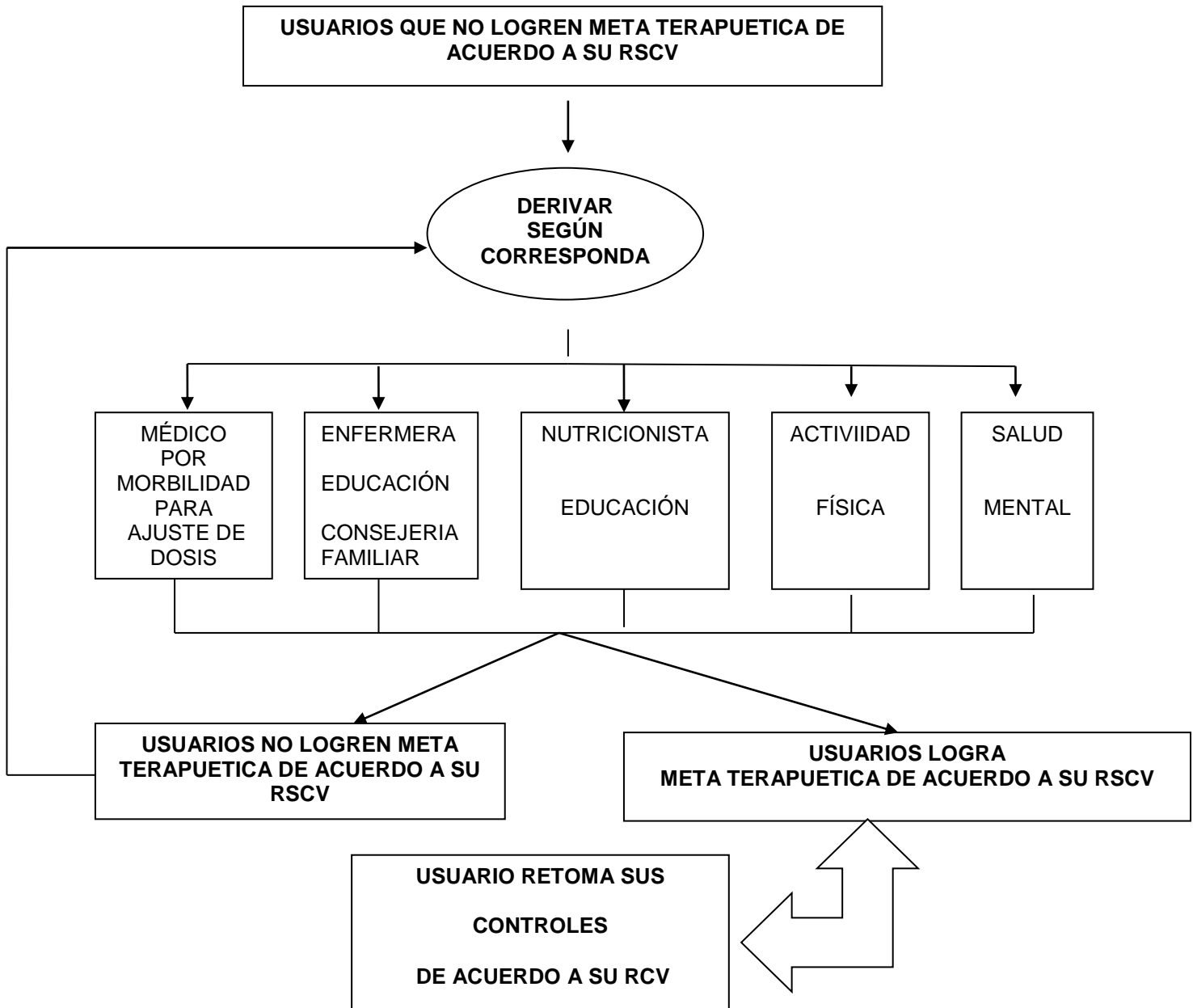




PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera
Fecha : MAYO 2016
Página:52
Vigencia : MAYO 2018°

**FLUJOGRAMA DE CONTROLES PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR
EN USUARIOS SIN CUMPLIMIENTO DE META TERAPEUTICA**





**PROCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:53

Vigencia : MAYO 2018°

MINSAL Consenso 2014, Enfoque de Riesgo para la Prevención de Enfermedades Cardiovasculares, p.

14.4. Frecuencia de controles según RCV

La frecuencia de los controles depende del riesgo de la persona: a mayor riesgo, mayor frecuencia de controles. Sin embargo, es indispensable compensar las diferentes patologías y factores de riesgo lo antes posible de acuerdo a las metas establecidas según el RCV de las personas. Se debe citar a los pacientes cada 7-14 días para el ajuste inicial de las dosis, monitoreo de los efectos adversos y refuerzo de la adherencia, Tabla 15.

Tabla 15. Frecuencia de controles

	Riesgo ALTO	Riesgo MODERADO	Riesgo BAJO
Frecuencia de controles	<ul style="list-style-type: none">Control c/7-14 días hasta lograr las metas	<ul style="list-style-type: none">Control médico cada 6 meses tras el logro de las metas.	<ul style="list-style-type: none">Control médico cada 12 meses tras el logro de las metas.



**PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:54

Vigencia : MAYO 2018°

DESCRIPCIÓN DE LOS CONTROLES

MÉDICO

De acuerdo a su RCV

➤ **Crónico RCV ALTO**

Un Control anual con exámenes batería completa de Crónico.

Segundo control a los 6 meses con exámenes parciales, de acuerdo a su patología de base, en el caso de los usuarios DIABÉTICOS CON UNA SEGUNDA HbA1c, en el caso de los DISLIPIDEMICOS con un segundo Perfil Lipídico.

➤ **Crónico con RCV Bajo / Moderado**

Control anual con exámenes con batería completa.

Los controles de ajuste de terapia las veces que sea necesario para el logro de la Meta Terapéutica (el buen control), con o sin control exámenes.

QUALIDAB al 100% de los Usuarios Diabéticos Nuevos, rendimiento

ENFERMERA

De acuerdo a su RCV

➤ **Crónico RCV ALTO**

Diabéticos

Un Control para Evaluación del Pie Diabético (EPDB)/ Educación rendimiento / Solicitud de batería Completa de exámenes 40 minutos.

Segundo control a los 6 meses QUALIDIAB / Solicitud de batería de exámenes parciales.

Citar para Educación de acuerdo a su Adherencia al Tratamiento Integral.

Otras Patologías

Un control anual solicitud de Batería Completa de exámenes.

Citar para Educación de acuerdo a su Adherencia al Tratamiento Integral.

➤ **Crónico con RCV Bajo / Moderado**

Control anual, Educación, Solicitud de batería completa de exámenes

Citar para Educación de acuerdo a su Adherencia al Tratamiento Integral.



**PROCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:55

Vigencia : MAYO 2018°

RENDIMIENTOS DE ACUERDO A LAS ACTIVIDADES

Médicos:

- Control PSCV. 30 minutos
- QUALIDIAB 30 minutos
- VDI 1 hora
- Consejerías Breves, dentro del control.

Enfermeras

- Hipertenso-Dislipidemia: 20 minutos
- Diabéticos (EPDB/Educación o QUALIDIAB): 40 minutos
- Educación Individual
- Educación Grupal
- Consejerías Familiar
- VDI 1 hora

Nutricionista

- Control: 30 minutos
- Consulta: 20 minutos

Descripción de los datos-registros del control Crónico

Cada control de crónico debe llevar los siguientes parámetros los cuales **deben** ser registrados en ficha clínica y en su hoja de control (anexo) y tarjetón de crónico

- Toma de Presión, de acuerdo a la norma técnica estandarizada (anexo)
- Pulso
- Peso
- Talla
- Circunferencia de Cintura
- Medición de glicemia capilar, en paciente diabético



**PROCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:56

Vigencia : MAYO 2018°

Se debe obtener y registrar:

- IMC
- RCV
- Pauta Renal

EXAMENES PSCV

El control anual realizado por médico debe derivarse con los exámenes correspondientes:

- ECG (solicitarlo a todos los pacientes bajo control)
- Microalbuminuria (muestra aislada)
- Hemograma
- Glicemia
- Creatininemia
- Uremia
- Perfil Lipídico
- Orina Completa
- ELP
- Relación Albuminuria – Creatininuria (RAC)
- VFG
- HbA1c (solo en pacientes Diabéticos, se solicita semestralmente)

IMPORTANTE: Todo paciente perteneciente al programa cardiovascular que sea portador de hipotiroidismo se le debe adjuntar en batería de exámenes anuales las Pruebas Tiroideas (TSH).



PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:57

Vigencia : MAYO 2018°

RECORDAR:

- Pacientes cardiovasculares de 65 años y más se utilizará carnet del ADULTO MAYOR para registro de controles cardiovasculares, EMPAM Y PACAM (no usar carnet chico), a su vez se deberá registrar en carnet la realización del EMPAM, con el objetivo de asegurar que todos los usuarios Adultos Mayores que retiren PACAM tengan su EMPAM al día. En caso que no se encuentre al día el funcionario encargado de entregar el beneficio deberá derivar al usuario a SOME para solicitar hora.
- Es responsabilidad de TENS de cada sector adjuntar formulario de EMPAM cuando se solicite o según citación.
- Todo paciente que acude a control cardiovascular debe ser visto con ficha clínica y tarjetón cardiovascular, la ficha clínica es responsabilidad de archivo y el tarjetón cardiovascular de los TENS del sector correspondiente.
- Es responsabilidad de los TENS de cada sector, CECOSF y PSR mantener actualizado tarjetero cardiovascular y EMP.
- El Coordinador del Sector debe Gestionar un Sistema de Rescate para Usuarios Crónicos del PSCV de acuerdo de recursos humano y dispersión geográfica. Se debe destacar que la definición de la actividad de rescate, considera 3 intentos con registro en Ficha Clínica.
- Las recetas cardiovasculares extendidas fuera del control solo pueden ser realizadas por enfermera y/o médico en el caso del CESFAM, será responsabilidad del TENS gestionar su realización. El profesional que extiende la receta debe registrar en ficha clínica y educar al paciente sobre la necesidad de solicitar su hora a control.
- Los pacientes que solicitan receta por desfase en su control deben dirigirse a SOME para solicitar nueva hora y posteriormente a archivo por solicitud de ficha, la cual debe ser entregada a sector correspondiente donde en el sector que corresponde emitirá receta hasta fecha del próximo control.



PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:58

Vigencia : MAYO 2018°

- Será responsabilidad del profesional que deriva a control médico anual educar al paciente sobre la importancia de solicitar su hora con anticipación y realizarse los exámenes a tiempo.
- Será responsabilidad del TENS de cada sector llevar sistema de registro de ingresos y egresos a PSCV y entrega de datos mensuales a la enfermera de sector para su registro en REM 05.
- Será responsabilidad del profesional que realice el control cardiovascular realizar los registros correspondientes en ficha clínica, tarjetón y carnet cardiovascular. No olvidar registrar fecha del próximo control.
- Con plazo máximo del segundo día hábil del mes, los sectores deben hacer llegar sus estadísticas de las actividades PSCV, a la Enfermera Coordinadora PSCV.



PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:59

Vigencia : MAYO 2018°

EXAMEN MEDICO PREVENTIVO

El flujograma adjunto, tiene como objetivo establecer un adecuado proceso de la pesquisa de los **Usuarios Sospechosos de Hipertensión y Diabetes Mellitus 2**, patologías GES de diagnóstico y tratamiento en APS, que tienen una garantía de 45 días para ser confirmadas o descartadas.

Esta pesquisa se realiza a través del examen preventivo del adulto, adulto mayor, controles crónicos, maternos, ginecológicos, nutricionales entre otros. Es por ello que el presente flujo debe ser analizado y conocido por todos los integrantes de cada sector, para que cada uno de ellos tenga muy claro cuál va hacer su actividad frente a este flujograma.

Una vez que un profesional detecte un caso sospechoso de HTA/DM2, debe derivarlo a un examen sanguíneo o curva de presión arterial, según corresponda, y con el resultado de éstos debe ser evaluado por médico para confirmar y/o descartar la patología.

Desde lo administrativo, se debe llenar una planilla con los datos completos de los usuarios considerados como caso sospechoso, ésta debe ser informada en forma diaria a la funcionaria digitadora GES, Sra. Ingrid Guerrero. Se debe aclarar que el médico registra su información en su hoja de atención diaria, por lo que no será necesario que llene una planilla anexa.

Con la información recibida en la Oficina de AUGÉ, se confeccionará periódicamente una nómina que será enviada a los Jefes de Sector, o a quien éstos designen, con el listado de usuarios con sospecha de HTA/DM2 que aún no tienen confirmación o descarte. Esto tiene como objetivo que los sectores realicen los rescates de los usuarios inasistentes y que estén a punto de perder su garantía.

Cada sector debe mantener una planilla donde se registren las citaciones de exámenes y/o controles seriados, y con este dato se podrá desarrollar el rescate en caso de incumplimiento o se podrá respaldar la excepción de la garantía por inasistencia del usuario.

Finalmente, los sectores deberán proveer a los profesionales de la documentación de **RECHAZO DE PRESTACIÓN GES**, para aquellos usuarios que se nieguen a tomarse los exámenes.



**PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina**

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

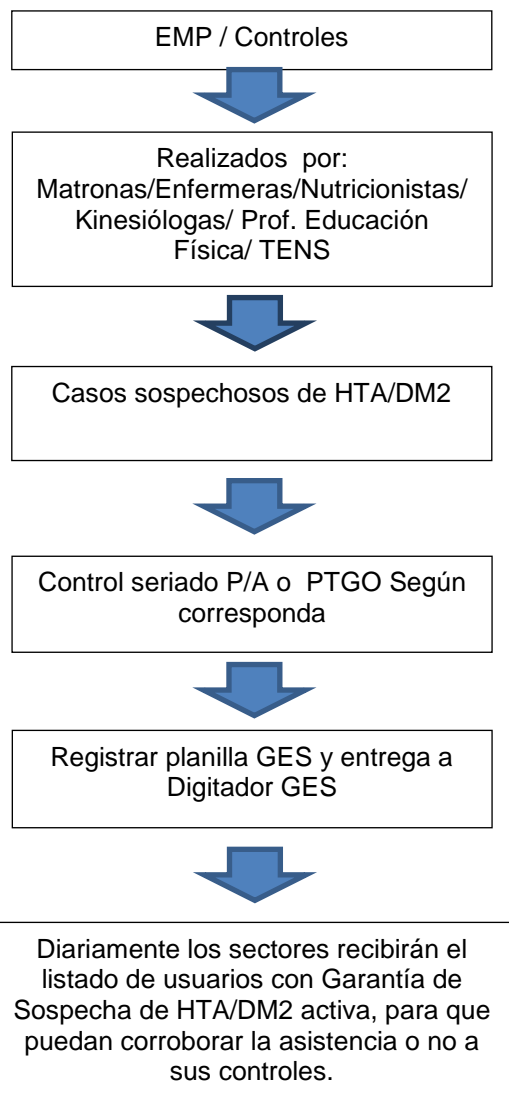
Página:60

Vigencia : MAYO 2018°

FLUJO DE ACCIÓN EN CASO SOSPECHOSOS

DE

HIPERTENSIÓN Y DIABÉTES





PROTOCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:62

Vigencia : MAYO 2018°

BIBLIOGRAFIA

www.redcronica.cl

MINSAL

Serie de Guías Clínicas MINSAL 2010. Guía Clínica de Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más.

Manuel Garcia de los Ríos, Pilar Durruty, Diabetes Mellitus Tercera Edición 2014.

Serie de Guías Clínicas MINSAL 2010. Guía Clínica Diabetes Mellitus II.

MINSAL 2013, Orientación Técnica Prevención de Úlceras de los pies de la persona con diabetes.

MINSAL mayo 2013, Orientación Técnica para la indicación de Ayudas Técnicas en pacientes portadores de pie diabético.

MINSAL 2010, Guía Clínica de Prevención de Enfermedad Renal Crónica

MINSAL 2010, Pauta de detección de Pacientes con Insuficiencia Renal.

MINSAL 2000, Norma Técnica Dislipidemia.

MINSAL 2010, Guía Clínica Infarto Agudo Al Miocardio con supra desnivel del segmento ST

Sociedad Chilena de cardiología y Cirugía cardiovascular y MINSAL 2015, Guía Clínica Chilena de Insuficiencia Cardiaca.



PROCOLO PROGRAMA
SALUD CARDIOVASCULAR
CESFAM Mariquina

Edición : Primera

Fecha : MAYO 2016

Página:63

Vigencia : MAYO 2018°

MINSAL, Serie de Guías Clínicas 2013, Guía Clínica AUGE Accidente Cerebro Vascular Isquémico en personas de 15 años y más.

MINSAL 2014, segunda edición, Plan de Acción Ataque Cerebro Vascular.

MINSAL, El Aporte Del Programa Salud Cardiovascular Al Cumplimiento De Los Objetivos Sanitarios 2011-2020.

MINSAL Consenso 2014, Enfoque de Riesgo para la Prevención de Enfermedades Cardiovasculares