

## **Propuesta Telesalud Control con exámenes/Control crónico por Videollamada**

Diciembre 2022

Esta propuesta esta pensada para ser aplicada en pacientes evaluados a traves de videollamada para revisión de exámenes y control crónico; con enfoque de multimorbilidad pero entendiendo que la mayoría de los pacientes evaluados probablemente corresponderán a pacientes con patología cardiovascular.

La consulta por videollamada se diferencia de la presencial en aspectos como la no realización de examen físico entre otros y en la posibilidad de compartir fácilmente herramientas visuales con el paciente con la opción "compartir pantalla".

La guía de implementación del plan de cuidados crónicos fija como objetivo de la telesalud el apoyo y fortalecer percepción autoeficacia y hacer seguimiento plan cuidado y ajustes, definiendolo como una acción complementaria a la presencial (1)

Dado lo anterior, y pensando en favorecer el automanejo<sup>1</sup> de los pacientes con enfermedad crónica, es que se propone un enfoque centrado principalmente en lo educativo y en incorporar al paciente en un rol más activo en su atención, definiendo en conjunto problemas, estableciendo prioridades, determinando metas y elaborando un plan terapéutico en conjunto, sin dejar de lado los aspectos mínimos requeridos de un control cardiovascular clásico.

Para su implementación, se requiere en un inicio definir en conjunto con el director del centro el grupo de pacientes a atender por esta vía; se sugiere aquellos con enfermedad crónica descompensada o con pluripatología y FR biopsicosociales (en Ancora, sugiero RUB 1-3 y patología CV descompensados).

Luego debe definirse cuales serán los aspectos mínimos a controlar durante este tipo de controles.

La guía MACEP(3) incorpora como mínimos a evaluar en la atención presencial por médico de un paciente con enfermedad crónica los siguientes aspectos:

- Compensación de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)
- Síntomas transversales de multimorbilidad
- Hospitalizaciones y consultas al servicio de urgencia durante último tiempo
- Motivación al cambio de conducta
- Ajuste de tratamiento farmacológico (polifarmacia/desprescripción). Ejecución de receta unificada

---

<sup>1</sup> Automanejo: capacidad que tiene una persona para manejar síntomas, tratamientos, consecuencias físicas, emocionales y sociales inherentes a la vida con una condición crónica.

Apoyo al automanejo: implementación sistemática de intervenciones educativas y de apoyo, por parte del equipo de salud, para aumentar las habilidades y autoconfianza que el paciente requiere para manejar sus problemas de salud crónicos.

- Actualización del plan consensuado: incluye con quien y cuando tendrá próxima atención según necesidad y motivación del usuario.

Además, dentro de los controles con enfermería plantea la revisión de exámenes, la evaluación de red de apoyo para el automanejo y el ofrecer al usuario servicios de apoyo al automanejo; aspectos que dada la naturaleza de atención propuesta podrían considerarse dentro de la atención médica en el contexto videollamada.

El Manual Cardiovascular de uso interno en Ancora UC, sugiere el mínimo registro de los siguientes elementos al realizar un control cardiovascular

Patologías en control

Factores de riesgo

Peso, Talla, PAS, PAD, IMC, Circunferencia Cintura, Diagnóstico Nutricional

Exámenes actualizados

Edad, creatinina, CICr calculado y Escala ERC

ECG, Fondo de Ojo

Pie Diabético

Riesgo cardiovascular

Por otro lado, existen ciertos elementos que deben registrarse en un control cardiovascular para efectos de indicadores(2)

- Presión arterial
- Hemoglobina glicosilada
- Fondo de Ojo
- Evaluación Pie Diabético
- Velocidad de filtración glomerular

Según los indicadores supervisados por seremi, los mínimos a llenar serían

- Presión arterial
- HbA1c
- LDL
- Creatinina
- Microalbuminuria
- Velocidad filtración glomerular (detectar ERC etapa 3b o mas)
- Fondo de Ojo
- Evaluación Pie Diabético (amputación, UPD complicada)
- PHQ9

Podría plantearse además en base a los elementos supervisados, completar campos también que incluyan

- HTA refractaria
- IAM-ACV sin compensación de metas
- Uso protocolo Hearts
- ECV aterosclerótica en tratamiento con aspirina
- ECV aterosclerótica en tratamiento con estatina
- Cálculo Riesgo Cardiovascular (TBQ, HDL, Circunferencia Cintura, TG, Glicemia)

En conjunto y tomando en consideración los elementos previamente descritos se sugiere evaluar:

- Compensación de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (incluye revisión de exámenes)
- Síntomas transversales de multimorbilidad
- Hospitalizaciones y consultas al servicio de urgencia durante último tiempo
- Motivación al cambio de conducta
- Evaluación de red de apoyo para el automanejo
- Ajuste de tratamiento farmacológico (polifarmacia/desprescripción). Ejecución de receta unificada
- Generar plan consensuado: incluye definir problemas, establecer prioridades, determinar metas, definir con quien y cuando tendrá próxima atención según necesidad y motivación del usuario.
- Ofrecer al usuario servicios de apoyo al automanejo

Respecto al registro en ficha y entendiendo que no existe una atención presencial, se sugiere registrar la última toma de presión arterial existente en ficha y registrar

- Hemoglobina glicosilada
- Fondo de Ojo
- Evaluación Pie Diabético
- Velocidad de filtración glomerular
- Creatinina y RAC
- LDL
- Cálculo de Riesgo CV

Además, se debe definir el tiempo de atención considerando que durante la implementación los tiempos podrían ser más largos. Los rendimientos sugeridos para el contexto de salud cardiovascular tradicional son de 30 minutos para ingreso y control del adulto mayor y de 20 minutos para control habitual<sup>(2)</sup>. Podría evaluarse aumentar estos tiempos considerando que esta será una intervención educativa.

Como intervenciones educativas para poder utilizar ya sea en evaluar la motivación al cambio de conducta o en la interacción con el paciente se sugiere incorporar a la ficha o tener links de fácil acceso a:

- Link para evaluar etapa cambio motivacional del paciente y poder ajustar según eso el plan a elaborar (etapa->intervenciones)
- Link para acceso calculo riesgo CV con tabla recordatoria de pacientes alto riesgo
- Link explicativo con metas de compensación según patología
- Link para generar diagramas de comunicación de riesgo ()<sup>2</sup>)
- Pizarra de trabajo (explicada a continuación) donde se compartan elementos claves de la atención incluido el plan consensuado con aspectos conversados (definición problemas, prioridades establecidas, metas determinadas, con quien y cuando próxima atención).

---

<sup>2</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=JhfMkmzaNdU&t=3480s>

Se sugiere además, trabajar en material educacional que este disponible en la página web de forma de linkear a esa página en controles y dejar establecido que material se podría revisar para el próximo control, favoreciendo así el automanejo

A continuación, se ejemplifica elementos a incluir la “Pizarra de trabajo” o Elementos Clave del control.

Es importante considerar que esta información debe entregarse de forma clara e idealmente en el futuro ser enviada al paciente, por lo que se sugiere usar lenguaje amigable y evitar abreviaciones. Esta hoja resumen podría ser incorporada en el próximo control para irse trabajando como un continuo.

**Problemas de trabajo:** Escribir los diagnósticos/problemas actuales del paciente, definiendo en conjunto cuales se priorizaran durante la consulta. Incluye manejo de hábitos (tabaquismo, sedentarismo, etc).

**Medicamentos:** Escribir todos los medicamentos de uso crónico que tome el paciente, con su debida posología. Idealmente explicar en el ingreso para que sirve cada medicamento y dejarlo anotado.

**Plan:** establecer en conjunto metas con objetivos concretos respecto a los problemas priorizados previamente, según etapa de cambio.

Agregar utilización herramientas de apoyo al automanejo disponibles (página web,visor paciente HSR, talleres automanejo, etc).

Evaluar derivaciones necesarias (enfermera, nutricionista)

Evaluar exámenes necesarios (por control, preventivos)

**Próximo control:** definir tiempo próximo control, si presencial o videollamada, si involucra a miembro familiar, dejar por escrito si acepta videollamada.

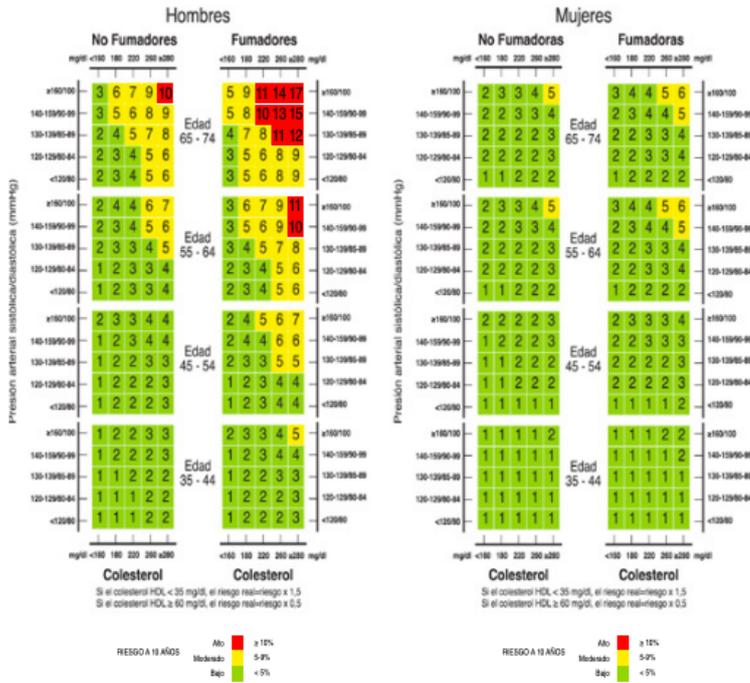
#### Referencias

- 1.- Ministerio de Salud Chile (Minsal) 2015, Modelo de atención para personas con enfermedades Crónicas, directrices para la Implementación.
- 2.- Ministerio de Salud Chile (Minsal) 2017, Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular
- 3.- Centro Innovación en Salud Ancora UC, Version 2020, Manual Modelo de Atención centrado en la persona con morbilidad crónica (MACEP)
- 4.- Ancora UC, Victoria Rodríguez, Marjorie Ramírez, Manual de Atención Cardiovascular

ANEXOS ÚTILES COMO BASE PARA GENERAR HERRAMIENTAS EDUCACIONALES O COMO GUÍA PARA PROFESIONAL

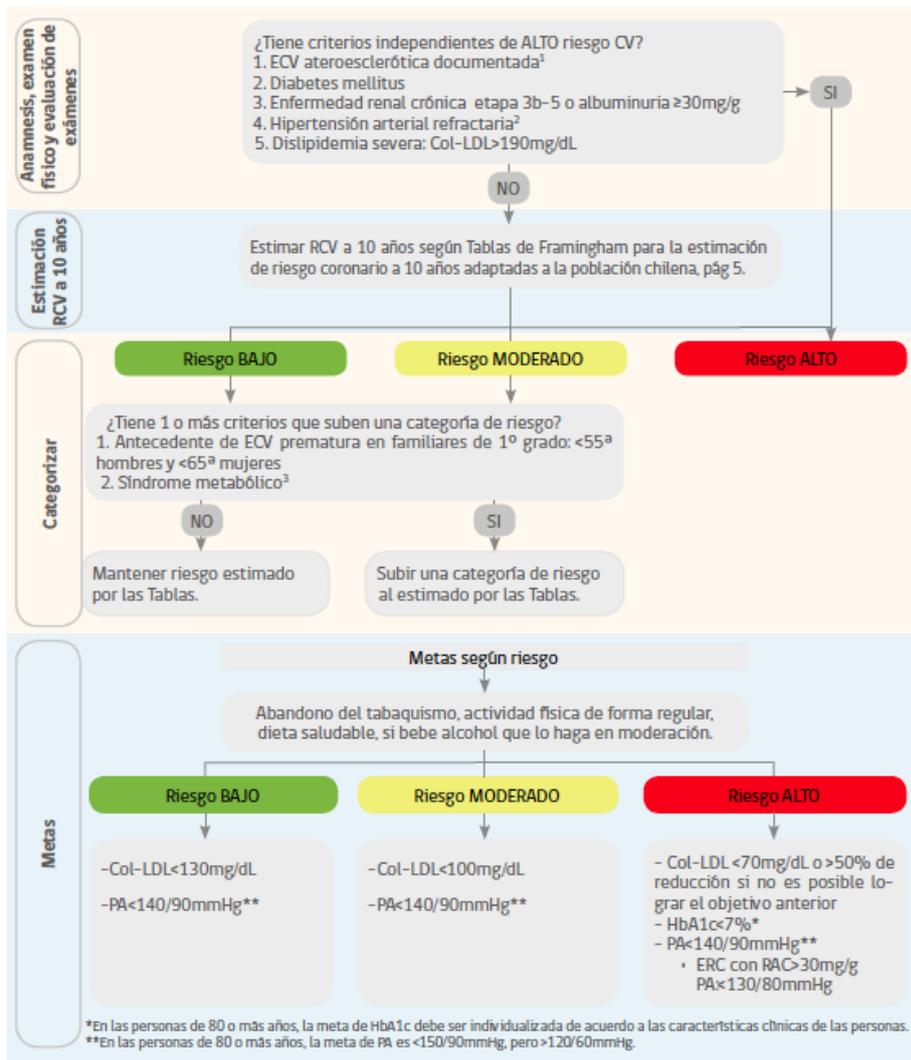
Tablas Cálculo Riesgo CV

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



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

Metas según riesgo CV



1 ECV ateroesclerótica documentada: IAM, angina estable/inestable, antecedente de angioplastia y/o bypass aorto-coronario, ACV o AIT, enfermedad aórtica ateroesclerótica, EAP.  
 2 HTA refractaria: no se logra la meta de PA con el uso de ≥3 fármacos antihipertensivos en dosis máxima recomendada, de diferentes familias y acciones complementarias, uno de los cuales es un diurético, o el paciente logra la meta con ≥ 4 o más fármacos antihipertensivos.  
 3 Síndrome metabólico definido por la presencia de ≥3 criterios: CC >90 cm en hombres y >80 cm en mujeres, PA ≥130/85mmHg o en tratamiento con antihipertensivos, TG ≥150mg/dL o en tratamiento con hipolipemiantes, HDL <40mg/dL hombres o < 50mg/dL en mujeres, glicemia de ayuna ≥100mg/dL o en tratamiento.

## Metas DM

**TABLA 2. METAS DE CONTROL DE HBA1C EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS, SEGÚN CONDICIONES CLÍNICAS DEL PACIENTE [11]**

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

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

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

## Consejería breve antitabaco

# ORIENTACIÓN PRÁCTICA PARA LA CONSEJERÍA BREVE ANTI TABÁQUICA

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

## AVERIGUAR: ¿HA FUMADO USTED EL ÚLTIMO AÑO?

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

**FELICITARLO**

En los ex-fumadores reforzar la confianza y abstinencia.

**SI, HACE 1 AÑO QUE NO FUMA:**

**FELICITARLO**

Pregunte si necesita ayuda para permanecer sin fumar.

**SI, FUMA HABITUALMENTE:**

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

## BREVE CONSEJO: SEGÚN NIVEL DE MOTIVACIÓN

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

### PLANEA DEJARLO DENTRO DEL MES:

#### ESTIMULAR:

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

### PLANEA DEJARLO DENTRO DE 6 MESES:

#### CONSEJOS AL FUMADOR:

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

### NÓ PLANEA DEJARLO:

#### SI DEJA DE FUMAR:

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

## CONSEJOS PARA DEJAR DE FUMAR:

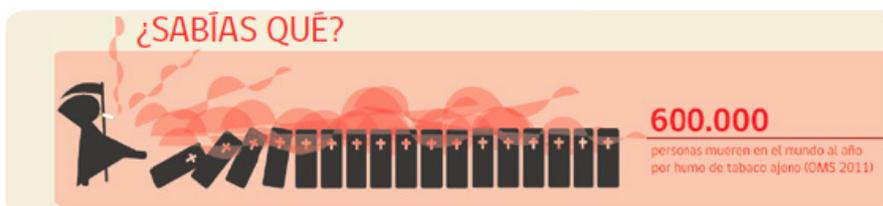
- Elija un día para dejar de fumar. El día anterior: No compre cigarrillos, retire de su alcance los ceniceros. Evite las situaciones en las que fumaba. Revise sus motivos y refuerce su decisión.
- Busque apoyo en su familia, amigos, compañeros o profesionales de salud, para que le ayuden a superar las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



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

## CONSEJOS PARA TENER UN HOGAR LIBRE DEL HUMO DEL TABACO

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



Unidad de Salud Respiratoria, Oficina de Tabaco. MINSAL

### Referencias:

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

**ANEXO 2: PACIC****Evaluación de Cuidados Crónicos por la persona que se atiende en el establecimiento de salud**

Encontrarse bien puede ser difícil cuando usted tiene una enfermedad crónica. Nos gustaría tener información sobre cómo es la atención que usted recibe para su enfermedad crónica por parte del equipo de salud en el consultorio o centro de salud donde está inscrito (médico, enfermera, nutricionista).

Sus respuestas son confidenciales y no se facilitarán a ninguna persona.

**En los últimos seis meses, al recibir atención por mi enfermedad:**

	Casi nunca	Mayoría veces no	Algunas veces	Mayoría veces sí	Casi siempre
1. Preguntado por mi opinión cuando se me explicó el tratamiento a seguir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Se me dieron varias opciones de tratamiento para que pensara	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Se me preguntó si tenía algún problema con los efectos de mis medicamentos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Se me dio una lista de cosas que podía hacer para mejorar mi salud	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Estuve satisfecho por la organización de los cuidados que recibí	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Me enseñaron cómo lo que yo hacía por cuidar mi salud tenía influencia en mi enfermedad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Me preguntaron cuáles eran mis objetivos respecto a mi enfermedad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**En los últimos seis meses, al recibir asistencia sanitaria por mi enfermedad:**

	Casi nunca	Mayoría veces no	Algunas veces	Mayoría veces sí	Casi siempre
8. Me ayudaron a tener metas específicas para mejorar mi forma de comer o el nivel de ejercicio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Me dieron una copia de mi tratamiento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Me aconsejaron que acudiera a una clase o que contactara con un grupo que me ayudara a llevar mi enfermedad  1  2  3  4  5

11. Me preguntaron sobre mis hábitos de salud  1  2  3  4  5

---

12. Me daba cuenta que el médico o la enfermera tenían en cuenta mis valores y costumbres cuando me recomendaban algún tratamiento  1  2  3  4  5

13. Me ayudaron a hacer un tratamiento que pudiera seguir en mi vida diaria  1  2  3  4  5

14. Me ayudaron a planificar por anticipado como afrontar momentos difíciles o complicaciones en mi enfermedad  1  2  3  4  5

15. Me preguntaron sobre cómo mi enfermedad afectaba a mi vida  1  2  3  4  5

---

16. Me llamaron después de una visita para saber si había mejorado  1  2  3  4  5

**En los últimos seis meses, al recibir asistencia sanitaria por mi enfermedad:**

	Casi nunca	Mayoría veces no	Algunas veces	Mayoría veces sí	Casi siempre
17. Me aconsejaron que acudiera a programas en la comunidad (asociaciones, escuelas, etc) que pudieran ayudarme <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					

18. Me enviaron a un(a) nutricionista, educador de la salud o consejería  1  2  3  4  5

19. Me explicaron cómo el consultar a otros médicos (ej. oftalmólogo o cirujano), me ayudaría en mi tratamiento  1  2  3  4  5

20. Me preguntaron cómo fueron mis visitas con otros médicos  1  2  3  4  5

---

21. Me preguntaron si quería saber algo sobre mi enfermedad en cada visita  1  2  3  4  5

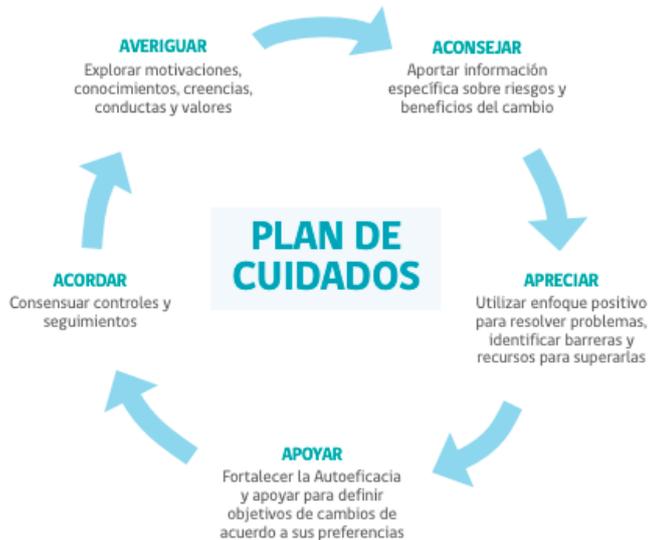
22. Me preguntaron cómo afectaba mi trabajo, mi familia ó mi situación social al cuidado de mi enfermedad  1  2  3  4  5

Modelo de abordaje en Plan de Cuidados: 5Aes

### ANEXO 3: Modelo de las 5 Aes

Es un marco conceptual unificador, que puede ser utilizado con un paciente en particular o en grupos. Las "5 Aes", corresponden a averiguar, aconsejar, apreciar, apoyar y acordar. Permite el desarrollo de un plan de cuidados personalizado y colaborativo, que incorpora objetivos conductuales concretos y un plan específico para superar las barreras y alcanzar los objetivos planteados.

Las 5 Aes, son elementos interrelacionados que no están diseñados para utilizarse por separado, como se aprecia en la siguiente figura. El proceso se inicia con la acción "averiguar" y luego avanza en el orden de las manecillas del reloj<sup>19, 20</sup>.



Prescripción de ejercicio: Según FITT

Frecuencia (veces/semana), Intensidad (aerobico/fuerza, definir segun fuerza max vs resistencia), Tipo (opciones aerobico, fuerza, coordinacion, flexibilidad, elongacion, pliometria), Tiempo (minutos/repeticiones)