



CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CALLE LARGA

Código:

Edición: 11/2020

Fecha: 30 de Noviembre de 2020

Página: 2 de 20

Vigencia: Noviembre de 2025

**“ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADA EN LAS PERSONAS
PARA LA PROMOCION, PREVENCION Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN
CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD”**

**“ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADA
EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCION,
PREVENCION Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN
CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD”**

<p>ELABORADO CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE José Luis Córdova Zelaya CESFAM José Joaquín Aguirre Ilustre Municipalidad de Calle Larga</p>	<p>REVISADO CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE Dina Carolina Campos Jefa de Calidad CESFAM José Joaquín Aguirre Ilustre Municipalidad de Calle Larga</p>	<p>APROBADO CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE Natalia Ríos Rojas Directora CESFAM José Joaquín Aguirre Ilustre Municipalidad de Calle Larga</p>
23 de Noviembre de 2020	26 de Noviembre de 2020	30 de Noviembre de 2020



CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CALLE LARGA

Código:

Edición: 11/2020

Fecha: 30 de Noviembre de 2020

Página: 3 de 20

Vigencia: Noviembre de 2025

“ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADA EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCION, PREVENCION Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD”

1-. Introducción

En el último tiempo, Chile ha vivido importantes cambios, tales como modificación sustancial del estilo de vida, avances económicos y sociales, progresos de la medicina, y mejoría en políticas de salud, que conllevan cambios demográficos como el aumento de la esperanza de vida, los que sin duda han tenido un impacto beneficioso en la población. Al mismo tiempo, los cambios demográficos, tales como el descenso de las tasas de natalidad y el aumento de la esperanza de vida, ha provocado un cambio en la pirámide poblacional donde para el año 2025 se esperan 3,55 millones de chilenos mayores de 60 años de edad. Estos cambios demográficos han ido de la mano con el aumento de prevalencia de enfermedades no transmisibles, las que traen consigo alta carga de morbimortalidad. Estas últimas representan la principal causa de años de vida saludables perdidos con un 84%, siendo las enfermedades cardiovasculares la primera causa de mortalidad en Chile. La Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, agrega datos alarmantes tales como 12,3% de la población de 15 años o más tiene sospecha de diabetes y 27,6% sospecha de hipertensión arterial. A lo anterior, se agrega su gran carga social particularmente en poblaciones de menor estrato socioeconómico, alto gasto bolsillo para las familias, y pérdidas de productividad traducidas en pérdidas económicas. Así, constituyen una de las barreras para el desarrollo del país, e incrementan aún más las inequidades sociales.

Actualmente, la respuesta del sistema de salud, en relación al cuidado de las personas en situación de cronicidad, no necesariamente es la más adecuada. Los cuidados de estas personas se desenvuelven en un sistema de salud que actúa de forma reactiva ante las enfermedades y descompensaciones de su población (atención episódica). La fragmentación en la provisión de servicios está generada por la oferta de salud basada en programas centrados en la enfermedad. Por consiguiente, ante la interrogante, ¿Es necesario cambiar la forma en que el sistema de salud actúa frente a la multimorbilidad? ¡Sí, es necesario e inminente!

En este contexto y en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, surge la Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad (en adelante Estrategia de Cuidado integral centrado en las personas), con enfoque de riesgo, orientada a otorgar un cuidado integral y continuo, que logre ser también una herramienta de acompañamiento para la persona, su familia y/o cuidadores. Se ha



CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CALLE LARGA

Código:

Edición: 11/2020

Fecha: 30 de Noviembre de 2020

Página: 4 de 20

Vigencia: Noviembre de 2025

“ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADA EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCION, PREVENCION Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD”

introducido el concepto de Multimorbilidad, entendido como la existencia de 2 o más condiciones crónicas en una persona, situación frecuente en la población chilena, que trae consigo mayores riesgos para las personas, sobrecarga para el sistema e impacto en calidad de atención por parte del equipo de salud. Además, se busca reforzar el cambio en la atención de “paciente” a cuidado integral de “personas”, entendiéndolas como un todo no fraccionado por programa o patología, logrando así un enfoque global, y haciendo a la familia y/o los cuidadores partícipes del proceso. Todo ello implica, que las personas con cronicidad y/o multimorbilidad, no va a haber un alta. Esto es que las personas van a vivir permanentemente en una condición crónica que, si bien se puede compensar, disminuyendo sus complicaciones, no se puede curar.

El cambio requiere privilegiar, la entrega de cuidados y acompañamiento según riesgo a lo largo del curso de la vida: desde la promoción de salud para quienes no tienen condiciones crónicas, pero eventualmente pudiesen presentarlas, hasta la prevención, tratamiento, seguimiento y rehabilitación para quienes ya tienen una o más condiciones crónicas y requieren cuidados constantes y monitorizados por el equipo de salud. Además, se agrega el uso de tecnologías innovadoras, tales como el monitoreo remoto, poniendo a Chile en el camino de las tecnologías de la salud, con miras a mejorar las condiciones clínicas y el acompañamiento de las personas en situación de cronicidad.

El presente documento, establece el protocolo del Cuidado Integral centrado en las personas en contexto de Multimorbilidad, que permitirá contextualizar futuras orientaciones, constituyendo así en un aporte a la salud de las personas.

2-. Objetivo

El presente documento tiene por objeto, establecer el marco conceptual estratégico para el cuidado integral de las personas de 15 y más años, en el sistema público de salud.

3-. Alcance

Se abordan los fundamentos y estrategias para el cuidado integral centrado en las personas, acorde a su riesgo, en contexto de cronicidad y multimorbilidad. Está dirigido



CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CALLE LARGA

Código:

Edición: 11/2020

Fecha: 30 de Noviembre de 2020

Página: 5 de 20

Vigencia: Noviembre de 2025

“ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADA EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD”

a los equipos en el sistema público de salud, responsables de acompañar a las personas en el cuidado de su salud con énfasis en el nivel primario de atención y en coordinación con otros niveles de atención.

Se presenta como el marco conceptual estratégico, del cual se generan planes de acción específicos que operacionalizan la Estrategia.

4-. Documentos de referencia

Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2019). *Estrategia Cuidado Integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de Multimorbilidad*. Santiago, Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

5-. Responsable de la ejecución

Profesional Gestor: miembro del equipo que facilita y gestiona el cuidado de personas con Multimorbilidad severa.

- Facilitar atenciones integrales según el estado de salud de la persona consultante, determinando las necesidades individuales.
- Intermediar entre la persona consultante y los otros profesionales de la salud, coordinando las atenciones y al equipo según las necesidades individuales.
- Desarrollar o coordinar planes individuales colaborativos, con énfasis en potenciar el automanejo y la participación activa de la persona con condición crónica.
- Coordinar plan de cuidado integral con equipo de sector
- Velar por la provisión y registro de los cuidados biopsicosociales de la manera más efectiva y eficiente, según la realidad local.
- Manejo y monitoreo de referencia y contrareferencia (movimientos de la persona entre distintos niveles de atención).

Técnico Gestor: miembro del equipo que apoya en la gestión al profesional, realizando seguimiento y rescate de usuarios de alta complejidad y monitorizando el estado de la salud de usuarios de mediana complejidad.



CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CALLE LARGA

Código:

Edición: 11/2020

Fecha: 30 de Noviembre de 2020

Página: 6 de 20

Vigencia: Noviembre de 2025

“ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADA EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCION, PREVENCION Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD”

- Apoyar en la gestión del usuario de alta complejidad, según lo que determine el profesional designado.
- Realizar el rescate de usuarios de alta complejidad, mediante contacto telefónico o visitas domiciliarias.
- Monitorizar los parámetros y el cumplimiento de metas del usuario de alta complejidad, en apoyo al profesional gestor.
- Pesquisar usuarios que podrían beneficiarse del programa de Multimorbilidad de alta complejidad.
- Realizar la gestión de atención del usuario de mediana complejidad (según disponibilidad del profesional gestor).
- Educar a los usuarios en medidas que mejoren el automanejo.

6-. Definiciones

ACV: Ataque cerebrovascular
APS: Atención primaria de salud
AVD: Años de vida ajustados por discapacidad
AVISA: Años de vida saludables perdidos
DEIS: Departamento de estadísticas e información en salud
DM2: Diabetes mellitus tipo 2
ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles
EMPA: Examen médico preventivo del adulto
EMPAM: Examen médico preventivo del adulto mayor
ENS: Encuesta Nacional de Salud
ENTs: Enfermedades no transmisibles
EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ERC: Enfermedad renal crónica
FONASA: Fondo Nacional de Salud
FUI: Formulario único integrado
GBD: Global Burden of Disease (carga global de enfermedad)
GES: Garantías explícitas en salud
GLOBOCAN: Global cancer observatory (observatorio mundial de cáncer)
HbA1c: Hemoglobina glicosilada



CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CALLE LARGA

Código:

Edición: 11/2020

Fecha: 30 de Noviembre de 2020

Página: 7 de 20

Vigencia: Noviembre de 2025

**“ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADA EN LAS PERSONAS
PARA LA PROMOCION, PREVENCION Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN
CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD”**

HDL: High density lipoprotein (lipoproteína de alta densidad)
HTA: Hipertensión arterial
IAM: Infarto agudo al miocardio
INE: Instituto Nacional de Estadísticas
ITS: Infecciones de transmisión sexual
LDL: Low density lipoprotein (Lipoproteína de baja densidad)
MAIS: Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria
MET: Metabolic equivalent of Task (Equivalente metabólico basal)
MM: Multimorbilidad
MCC: Modelo de cuidado de crónico
MCCP: Modelo clínico centrado en la persona
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONU: Organización de las Naciones Unidas
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PM: Personas mayores
PSCV: Programa de salud cardiovascular
RCE: Registro clínico electrónico
REM: Resumen estadístico mensual
SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIDRA: Sistemas de información de redes asistenciales
SS: Servicio de salud
TIA: Transitory ischemic accident (Isquemia cerebral transitoria)
VIH: Virus de inmunodeficiencia humana

7-. Desarrollo

Estratificación de riesgo:

Para poder generar estrategias de cuidados integrales con la población crónica de nuestro establecimiento, es necesario poder clasificar a nuestros usuarios según sus condiciones de cronicidad y es por esto que se implementa la pirámide de estratificación de riesgo (ver anexo 1).



CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CALLE LARGA

Código:

Edición: 11/2020

Fecha: 30 de Noviembre de 2020

Página: 8 de 20

Vigencia: Noviembre de 2025

“ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADA EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCION, PREVENCION Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD”

Esta se genera a partir de un conteo simple de condiciones de cronicidad del cual están consideradas 52 diagnósticos crónicos que se encuentran en el sistema RAYEN. (ver anexo 2).

Por lo que el usuario puede estar estratificado de la siguiente manera:

- ✓ G0 o sin riesgo: usuario sin condiciones crónicas.
- ✓ G1 o riesgo leve: usuario con 1 condición crónica.
- ✓ G2 o riesgo moderado: usuario que cuenta con 2 a 4 condiciones crónicas.
- ✓ G3 o riesgo alto: usuarios con 5 o más condiciones crónicas.

De acuerdo a este parámetro de estratificación el usuario es abordado de manera integral según sus requerimientos impuestos por él mismo y por el equipo de salud del sector que le corresponda.

Cuidados integrales según estrato de riesgo.

A nivel operacional el cuidado integral de las personas para cada uno de los estratos definidos, es responsabilidad del nivel primario de atención, entendiéndose como actores que aportan al cambio y mejora en la salud de la población. En personas con Multimorbilidad, riesgo moderado (G2) y riesgo alto (G3), se incorpora la atención de nivel secundario o terciario, en coordinación con el primer nivel de atención. En todos los niveles, se enfatiza la integración del proceso de cuidado, tanto por el equipo de salud como por la persona en situación de cronicidad y sus cercanos.

En la Tabla siguiente se deja un resumen esquematizado de los cuidados previstos para cada estrato de acuerdo al nivel de cronicidad de la persona.

G3. MULTIMORBILIDAD. PERSONAS CON 5 O MÁS CONDICIONES CRÓNICAS	
Responsabilidad	Cuidados
Atención primaria con apoyo permanente de atención secundaria y servicios sociales.	Facilitar acceso y gestión ágil de las personas entre niveles asistenciales, proporcionando cuidados adecuados a sus necesidades y nivel de progreso de enfermedad.
Persona en situación de cronicidad.	• Soporte asistencial a través de la coordinación entre atención primaria - secundaria y con intersector.



CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CALLE LARGA

Código:

Edición: 11/2020

Fecha: 30 de Noviembre de 2020

Página: 9 de 20

Vigencia: Noviembre de 2025

“ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADA EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCION, PREVENCION Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD”

<p>Familia y/o cuidador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desde atención primaria (equipo de sector) se dispondrá de una dupla (profesional, técnico), quien tendrá a su cargo la gestión y seguimiento de estas personas.
<p>Comunidad, instituciones del territorio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desde atención secundaria se dispondrá de profesional de enlace con competencias de enfoque sistémico que facilite la continuidad del cuidado en dicho nivel asistencial. • Desde atención secundaria y terciaria se generan estrategias para dar continuidad a la atención, por ejemplo, consultorías de especialidades. • Promover la responsabilidad de la persona en situación de cronicidad y familia en el cuidado. • Visita domiciliaria integral • Generar a través de las organizaciones sociales la vinculación y participación de personas que no tengan participación social. • Promover la participación en grupos de pares • Promover en el equipo de sector la auditoria aleatoria de casos clínicos como herramienta de mejora del proceso de atención • Velar por el cumplimiento de los beneficios que otorga la ley de discapacidad.

G2. MULTIMORBILIDAD. PERSONAS CON 2 A 4 CONDICIONES CRÓNICAS

Responsabilidad	Cuidados
<p>Atención primaria con apoyo puntual de especialista. Especifico según el caso a tratar.</p> <p>Persona en situación de cronicidad.</p> <p>Familia y/o cuidador.</p>	<p>Mantener el mayor tiempo posible a la persona en su medio habitual con el mejor nivel de cuidados y de calidad de vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento requerirá de participación de atención secundaria y de una mayor coordinación de los cuidados, definidos en el proceso clínico asistencial y en el protocolo que lo sustente. • Se combinan los cuidados profesionales con apoyo al automanejo. • Familia como apoyo y soporte para la persona, referente y figura de enlace para profesionales sanitarios.



CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CALLE LARGA

Código:
 Edición: 11/2020
 Fecha: 30 de Noviembre de 2020
 Página: 10 de 20
 Vigencia: Noviembre de 2025

“ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADA EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCION, PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD”

Comunidad, instituciones del territorio	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la responsabilidad de la persona en situación de cronicidad y familia en el cuidado. • Generar a través de las organizaciones sociales la vinculación y participación de personas que no tengan participación social. • Promover la formación de líderes comunitarios en las organizaciones sociales del territorio. • Promover en equipo la auditoria aleatoria de casos clínicos como herramienta de mejora del proceso de atención.
---	--

G1. PERSONAS CON UNA CONDICIÓN CRÓNICA Y/O PATOLOGÍA EN ESTADIO INICIAL	
Responsabilidad	Cuidados
Atención primaria. Persona en situación de cronicidad. Familia y/o cuidador. Comunidad, instituciones del territorio.	Limitar el avance de su condición de cronicidad, prevenir su agudización o evitar la aparición de complicaciones. <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a la información, a pruebas diagnósticas, a tecnologías, que les permitan una alta capacidad resolutive evitando con ello derivaciones innecesarias a otros niveles de atención. • Se combinan los cuidados profesionales con apoyo al automanejo. • Promover la responsabilidad de las personas en el automanejo • Generar a través de las organizaciones sociales la vinculación y participación de personas que no tengan participación social. • Promover la formación de líderes comunitarios en las organizaciones sociales del territorio.

G0. PERSONAS SANAS O CON PROCESOS AGUDOS NO SIGNIFICATIVO	
Responsabilidad	Cuidados
Atención primaria Comunidad Familias	Promoción de la salud y prevención de condiciones crónicas. Envejecimiento activo y una mejora de la calidad de vida de la población. <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de estilos de vida saludables.



CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CALLE LARGA

Código:

Edición: 11/2020

Fecha: 30 de Noviembre de 2020

Página: 11 de 20

Vigencia: Noviembre de 2025

“ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADA EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCION, PREVENCION Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD”

- Reducir exposición a factores de riesgo.
 - Promover educaciones con enfoque salutogenico •
- Controles de salud según curso de vida.

Creación de agendas multimorbilidad:

Se hace necesario poder generar controles de salud integrales para lograr un abordaje adecuado con los usuarios según el riesgo que padezcan. Por lo que los bloques de cada control deben ser atingentes al tipo de atención que se requiera.

Se establecen los siguientes bloques de atención:

- ✓ Multimorbilidad G3 Ingreso
- ✓ Multimorbilidad G3 Control
- ✓ Multimorbilidad G3 Seguimiento
- ✓ Multimorbilidad G3 VIDO
- ✓ Multimorbilidad G2 Ingreso
- ✓ Multimorbilidad G2 Control
- ✓ Multimorbilidad G2 Seguimiento
- ✓ Multimorbilidad G2 VIDO

No se considera aún la creación de agendas de usuarios con riesgo leve o G1, debido que a nivel de SS aún no se comienza a implementar la atención de estos usuarios.

Citación de usuarios multimorbilidad con riesgo alto o G3:

Como criterios de inclusión para citar a un usuario con riesgo alto o G3, el equipo de SOME debe revisar si este usuario cuenta con batería de exámenes actualizado para Ingreso integral con médico.

SOME debe ser capaz de visualizar la estratificación de riesgo que presenta al usuario al momento de citar, para poder agendar a usuario en el bloque que le corresponde, como se muestra a continuación:

- ✓ Ingreso Integral con riesgo alto G3: 45 minutos a 1 hora.
- ✓ Control Integral con riesgo alto G3: 30 a 45 minutos.
- ✓ VIDO integral con riesgo alto G3: 1 hora.



CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CALLE LARGA

Código:

Edición: 11/2020

Fecha: 30 de Noviembre de 2020

Página: 12 de 20

Vigencia: Noviembre de 2025

“ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADA EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCION, PREVENCION Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD”

- ✓ Seguimiento a distancia con riesgo alto G3: 15 minutos.

Registro del cuidado integral en personas con multimorbilidad:

- **Ingreso Integral (REM A05):** corresponde al número de personas con condiciones crónicas estratificadas como riesgo leve (G1), riesgo moderado (G2) y riesgo alto (G3) que ingresan a cuidados integrales, por única vez.
- **Plan de cuidados individuales elaborados (REM A05):** corresponde al conjunto de acciones acordadas entre el profesional de salud y la persona con condiciones crónicas con el fin de generar un cuidado integral que beneficie la salud de la persona. Dicho plan debe recolectar información y analizar en profundidad las necesidades físicas, psicológicas, psicosociales, espirituales, cognitivas, económicas y culturales de las personas.
- **Control integral (REM A01):** corresponde a la atención integral otorgada a personas con condiciones crónicas estratificadas como riesgo leve (G1), riesgo moderado (G2) y riesgo alto (G3).
- **Seguimiento a distancia (REM A01):** corresponde a toda actividad de acompañamiento a distancia que realiza la dupla profesional-técnico dirigida a personas con condiciones crónicas que se encuentran en el nivel de estratificación G3. Estas actividades pueden ser seguimiento telefónico o seguimiento remoto con equipamiento ad hoc.

Criterios de priorización para la atención:

Con el fin de organizar la atención de las personas con Multimorbilidad al interior del estrato G3, (Multimorbilidad con 5 o más condiciones crónicas), es decir, a quienes atender primero, especialmente cuando la demanda por atención a personas en G3, excede la capacidad del equipo de salud, se recomienda utilizar los siguientes criterios de priorización de la atención, los cuales deben ser aplicados de acuerdo a la información disponible, debiendo prevalecer las habilidades y el criterio clínico para ello.



CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CALLE LARGA

Código:

Edición: 11/2020

Fecha: 30 de Noviembre de 2020

Página: 13 de 20

Vigencia: Noviembre de 2025

“ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADA EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCION, PREVENCION Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD”

Estos criterios han sido seleccionados considerándolos como indicadores de descompensación de distintas patologías, lo que exige llevar a cabo controles y seguimiento más estricto, mejorando de esta manera la calidad de atención y acompañamiento de la persona en su problema de salud crónico.

Es deseable realizar esta priorización, para identificar y dar seguimiento apropiado a estos casos. La reevaluación de los casos debe considerar la posibilidad de mantener este nivel de priorización, o bien su retomo al nivel G3 de no priorizados, realizando sus controles establecidos habituales.

Tabla de criterios de priorización para los cuidados integrales de la Multimorbilidad con riesgo alto (G3).

Criterio de priorización	Puntaje
HbA1C >11%	1
Presión Arterial > o = 180/110 mmHg en al menos 2 tomas distintas de acuerdo a procedimiento estándar	1
Polifarmacia (> o = a 7 medicamentos distintos diarios)	1
Asistencia a urgencias por patología crónica en el último mes.	1
Hospitalización por patología crónica en los últimos 3 meses.	2
Amputación por DM hace menos de 6 meses.	2
Persona de 75 años y más que presenta 1 o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico funcional de autovalente con riesgo, en riesgo o dependiente.• Riesgo de caídas alto, evaluado por test "Get Up and Go"• No cuenta con redes de apoyo.• Hospitalización por patología aguda en los últimos 3 meses.	1
Úlcera activa en EEII	1
Ideación o intento suicida (registrada hace menos de 6 meses)	-1
Educación mayor a 12 años	-1
Redes de apoyo activas	-1



CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CALLE LARGA

Código:

Edición: 11/2020

Fecha: 30 de Noviembre de 2020

Página: 14 de 20

Vigencia: Noviembre de 2025

“ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADA EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCION, PREVENCION Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD”

Procedimiento de atención de usuarios G3 bajo Estrategia de Multimorbilidad.

Ingreso a Estrategia de Multimorbilidad: Todo usuario que esté estratificado como riesgo alto o G3 y decida pedir hora por “control crónico” a SOME, debe ser citado según al sector que le corresponde y bajo la estrategia como “Multimorbilidad G3 Ingreso” con médico. Esto siempre y cuando el usuario cuente con la batería de exámenes del PSCV actualizada (1 año de vigencia). De caso contrario, SOME debe citar a usuario con Nutricionista para generar nueva orden de exámenes. Tras esto, el usuario puede pedir ingreso integral con médico.

En esta atención, el médico debe realizar el control integral por las condiciones de cronicidad que presente el usuario, generando así el “Plan de Cuidados Integrales” en donde debe existir un consenso entre el médico y el usuario sobre la intervención que requiera y necesite para mantener su calidad de vida e impulse la compensación de sus condiciones crónicas. La derivación debe ser al equipo de sector del cual el usuario se le ha asignado y se debe proponer en el “Formulario Plan de Intervención” que debe ser llenado por el médico.

Por último, este debe realizar el “criterio de priorización de usuarios G3” para determinar si es un usuario G3 con mayor riesgo de descompensación y así clasificarlos como prioridad según el puntaje alcanzado.

Es deseable realizar esta priorización, para identificar y dar seguimiento apropiado a estos casos. La reevaluación de los casos debe considerar la posibilidad de mantener este nivel de priorización, o bien su retorno al nivel G3 de no priorizados, realizando sus controles establecidos habituales.

Luego de esto, el equipo gestor de multimorbilidad realizará monitoreo de cada usuario ingresado a la estrategia y establecer con Jefatura de SOME la citación de cada usuario con los profesionales asignados por el Plan de cuidados integrales según su sector.

Es importante considerar que cada usuario será intervenido además por el equipo gestor de multimorbilidad a través de “Visita domiciliaria integral” y “Seguimiento a distancia” a los usuarios con riesgo alto G3, enfatizando las atenciones en aquellos que presenten una prioridad según su riesgo de descompensación como se mencionó anteriormente.



CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CALLE LARGA

Código:

Edición: 11/2020

Fecha: 30 de Noviembre de 2020

Página: 15 de 20

Vigencia: Noviembre de 2025

**“ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADA EN LAS PERSONAS
PARA LA PROMOCION, PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN
CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD”**

Para poder citar a los usuarios de riesgo alto o G3 con los profesionales asignados en el Plan de cuidados integrales, se deberá realizar bajo el bloque de agenda “Multimorbilidad G3 Control” o “Multimorbilidad G3 VIDO” según sea la pertinencia de la derivación. En el caso de los “Seguimientos a Distancia” realizados por el TENS Gestor deberá ser bajo el bloque de agenda “Multimorbilidad G3 Seguimiento”.

Monitorear el avance del Plan de Intervención de cada usuario es de exclusiva responsabilidad del equipo gestor de Multimorbilidad.

Por un lado, deben ir monitoreando a través del “Seguimiento a Distancia” el estado general del usuario, su proceso de compensación y requerimientos de atención, además de realizar en conjunto con Jefatura de SOME, la derivación oportuna a los controles integrales que falten por realizar o el rescate telefónico respectivo para que cumplan con el Plan de cuidados integrales indicado en el Ingreso Médico.

Por último, el Profesional Gestor debe generar la revisión del Plan de cuidados integrales, en donde se debe visualizar si el usuario cumplió con las derivaciones realizadas por el médico en el Ingreso Integral. Tras eso, se debe clasificar si el plan cumple de forma total, parcial o no cumple lo establecido.



CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CALLE LARGA

Código:

Edición: 11/2020

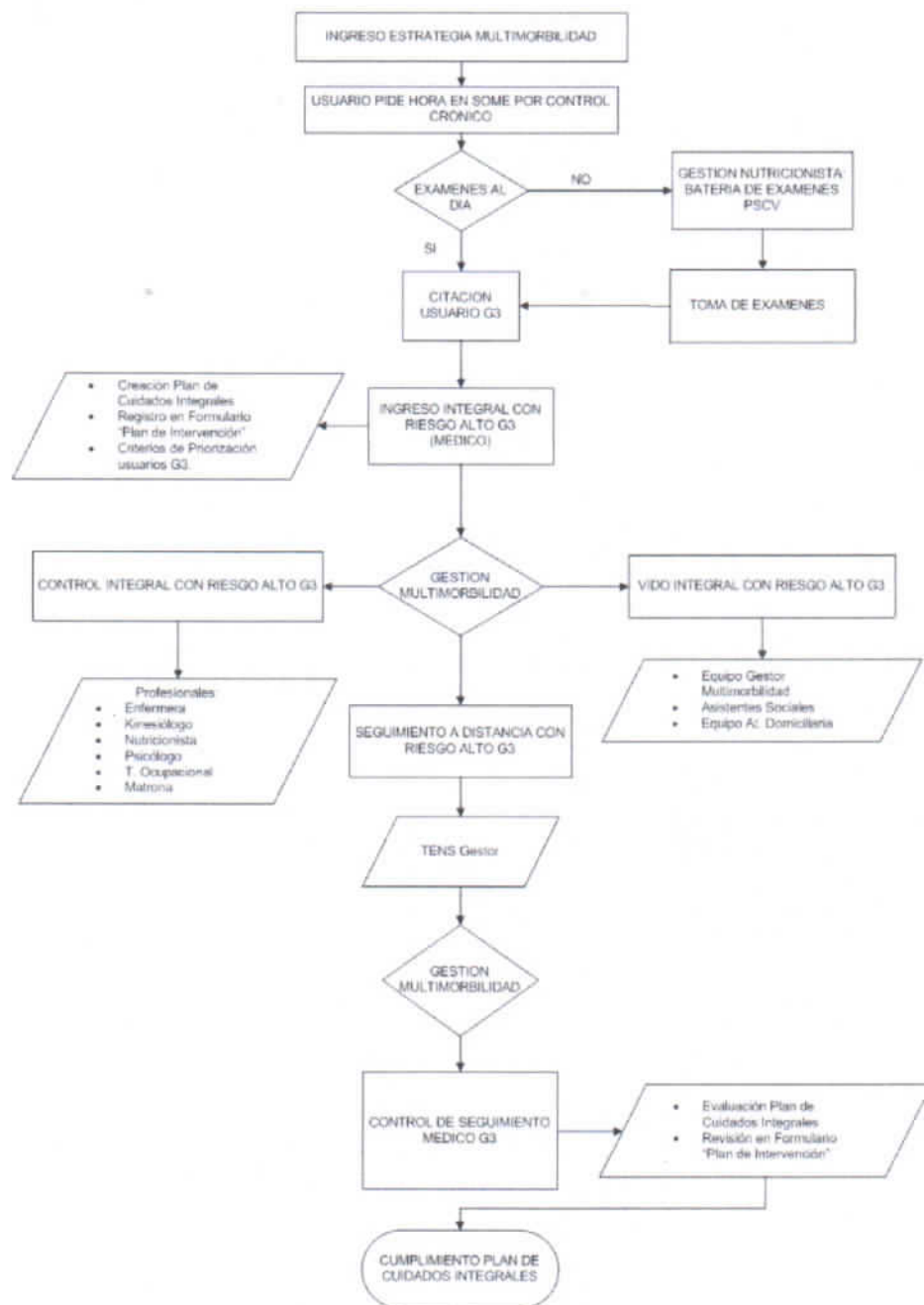
Fecha: 30 de Noviembre de 2020

Página: 16 de 20

Vigencia: Noviembre de 2025

“ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADA EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCION, PREVENCION Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD”

8- Flujoograma





CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CALLE LARGA

Código:

Edición: 11/2020

Fecha: 30 de Noviembre de 2020

Página: 17 de 20

Vigencia: Noviembre de 2025

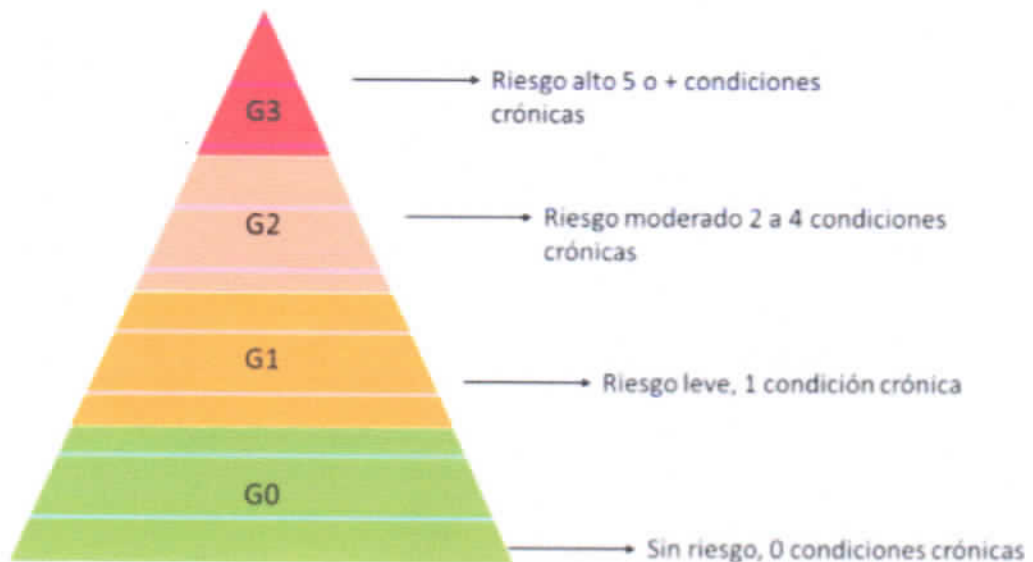
**“ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADA EN LAS PERSONAS
PARA LA PROMOCION, PREVENCION Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN
CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD”**

9-. Distribución

- Dirección del establecimiento
- Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente
- Subdirecciones del establecimiento
- Encargado/a MAISF
- Encargados/as de Programa
- Encargados/as de Sector
- Encargados/as de Posta
- Encargados/as de Unidad

10-. Anexos

Anexo nº1 - Pirámide de estratificación de riesgo.



Adaptada y modificada de: Pirámide de Kaiser permanente de riesgos modificada.



CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CALLE LARGA

Código:

Edición: 11/2020

Fecha: 30 de Noviembre de 2020

Página: 18 de 20

Vigencia: Noviembre de 2025

“ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADA EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCION, PREVENCION Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD”

Anexo n°2 - Listado de condiciones crónicas.

N°	Puntaje	PATOLOGÍA O CONDICIÓN	CIAP-2				CIE-10				
1	1	Consumo perjudicial o dependiente de alcohol	P19				Y91.2 - Y91.3- Y91.9	F10.1-9	Z72.1	Z71.4	
2	1	Tabaquismo	P22	P27			F17.1-9	Z72.0	Z71.6		T65.2
3	1	Consumo perjudicial o dependiente de droga como sustancia principal o poli consumo	P23	P24	P28	P29	F11-16	Z72.2	F18-19		
4	1	Anemia crónica	B78	B80	B81	B82	D50-53	D55-59	D60-64		
5	1	Trastornos alimentarios	T05				F50	F50.0-9			
6	1	Artritis REUMATOIDEA	M88				M05	M06			
7	1	Artrosis de rodilla, cadera u otro tipo	M89	M90	M91		M15	M16-19			
8	1	Asma	R96				J46	J45			
9	1	Catarata / Retinopatía	F92				H25	H26	H28	Q12	
10	1	Ceguera	F94				H54				
11	2	Demencia	P78				F00-03				
12	1	Depresión Leve o moderada					F33.4-9				
13	2	Depresión (Grave, Grave con ideación suicida, refractaria y con psicosis).	P86				F33.2-3				
14	2	Diabetes mellitus	T89	T90	W85		E10	E11-14			

N°	Puntaje	PATOLOGÍA O CONDICIÓN	CIAP-2				CIE-10				
15	1	Dificultades socioeconómicas o psicosociales	Z01-02-03-04-05-06-07-08-09-10					Z55-65			
16	1	Dislipidemias	T93				E78				
17	2	Enfermedad cerebrovascular / ACV / AVE	K91				G46	I67	I68	I64	
18	1	Isquemia cerebral transitoria (TIA)	K89				G45				
19	1	Enfermedad hepática	D23	D97	D72		K70	B18	K73-74	K71	
20	1	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	R95				J41	J42	J43	J44	
21	1	Enfermedad renal crónica	U99				I12	N15	N18.0	N19	
22	2	Enfermedad renal crónica avanzada							N18.4	N18.5	
23	2	Enfermedades cardiovasculares / IAM/ cardiopatía isquémica	K99	K75	K74	K76	I11	I51	I52	I20	I21-22, 25
24	1	Enteritis crónica / colitis ulcerosa / Crohn	O94				K50-52				
25	1	Epilepsia	N88				G40				
26	1	Esclerosis múltiple	N86				G35				
27	2	Esquizofrenia	P80				F20	F21	F22	F23	
28	1	Fibrilación auricular / flutter	K78				I48.0 I48.1 I48.2 I48.3 I48.4 I48.9	I49.0 I49.9			
29	2	Función limitada / discapacidad / dependencia	A, B, D, F, K, N, P, Y, L, R, S, T, U, W, X 28				R26	Z74	Z99		



CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CALLE LARGA

Código:

Edición: 11/2020

Fecha: 30 de Noviembre de 2020

Página: 19 de 20

Vigencia: Noviembre de 2025

“ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADA EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCION, PREVENCION Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD”

N°	Puntaje	PATOLOGÍA O CONDICIÓN	CIAP-2				CIE-10			
30	1	Glaucoma	F93				H40	H42		
31	1	Hiperuricemia	T92				M10			
32	1	Hipertensión	K86	K87			I10	I11	I12	I13
33	1	Hipertrofia prostática benigna	Y85				N40			
34	1	Trastornos tiroideos	T86	T85			E01	E02	E03	E05
35	1	Infección por VIH / SIDA	B90				B21-24			
36	1	Insuficiencia cardíaca	K77				I50			
37	1	Lupus	L99	S99			L93, L93.0, L93.1, L93.2,	M52, M52.0, M52.1, M52.8, M52.9		
38	1	Malignidad/Neoplasia/Tumor maligno/Cáncer No esp.	A79, R84-86, R92, S77, T71, U75-79, W72, X75-81, Y77-78, D74-78, F74, L71, L97, H75, K72, N74-N76				TODA LA LETRA C		LETRA D HASTA D48	
39	1	Maltrato físico / psicológico / violencia Intrafamiliar/Abuso Sexual/ideación e intento suicida	Z12	Z16	Z20	Z24-25	T74	Y07		
40	1	Dolor neuropático / fibromialgia	N92	L18			G50	M79.7		
41	1	Obesidad	T82				E66			
42	1	Parkinsonismo	N87				G20-26			
43	1	Presbiacusia / Hipoacusia / Sordera	H84-86				H90-91			
44	1	Trastornos de la coagulación	B83	B79			D68-69	D75	D77	

N°	Puntaje	PATOLOGÍA O CONDICIÓN	CIAP-2				CIE-10			
45	1	Retraso mental	P85				F70-79			
46	1	Arritmia cardíaca/ Taquicardia paroxística	K79-80				I47.0 I47.1 I47.2 I47.9	I49		
47	1	Trastorno Ansioso	P74- P79				F40-41-42			
48	1	Trastorno de la personalidad	P80				F60-62	F68-69		
49	1	Trastornos del sueño	P06				G47	F51		
50	1	Otros trastornos de Salud Mental	P99	P75	P81		F63-66			
51	1	Tuberculosis	A70				A15	A17-19		
52	1	Úlcera crónica de la piel	S97				IB3.0 y 2	IB3, IB3.0, IB3.1, IB3.2, IB3.9,	L97	L98.4



CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CALLE LARGA

Código:

Edición: 11/2020

Fecha: 30 de Noviembre de 2020

Página: 20 de 20

Vigencia: Noviembre de 2025

**“ESTRATEGIA DE CUIDADOS INTEGRALES CENTRADA EN LAS PERSONAS
PARA LA PROMOCION, PREVENCION Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN
CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD”**

11-. Tabla de Modificaciones

Edición número	Motivo del cambio	Fecha de aprobación