



# REM 2015

# SERIE P



## Contenido

RESUMEN ESTADISTICO REM-P1.....	3
RESUMEN ESTADÍSTICO REM-P2.....	12
RESUMEN ESTADISTICO REM-P3.....	19
RESUMEN ESTADISTICO REM-P4.....	26
RESUMEN ESTADÍSTICO REM-P5.....	34
RESUMEN ESTADÍSTICO REM-P6.....	41
RESUMEN ESTADÍSTICO REM-P7.....	47
RESUMEN ESTADISTICO REM-P8.....	50
RESUMEN ESTADISTICO REM-P10.....	51
RESUMEN ESTADISTICO REM-P11.....	63
RESUMEN ESTADISTICO REM-P12.....	65



## **RESUMEN ESTADISTICO REM-P1 POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER**

### **ESTRUCTURA REM-P.01**

#### **Atención Primaria De Salud.**

**Sección A: Población En Control Según Método De Regulación De Fertilidad.**

**Sección B: Gestantes En Control Con Riesgo Psicosocial.**

**Sección C: Gestantes En Riesgo Psicosocial Con Visita Domiciliaria Integral Realizada En El Semestre.**

**Sección D: Gestantes Y Mujeres De 8° Mes Post-Parto En Control, Según Estado Nutricional.**

**Sección E: Mujeres Y Gestantes En Control Con Consulta Nutricional.**

**Sección F: Mujeres En Control De Climaterio.**

**Sección G: Gestantes en Control con Ecografía por Trimestre de Gestación (en el Semestre)**

#### **Nivel Secundario**

**Sección H: Población En Control Por Patologías De Alto Riesgo Obstétrico.**

### **DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-P.01**

#### **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

#### **SECCIÓN A: POBLACIÓN EN CONTROL SEGÚN MÉTODO DE REGULACIÓN DE FERTILIDAD**

##### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:**

Total Población Bajo Control: Corresponde a las personas que se atienden en el Programa de Regulación de Fertilidad, en establecimientos con nivel primario de atención, según los siguientes métodos anticonceptivos: Dispositivo Intrauterino (DIU), Hormonal (Oral combinado y progestágeno, Inyectable combinado y progestágeno e Implante) y Preservativo (Mujer y Hombre).

Se considera como población bajo control a todas las personas que han sido atendidos por Médico Gineco-Obstetra o Matrona hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 11 meses y 29 días a la fecha del corte, periodo durante el cual, se activa el sistema de rescate de pacientes inasistentes.

Existe la excepción de las mujeres en control por el método Dispositivo Intrauterino, que después de diez años de inasistencia en que no ha sido removido este dispositivo, deja de ser población bajo control. Lo mismo ocurre con el método de Implante, que después de cuatro años de inasistencia de la mujer y en que no haya sido removido este método, deja de ser población bajo control.



Por lo tanto, para el resto de los métodos anticonceptivos, al pasar el plazo máximo de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa. Las inasistencias a control se producen por los siguientes motivos: si se constata que la persona no es ubicable, ha cambiado de inscripción a otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

**Pueblos Originarios:** Corresponde a las personas que se identifican o reconocen como parte de un pueblo indígena u originario, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud por algún método de regulación de fertilidad.

**Población Inmigrantes:** Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a chilena, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud por algún método de regulación de fertilidad.

**Mujeres en control que padecen enfermedad cardiovascular (DM / HTA):** corresponde a las mujeres que se encuentran en control por el Programa de Regulación de Fertilidad, y además padecen de alguna enfermedad cardiovascular como Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial, que a su vez se encuentran en control en el Programa de Salud Cardiovascular. El objetivo principal de controlar a esta población femenina, es detectar y prevenir complicaciones en futuros embarazos.

**Mujeres con Retiro de Implante Anticipado den el semestre (antes de los 3 años):** corresponde a las mujeres que se encuentran en control por el programa, las cuales han utilizado este método anticonceptivo hormonal y se les ha retirado anticipadamente desde su colocación, esto es antes de los 3 años.

**El implante de progestágeno:** es un anticonceptivo colocado subcutáneamente que libera esteroide a un ritmo constante en dosis diarias muy pequeñas suficiente para obtener el efecto anticonceptivo deseado.

**Método de Regulación de Fertilidad más Preservativo:** corresponde a las mujeres que se encuentran en control por el Programa de Regulación de Fertilidad que utilizan cualquier método anticonceptivo más Preservativo. Con el fin de lograr una adecuada salud reproductiva, reduciendo la mortalidad materna-perinatal, el embarazo no planificado y prevención de Infecciones Transmisión Sexual. Los métodos utilizados pueden ser: Dispositivo Intrauterino (DIU) más Preservativos, Hormonal (Oral combinado y progestágeno, Inyectable combinado y progestágeno e Implante) más Preservativos.

## **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:**

**Sección A:** se registra el número de mujeres que se encuentran bajo control en el programa a la fecha de corte (30 de Junio o 31 de Diciembre), por método anticonceptivo y según edad de las mujeres controladas.

Las mujeres bajo control pertenecientes a "pueblos originarios y población inmigrantes" deben estar contenidas en los registros según edad de las mujeres controladas, por método anticonceptivo.



Las mujeres bajo control que “padecen de enfermedades cardiovasculares (diabetes y/o hipertensión)” NO deben estar contenidas en los registros según edad de las mujeres controladas, es un dato ilustrativo de aquellas pacientes que están en control y que además presentan alguna afección de tipo cardiovascular.

Las mujeres con “retiro de implante anticipado” NO deben estar contenidas en los registros según edad de las mujeres controladas es un dato ilustrativo de aquellas actividades realizadas antes del período de término.

Las mujeres con Método de Regulación de Fertilidad más Preservativo, NO deben estar contenidas en los registros según edad de las mujeres controladas es un dato ilustrativo.

## **SECCIÓN B: GESTANTES EN CONTROL CON RIESGO PSICOSOCIAL.**

### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:**

Total de Gestantes en Control: Corresponde a las mujeres gestantes que han sido controladas por su embarazo, control realizado por Médico Gineco-Obstetra o Matrona, y que han sido evaluadas con aplicación de la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada, según la norma, con obtención de resultado con o sin riesgo psicosocial.

Se considera como población bajo control a todas las gestantes que tienen citación para próximo control con los mismos profesionales anteriormente mencionados, hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 29 días a la fecha del corte, periodo durante el cual, se activa el sistema de rescate de pacientes inasistentes.

Al pasar el plazo máximo de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de “población en control” por esta causa. Las inasistencias a control se producen por los siguientes motivos: el Obstetra la da de alta, ocurre el parto, se constata que no es ubicable, se ha inscrito en otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

Gestantes en riesgo psicosocial: Corresponde a las mujeres gestantes que, a la fecha del corte, han sido controladas por su embarazo y que presentan riesgo psicosocial.

Gestantes que presentan violencia de género: Corresponde a las mujeres gestantes que han sido controladas por su embarazo y que presentan violencia de género, detectada a través de la aplicación de la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada o a través de la anamnesis realizada en el control, a la fecha del corte.

Estas mujeres son derivadas para ingresar a control de Violencia de Género del Programa de Salud Mental del establecimiento.

Gestantes que Presenta Alto Riesgo Obstétrico (ARO): La asignación de alto riesgo obstétrico (ARO) se basa en la historia y ultrasonido. Una vez efectuada la asignación de riesgo, las embarazadas calificadas como de alto riesgo deben ser controladas en el nivel secundario o terciario, con una frecuencia que varía de acuerdo al factor de riesgo.



Población Inmigrantes: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a chilena, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud por algún método de regulación de fertilidad.

## **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:**

Sección B: se registra el número total de mujeres gestantes, las gestantes que se encuentran en riesgo psicosocial y las gestantes que presentan violencia de género, que se encuentran bajo control en el establecimiento a la fecha de corte, según edad de las mujeres gestantes controladas.

Las gestantes bajo control registradas en riesgo psicosocial deben estar incluidas en el registro total de gestantes bajo control.

Las gestantes bajo control registradas que presentan violencia de género deben estar incluidas en el registro total de gestantes bajo control y NO pueden ser mayor que el registro de gestantes en riesgo psicosocial. (Según aplicación de la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada aplicada en el control.

Las gestantes bajo control registradas en gestantes que presentan ARO deben estar incluidas en el registro total de gestantes bajo control.

Las gestantes bajo control registradas en población inmigrantes deben estar incluidas en el registro total de gestantes bajo control.

## **SECCIÓN C: GESTANTES EN RIESGO PSICOSOCIAL CON VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL REALIZADA EN EL SEMESTRE.**

### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:**

Visita Domiciliaria Integral: es una modalidad de prestación de salud en domicilio, caracterizada como la actividad de "relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia, solicitada por la familia o sugerida por el equipo y en que la necesidad de identificar elementos del entorno o de la dinámica se hace relevante, como base de un trabajo de apoyo acompañamiento al grupo familiar. Esta actividad debe ser acordada con la familia y es realizada por un equipo del establecimiento que puede estar compuesta por médico y/o profesionales (Enfermera, Matrona, Trabajadores Sociales, etc.).



Nº Gestantes con VDI: corresponde al número de gestantes en riesgo psicosocial que a la fecha del corte han recibido 1, 2, 3, 4 o más visitas domiciliarias integrales.

Total de Visitas: corresponde a la cantidad de visitas domiciliarias integrales realizadas a pacientes en riesgo psicosocial.

### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:**

Sección C: se registra el número de mujeres gestantes en riesgo psicosocial que recibieron 1 o más visitas domiciliarias integrales en el semestre.

El registro de las gestantes que reciben 4 o más visitas domiciliarias integrales en el semestre, deberá especificar el número total de visitas efectuadas por gestante controlada.

### **SECCION D: GESTANTES Y MUJERES DE 8º MES POST-PARTO EN CONTROL, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL.**

#### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:**

Gestantes en control: Corresponde a las mujeres gestantes que se encuentran con control y están clasificadas según su estado nutricional (normal, sobrepeso, obesa, bajo peso) a la fecha de corte.

Control al 8º Mes post parto: Corresponde a las mujeres que se encuentran bajo control en el establecimiento, las cuales han sido evaluadas por Médico, Matrona o Nutricionista al 8º mes post parto, durante el semestre, y se clasifican en normal, sobrepeso, obesa, bajo peso. El objetivo principal es medir su condición nutricional al 8º mes de puerperio para evaluar el impacto de las intervenciones previas (consulta nutricional al 3º y 6º mes post- parto y controles de salud durante este periodo).

#### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:**

Sección D: se registra el número de mujeres gestantes bajo control a la fecha de corte según edad y clasificación de su estado nutricional.

El Total de gestantes clasificadas según su estado nutricional debe ser igual al Total de gestantes en control registradas en la sección B, según el grupo de edad correspondiente.

También, se registra en esta sección el número de mujeres que recibieron el control al 8vo mes post parto durante el semestre, clasificadas según su estado nutricional y por el grupo de edad correspondiente.



## **SECCION E: MUJERES Y GESTANTES EN CONTROL CON CONSULTA NUTRICIONAL.**

### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:**

Consulta Nutricional: Corresponde a las mujeres y gestantes que se encuentran bajo control en el establecimiento, a la fecha de corte, y han recibido consulta nutricional (atención dietética o dieto terapéutica) proporcionada por nutricionista.

Las mujeres gestantes reciben consulta nutricional por malnutrición por déficit (bajo peso) o por exceso (sobrepeso y obesidad) y las mujeres en etapa de puerperio reciben consulta nutricional al 3º y 6º mes post parto.

Las acciones contempladas en esta consulta son: dar cumplimiento a las 10 acciones contempladas en la norma del programa de la mujer (anamnesis clínica y nutricional, estudio dietético, encuesta alimentaria, antropometría, examen físico, adecuación de nutrientes, prescripción dietética y/o dieto terapéutica, entre otras).

### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:**

Sección E: se registra el número de mujeres y gestantes que se encuentran bajo control a la fecha de corte y han recibido "consulta nutricional", por malnutrición por déficit o exceso.

Las mujeres que reciben consulta nutricional al 6to mes post parto, serán evaluadas nuevamente al 8vo mes post parto, las cuales se registrarán en sección D, según su estado nutricional.

## **SECCION F: MUJERES EN CONTROL DE CLIMATERIO**

### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:**

Población en Control: Corresponde a las mujeres, entre 45 y 64 años, que han sido atendidas en el Programa de Control de Climaterio, por Médico Gineco-Obstetra o Matrona, a la fecha de corte.

Se considera como población bajo control a todas las mujeres que tienen citación para próximo control con los mismos profesionales anteriormente mencionados, hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 29 días a la fecha del corte, periodo durante el cual, se activa el sistema de rescate de pacientes inasistentes.

Al pasar el plazo máximo de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa. Las inasistencias a control se producen por los siguientes motivos: si se constata que la mujer no es ubicable, ha cambiado de inscripción a otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

Menopause Rating Scale (MRS): es una escala bien definida estandarizada de autoevaluación de los síntomas menopáusicos que permiten, de una manera práctica y relativamente rápida, evaluar las condiciones en que se encuentra la mujer y a su vez evaluar el impacto de cualquier intervención médica en relación a diferentes aspectos que apuntan a mejorar la Calidad de Vida de la Mujer Menopáusica.





Corresponde a las mujeres que han sido atendidas en el Programa de Control de Climaterio, por Médico Gineco-Obstetra o Matrona, a la fecha de corte.

Mujeres con pauta aplicada MRS: se refiere a las mujeres que se encuentran bajo control en el establecimiento a la fecha de corte, a las cuales se les ha aplicado la Pauta MRS.

Mujeres con puntaje elevado de MRS: corresponde a las mujeres que se encuentran bajo control en el establecimiento a la fecha de corte, a las cuales se les ha aplicado la Pauta MRS y que su resultado es igual o mayor a 23 puntos, cuyos resultados son: 23 a 33 que se refiere a "molestia severa" o 34 a 44 que se refiere a "molestia intolerable".

Mujeres con aplicación de terapia hormonal de reemplazo según MRS: Los objetivos de la terapia de reemplazo hormonal son mejorar la calidad de vida en el período climatérico, reducir el riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares y disminuir el riesgo de fracturas.

Son las mujeres que en la Escala MRS obtienen el puntaje necesario para ser candidatas a utilizar esta terapia. Se miden los ámbitos de compromiso de calidad de vida de la mujer climatérica, que tengan riesgo cardiovascular y/o riesgo de osteoporosis.

#### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F:**

Sección F: se registra el número total de mujeres en control de climaterio a la fecha de corte. Además, se registra el número de mujeres bajo control con "pauta aplicada MRS", el número de mujeres que obtuvieron "puntaje elevado de MRS", y el número de mujeres con "terapia hormonal de reemplazo según MSR".

La población en control de mujeres por climaterio NO debe ser menor al número de mujeres con pauta aplicada MSR.

El número de mujeres con puntaje elevado de MSR NO debe ser mayor al número mujeres con pauta aplicada MSR.

El número de mujeres con aplicación de terapia hormonal de reemplazo según MRS NO debe ser mayor al número de mujeres con puntaje elevado de MSR.

#### **SECCION H: GESTANTES EN CONTROL DE CON ECOGRAFÍA POR TRIMESTRE DE GESTACION (EN EL SEMESTRE)**

##### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN H:**

En Chile la recomendación ha sido realizar tres exámenes ultrasonograficos durante la gestación. En esta sección se deben registrar las gestantes bajo control en APS que tienen realizada ecografía obstétrica por trimestre de gestación.

Ecografía de primer trimestre (11-13+6 semanas)

Los objetivos iniciales de la ecografía de primer trimestre fueron confirmar viabilidad fetal, determinar el número de fetos y el establecimiento de una edad gestacional



segura que permita un manejo adecuado del embarazo. Sin embargo, en los últimos años el desarrollo de nuevas investigaciones ha permitido incorporar nuevos objetivos a esta ecografía, los que pueden evaluarse adecuadamente en el primer trimestre tardío, específicamente entre la 11 y 13+6 semanas. De esta manera, la incorporación de la Translucencia Nucal (TN) y otros marcadores de aneuploidia a la medición de la longitud céfalo-nalgas (LCN) ha modificado las exigencias de esta ecografía.

#### Ecografía de segundo trimestres de 22-24 semanas

El objetivo de un método de screening, es la pesquisa de una condición prevalente y que además tenga una estrategia preventiva o terapéutica adecuada, de tal manera que la implementación de este método permita una intervención oportuna, con el fin de reducir las complicaciones propias de la condición patológica. En este sentido, la ecografía de las 22-24 semanas cumple con este precepto, pues es capaz de pesquisar oportunamente factores de riesgo o condiciones que se asocian con malos resultados perinatales, permitiendo la intervención en algunas de estas situaciones.

#### Ecografía de tercer trimestres de las 30 a 34 semanas.

La ecografía entre las 30-34 semanas es útil en evaluación de crecimiento fetal, pero no mejora los resultados perinatales

#### Total de Gestantes con Ecografías del extrasistema.

Las ecografías pueden ser realizadas tanto en la red pública como red privada. Las gestantes tiene la oportunidad de llevar las ecografías del extrasistema a sus controles. Permitiendo tener al día la recomendación señalada. Esta información es útil para conocer el déficit que existe en la red pública.



## **NIVEL SECUNDARIO**

### **SECCION H: POBLACIÓN EN CONTROL POR PATOLOGÍAS DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO.**

#### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN G:**

Corresponde a las mujeres gestantes que se encuentran bajo control por Médico Obstetra en las Unidades de Alto Riesgo Obstétrico del Nivel, por ser portadoras de una o más de las siguientes patologías: Preeclampsia (PE) , Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE), Factores de riesgo y condicionantes de Parto Prematuro, Retardo Crecimiento Intrauterino (RCIU ), SÍFILIS, VIH, Diabetes Pre Gestacional, Diabetes Gestacional, Cesárea anterior, Malformación Congénita, Anemia, Cardiopatías, Pielonefritis, Rh(-) sensibilizada, Placenta previa, Chagas, Colestasia Intrahepática de Embarazo, Otras patologías del embarazo (HTA, Crónica, Nefropatía, Cardiopatía, etc.).

Se considera como población bajo control a todas las gestantes que tienen citación para próximo control con los mismos profesionales anteriormente mencionados, hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 29 días a la fecha del corte, periodo durante el cual, se activa el sistema de rescate de pacientes inasistentes.

Al pasar el plazo máximo de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa. Las inasistencias a control se producen por los siguientes motivos: el Obstetra la da de alta, ocurre el parto, se constata que no es ubicable, se ha inscrito en otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

#### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN G:**

Sección G: se registra el número de mujeres gestantes en control a la fecha de corte, que son contraladas por patologías de alto riesgo obstétrico, según la patología o las patologías que padecen.



## **RESUMEN ESTADÍSTICO REM-P2 POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO**

### **ESTRUCTURA REM-P.02**

**Sección A: Población En Control, Según Estado Nutricional.**

**Sección B: Población En Control Según Resultado De Pauta De Observación De La Relación Vincular.**

**Sección C: Población En Control Según Resultado De Evaluación Del Desarrollo Psicomotor.**

**Sección D: Población Menor De 1 Año En Control, Según Score Riesgo En Ira Y Visita Domiciliaria Integral En El Semestre.**

**Sección E: Población En Control En El Semestre Con Consulta Nutricional, Según Estrategia.**

**Sección F: Población Inasistente A Control Del Niño Sano (Al Corte).**

**Sección G: Población Infantil Según Diagnóstico De Presión Arterial (Incluida En Sección A).**

**Sección H: Población Infantil Eutrófica, Según Riesgo De Malnutrición Por Exceso (Incluida En Sección A).**

### **DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-P.02**

#### **SECCIÓN A: POBLACIÓN EN CONTROL SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL.**

##### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:**

Total de niños en control: Corresponde a la población infantil de niños (as) menores de 9 años que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, y que han sido evaluados según su estado nutricional, de acuerdo a la Norma vigente y los indicadores peso/edad, peso/talla, talla/edad, por desviaciones estándar y diagnóstico de Estado Nutricional Integrado: Normal, Riesgo de Desnutrir, Desnutrido, Sobrepeso, Obeso y Desnutridos Secundarios.

Se consideran también, a los niños (as) cuyos controles han sido realizados por Matrona al Recién Nacido en actividad Puérpera – Recién Nacido, o por Médico o Enfermera desde el Recién Nacido hasta los 9 años de edad, siempre que tengan una citación para un próximo control con Médico o Enfermera y/o consulta con Nutricionista en los grupos de niños de 5 meses y 3 años 6 meses con Estado Nutricional Normal, hasta un plazo máximo de inasistencia según edad:

- Menores de 1 año: 3 meses de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.
- De 12 a 23 meses: 6 meses de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.
- De 24 meses hasta 5 años 11 meses: 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.



- De 6 años hasta 9 años: 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.

Periodo durante el cual, debe activarse el sistema de rescate de inasistentes.

Al pasar los plazos de inasistencia según edad, desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa; o por egreso: si se constata que el niño(a) no es ubicable, ha cambiado de previsión de salud, se ha inscrito en otro Centro de Salud, o ha fallecido.

Pueblos Originarios: Corresponde a los niños(as) que se identifican con pueblo indígena u originario, y se encuentran bajo control en el Programa Infantil del establecimiento de salud.

Población Inmigrante: Corresponde a los niños(as) cuya nacionalidad es distinta a chilena, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud.

Importante recordar que hijos de inmigrantes nacidos en Chile, tiene nacionalidad chilena.

#### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:**

Sección A: se registra el número de niños (as) bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo de los niños(as), especificando los indicadores nutricionales y parámetros de medición. Además se registran los niños (as) que pertenecen o se auto reconocen con pueblo indígena u originario.

La sumatoria de los niños(as) registrados en el diagnóstico nutricional integrado, más los niños(as) calificados como desnutridos secundarios, debe ser coincidente con el total de población en control.

El diagnóstico nutricional integrado no necesariamente debe ser concordante con la clasificación de los 3 indicadores Peso/Edad, Peso/Talla, Talla/Edad, así:

- los niños y niñas que caen en  $-1$  DS no necesariamente son todos riesgo nutricional (Riesgo de desnutrir), algunos pueden ser eutróficos (Normales) (delgados constitucionales).
- pero sí todos los niños(as) con  $-2$  DS P/E hasta 1 año \*(hasta 11 meses 29 días) o  $-2$ DS P/T en los mayores de 1 año \*(de 12 meses, hasta 5 años 11 meses 29 días), serán clasificados como desnutridos.
- también los niños(as)  $+2$  DS y  $+1$  DS serán diagnosticados como obesos y sobrepeso, respectivamente salvo los menores de 1 año, que reciben clasificaciones especial en estos tramos.

Los niños (as) registrados en Pueblos Originarios y Población Inmigrantes deben estar contenidos en los registros según edad, sexo y los indicadores nutricionales.



## **SECCIÓN B: POBLACIÓN EN CONTROL SEGÚN RESULTADO DE PAUTA DE OBSERVACIÓN DE LA RELACIÓN VINCULAR.**

### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:**

Corresponde a los niños y niñas de 4 y 12 meses de edad que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, a los cuales se les ha aplicado la "Pauta de Observación de la Relación Vincular", (Escala Massie-Campbell)\* integrada al control de salud, obteniendo los siguientes resultados: Apego Seguro, Apego Evitante o Apego Ambivalente.

La aplicación de la "Pauta de Observación de la Relación Vincular" es un Indicador de Apego Madre-Hijo/Hija en Situaciones de Stress (abreviada como la escala ADS) se aplica en los Controles de Salud a los 4 y 12 meses de edad, como parte de la evaluación del desarrollo integral del niño y la niña en el ciclo vital y como una actividad relacionada a las gestantes del Programa "Chile Crece Contigo". Esta pauta será aplicada por profesionales con entrenamiento y certificación (validados) por el Ministerio de Salud cada 3 años.

### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:**

Sección B: se registra el número de niños (as) bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo de los niños(as), especificando el resultado obtenido en la pauta de observación de la relación vincular aplicada.

## **SECCIÓN C: POBLACIÓN EN CONTROL SEGÚN RESULTADO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.**

### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:**

Corresponde a los niños y niñas menores de 6 años que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, a los cuales se les ha aplicado, la "Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor" (EEDP) de 1 a 23 meses según norma, y el "Test de Desarrollo Psicomotor" (TEPSI) de 2 a 5 años, según norma. Ambos integrados al control de salud, obteniendo los siguientes resultados: Normal, Riesgo o Retraso.

De la aplicación de estos test, se puede obtener el dato de los niños y niñas con rezago. Se entiende por rezago el atraso de desarrollo de una o más de las áreas que se evalúan en niños "con resultado de EEDP o TEPSI Normal" además se consideran niños y niñas con rezago a los que se les aplicó Pauta Breve y en que su resultado fue "pauta breve alterada". Las áreas en el EEDP son: Coordinación, Motora, Lenguaje y Social; en el TEPSI: Coordinación, Motora y Lenguaje.



### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:**

Sección C: se registra el número de niños (as) bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo de los niños(as), especificando el resultado obtenido de la evaluación del desarrollo psicomotor aplicada.

### **SECCIÓN D: POBLACIÓN MENOR DE 1 AÑO EN CONTROL, SEGÚN SCORE RIESGO EN IRA Y VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL EN EL SEMESTRE.**

#### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:**

Corresponde a los niños y niñas que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, de 1 a 6 meses, que ha recibido la aplicación del score de riesgo de morir por bronconeumonía, según norma, integrado al control de salud. Obteniendo los siguientes resultados: Riesgo Leve, Riesgo Moderado, Riesgo Grave.

Además se consigna el total de niños que han recibido visita domiciliaria integral según el score de riesgo obtenido, al corte.

#### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:**

Sección D: se registra el número de niños (as) bajo control a la fecha de corte, según edad, especificando el resultado obtenido en la aplicación de score riesgo en IRA.

### **SECCION E: POBLACIÓN EN CONTROL EN EL SEMESTRE CON CONSULTA NUTRICIONAL, SEGÚN ESTRATEGIA.**

#### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:**

Con el objetivo de avanzar hacia la meta de reducir la malnutrición por exceso en la población y dado el carácter promocional de la Consulta Nutricional de los 5 meses y 3 años y medio de vida, se les recuerda que dichas prestaciones tienen un carácter universal, es decir deberán ser entregadas a la totalidad de la población independiente de su diagnóstico nutricional, según lo establecido en la Norma Técnica del Programa Nacional de Salud de la Infancia. Esta indicación ha sido acordada por la División de Atención Primaria de Salud (DIVAP), la División de Políticas Saludables y Promoción (DIPOL) y la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE).

A continuación se indica la definición y la fórmula de cálculo de la cobertura de estas prestaciones, a saber:

Consulta Nutricional 5 meses: Es la atención nutricional de carácter promocional destinada a fortalecer la lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes y complementada posteriormente; y a indicar la correcta introducción de la alimentación sólida al 6to mes, con énfasis en el fomento de



hábitos de alimentación saludable, evitando la introducción precoz de alimentos de alta densidad calórica, adición de sal y azúcares.

Consulta Nutricional 3 años 6 meses: Es la atención nutricional con componente bucal, dirigida a fortalecer un estilo de vida saludable, con énfasis en alimentación saludable (Guías Alimentarias, evitar golosinas, exceso de azúcares y sal, y promover consumo de agua) y actividad física. Esta prestación posee un componente de salud bucal que considera: refuerzo de higiene con cepillo y pasta fluorada (500 ppm); y control de malos hábitos bucales.

Corresponde a los niños y niñas que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, clasificados como Normal según estado nutricional y han recibido consulta nutricional a los 5 meses y a los 3 años 6 meses, según norma vigente.

Información: los niños y niñas que antes de esta edad ya presentaban malnutrición por exceso (Sobrepeso, Obeso) o por déficit (Riesgo de desnutrir o Desnutrido) ya se encuentran en consulta con Nutricionista.

(\*) Fuente: "Manual para el Apoyo y seguimiento de Desarrollo Psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años" MINSAL, Septiembre 2008. Resolución Exenta 454, 29 Julio 2008.





## **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:**

Sección E:

Consulta Nutricional del 5to mes: corresponde registrar el número de niños que han recibido esta consulta durante el semestre, del total de niños que al momento del corte se encuentran bajo control, cumpliendo con las especificaciones técnicas antes mencionadas.

Consulta de los 3 años y 6 meses: corresponde registrar el número de niños que han recibido esta consulta durante el semestre, del total de niños que al momento del corte se encuentran bajo control, cumpliendo con las especificaciones técnicas antes mencionadas.

## **SECCION F: POBLACIÓN INASISTENTE A CONTROL DEL NIÑO SANO (AL CORTE).**

### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:**

Corresponde a los niños(as) que no acudieron a control el día que estaban citados y que se encuentran en los plazos máximos de inasistencia según edad.

Se considera inasistente a todo niño(a) que no haya asistido a control el día que estaba citado hasta un plazo máximo según edad:

Rango de edad	Criterio de inasistencia
0 a 11 meses	3 meses de inasistencia desde la última citación
12 a 24 meses	6 meses de inasistencia desde la última citación
2 a 9 años	1 año de inasistencia desde la última citación

Estos niños(as) deberían ser rescatados antes de cumplir estos plazos máximos, con prioridad en menores de 2 años.

### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F:**

Sección F: se registra el número de niños(as) que se encuentran "inasistentes" a su control de salud, a la fecha de corte, por grupo de edad.



## **SECCIÓN G: POBLACIÓN INFANTIL SEGÚN DIAGNÓSTICO DE PRESIÓN ARTERIAL (Incluida en la sección A).**

### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN G:**

Es la medición de Presión Arterial a los niño(a)s bajo control, al corte, entre 3 y 9 años que se realizará en el Control de Salud.

La medición se clasificará en Normal (PA menor al percentil 90), Pre-Hipertensión (PA entre percentil 90 al 95), Etapa 1 (PA percentil 95 al 99) y Etapa 2 (PA mayor al percentil 99).

### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN G:**

Sección G: se registra el número de niño(a)s según resultado de medición de Presión Arterial, a la fecha de corte, por grupo de edad. El total de niño(a)s por grupo etario no puede ser mayor que la población bajo control de los grupos etarios específicos incluidos en la sección A.

## **SECCIÓN H: POBLACIÓN INFANTIL EUTRÓFICA, SEGÚN RIESGO DE MALNUTRICIÓN POR EXCESO (Incluida en la sección A).**

### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN H:**

Se registra el número de niño(a)s eutróficos bajo control, al corte, que han sido atendidos en Control de Salud o Consulta Nutricional a los que se les evaluará su estado nutricional y se verificará si tienen o no riesgo de malnutrición por exceso.

### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN H:**

Sección H: se registra el número de niño(a)s eutróficos a los que se les evalúa el riesgo de malnutrir por exceso. El Total de niño(a)s evaluados no debe ser mayor a los presentes en la población bajo control de niño(a)s presentes en la sección A y catalogado con diagnóstico nutricional integrado 'normal'.



## **RESUMEN ESTADISTICO REM-P3 POBLACIÓN EN CONTROL - POBLACIÓN EN CONTROL OTROS PROGRAMAS**

### **ESTRUCTURA REM-P.03**

**Sección A: Existencia De Población En Control.**  
**Sección B: Cuidadores De Pacientes Con Dependencia Severa.**  
**Sección C: Población En Control En Programa De Rehabilitación Pulmonar En Sala Ira-Era.**  
**Sección D: Nivel De Control De Población Respiratoria Crónica**

### **DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-P.03**

#### **SECCIÓN A: EXISTENCIA DE POBLACIÓN EN CONTROL:**

##### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:**

##### **POBLACIÓN EN CONTROL:**

Personas en control con Médico, Enfermera/o, Kinesiólogo/a y/o Nutricionista, según grupo de edad, sexo, problema de salud o condición, a la fecha de corte y que tienen una citación para un próximo control con alguno de estos profesionales, hasta un plazo máximo de inasistencia.

Al pasar los plazos de inasistencia según edad desde la última citación se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa; o egreso por abandono: si se constata que no es ubicable, ha cambiado de previsión de salud, o egreso por traslado: ha cambiado su inscripción a otro Centro de Salud o ha fallecido.

En particular, para menores de 10 años, se tiene lo siguiente:

Menores de 1 año: 2 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.

De 12 a 23 meses: 5 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.

De 24 meses hasta 5 años 11 meses 29 días: 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte. Periodo durante el cual, se activan los sistemas de rescate de inasistentes.

Los niños/as prematuros con menos de 1.500 gramos o la menor de 32 semanas de gestación, son controlados para su evaluación y seguimiento hasta los 7 años de vida.



**Síndrome Bronquial Obstructiva Recurrente (SBOR):** Cuadro clínico de 3 o más episodios de obstrucción bronquial durante los dos primeros años de vida. Se deben categorizar en Leve, Moderado y Severo es una enfermedad que afecta a los bronquios. Se caracteriza por la inflamación y estrechamiento de la pared bronquial e hipersecreción de mucus (flemas) que se acumula en el interior (lumen), lo cual lleva a la obstrucción de los bronquios dificultando el paso del aire.

**Asma Bronquial:** Enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, caracterizada por obstrucción bronquial a distintos estímulos, total o parcialmente reversible, cuya evolución puede conducir a una modificación estructural de dichas vías (remodelación), provocando una obstrucción bronquial no reversible. Las personas bajo control con diagnóstico confirmado según norma Minsal, deben categorizarse en Leve (Clasificación Intermitente y Persistente leve), Moderado (Clasificación Persistente moderada) y Severo (Clasificación Persistente Severa)

**Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC):** Se caracteriza por un fenómeno inflamatorio de la vía aérea responsable del aumento de la resistencia al paso del aire y que se acompaña de importantes síntomas sistémicos. Las personas bajo control con diagnóstico confirmado según norma Minsal, deben categorizarse en etapa A y B.

**Otras Respiratorias Crónicas:** Personas en control por enfermedades respiratorias crónicas, incluye las siguientes patologías: displasia broncopulmonar, enfermedad pulmonar difusa, LCFA, silicosis, enfisema pulmonar, bronquiectasias, malformaciones pulmonares congénitas, disquinesia ciliar, bronquiolititis obliterante, neumoconiosis.

**Oxígeno Dependiente:** Personas en control por enfermedades respiratorias crónicas que requieren de oxígeno como parte de su tratamiento y usuarios pertenecientes a los programas ventilatorios en control.

**Fibrosis Quística:** es la enfermedad autosómica recesiva letal más frecuente en raza blanca, con defecto de la proteína CFTR que provoca un trastorno del transporte de cloro y sodio por las células de los epitelios respiratorios, páncreas. La eliminación del sudor con altas concentraciones de cloro confirman el diagnóstico.

**Epilepsia:** Personas en control por enfermedad crónica caracterizada por uno o varios trastornos neurológicos que deja una predisposición en el cerebro para generar convulsiones recurrentes.

**Enfermedad De Parkinson:** Personas en control por enfermedad neurodegenerativas denominada Parkinson. **Artrosis De Cadera Y Rodilla:** Personas en control por enfermedad articular situada en caderas o rodillas.

**Artrosis De Cadera Y Rodilla:** Personas en control por enfermedad articular situada en caderas o rodillas.

**Alivio Del Dolor:** Personas en control por cuidados paliativos del dolor.

**Hipotiroidismo:** Personas en control, al corte, por hipotiroidismo. Es la deficiencia en la producción de hormonas tiroideas, la cual afecta aproximadamente a un 5% de la población. Ocurre cuando la glándula tiroidea está dañada y no es capaz de producir las hormonas tiroideas suficientes para mantener el metabolismo del cuerpo normal.

**Dependencia Leve:** Personas que presentan algún grado de dependencia física, psíquica o multifactorial, en control, que en aplicación de Índice de Barthel, obtiene un puntaje mayor o igual a 60 puntos.



**Dependencia Moderada:** Personas que presentan algún grado de dependencia física, psíquica o multifidit, en control, que en aplicación de Índice de Barthel, obtiene un puntaje entre 40 y 55 puntos.

**Dependencia Severa Oncológica:** Personas que presentan algún grado de dependencia física, psíquica o multifidit, en control, que en aplicación de Índice de Barthel, obtiene un puntaje entre 20 y 35 puntos y padecen alguna patología cancerígena.

**Dependencia Severa No Oncológica:** Personas que presentan algún grado de dependencia física, psíquica o multifidit, en control, que en aplicación de Índice de Barthel, obtiene un puntaje entre 20 y 35 puntos (Dependencia Grave) o un puntaje menor a 20 puntos (Dependencia Total), y no padecen alguna patología cancerígena.

**Dependencia Severa Con Escaras (\*):** Personas que presentan algún grado de dependencia física, psíquica o multifidit, en control, por discapacidad severa tanto Oncológica como No Oncológica, que padecen escaras: lesiones causadas por un trastorno de irrigación sanguínea y nutrición tisular como resultado de presión prolongada sobre prominencias Óseas o cartilaginosas.

**Programa de Atención Domiciliaria por Dependencia Severa:** Programa destinado a beneficiar a pacientes, del Sistema Público de Salud, que presentan una discapacidad severa y/o deterioro crónico de su estado de salud. Incluye pacientes con enfermedad terminal, pacientes hospitalizados que padece discapacidad severa y que han sido dados de alta precozmente, Personas con pérdida de funcionalidad por enfermedades agudas o de rápida evolución, etc.

**Total Personas Con Dependencia Severa** corresponde a las personas que presentan dependencia severa y se encuentran bajo control en establecimientos de salud, recibiendo prestaciones en domicilio. Cuenta con cuidador con o sin apoyo monetario..

**Total Personas Con Escaras:** corresponde a las personas que padecen dependencia severa y se encuentran bajo control en establecimientos de salud que padecen escaras: lesiones causadas por un trastorno de irrigación sanguínea y nutrición tisular como resultado de presión prolongada sobre prominencias óseas o cartilaginosas. Cuenta con cuidador con o sin apoyo monetario.

**Número Total de Personas con cuidador que recibe apoyo monetario:** corresponde a las personas que presentan dependencia severa y se encuentran bajo control en establecimientos de salud, recibiendo prestaciones en domicilio y que cuentan con cuidador con apoyo monetario.

**Con Espirometría vigente:** corresponde a las personas que tienen el examen de Espirometría vigente Es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte.

**Espirometría:** consta de una serie de pruebas respiratorias sencillas, bajo circunstancias controladas, que miden la magnitud absoluta de las capacidades pulmonares y los volúmenes pulmonares y la rapidez con que éstos pueden ser movilizados (flujos aéreos).



## **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:**

Sección A: Corresponde al registro de número de personas que ingresan a los distintos programas, se registra por patologías y/o condiciones. Por ejemplo si un paciente padece Asma bronquial y Artrosis de cadera y rodilla, se ha de registrar en ambas patologías.

Respecto a la Población de Pacientes con Dependencia Severa:

Los Pacientes dependientes se registrarán según condición, la suma de los pacientes con Dependencia Severa Oncológicos y No Oncológicos debe ser el total de pacientes con Dependencia Severa en control.

La existencia de Pacientes Postrados con Escaras, debe estar incluida en el número de Pacientes con Discapacidad Severa Oncológicos o en el número de Pacientes con Dependencia Severa No Oncológicos.

En relación a los pacientes con Discapacidad Severa que pertenecen al Programa de Atención Domiciliaria por Discapacidad Severa, se debe tener en cuenta que:

Dependencia Severa - Programa Atención Domiciliaria Por Discapacidad Severa corresponde al número de pacientes (Oncológicos y No Oncológicos), que son beneficiarios del programa. Este registro debe estar incluido en el número total de pacientes dependientes severos es decir, Oncológicos y No Oncológicos.

Dependencia Severa Con Escaras - Programa Atención Domiciliaria Por Discapacidad Severa corresponde al número de pacientes dependientes severos con escaras (Oncológicos y No Oncológicos), que son beneficiarios del programa. Este registro debe estar incluido en los dependientes severos que pertenecen al programa

Observación: Estos beneficiarios pueden o no recibir pago por cuidadores (estipendio), por lo tanto se registrarán todos los pacientes que pertenecen al programa.

## **SECCION B: CUIDADORES DE PACIENTES POR DEPENDENCIA SEVERA.**

### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:**

Programa de Atención Domiciliaria por Dependencia Severa:

Programa destinado a beneficiar a pacientes, del Sistema Público de Salud, que presentan una discapacidad severa y/o deterioro crónico de su estado de salud. Incluye pacientes con enfermedad terminal, pacientes hospitalizados que padece discapacidad severa y que han sido dados de alta precozmente, personas con pérdida de funcionalidad por enfermedades agudas o de rápida evolución, etc.

Número de Cuidadores: Personas responsables de entregar cuidados, protección y prevención a pacientes que presentan dependencia y/o deterioro crónico de su estado. Cuenta con o sin apoyo monetario



Total de cuidadores del programa: Personas encargadas de entregar cuidados a pacientes en condición de Dependencia Severa y que son beneficiarios de Programa Atención Domiciliaria.

Cuidadores con Apoyo Monetario (estipendio): Pago a cuidadores, concebido como asignación monetaria dirigida a Cuidadores y que cumplan con los criterios de inclusión y compromisos adquiridos.

Cuidadores Capacitados: Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para asumir los cuidados integrales a personas con dependencia severa.

### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:**

Sección B: Corresponde al total de personas cuidadoras de pacientes con dependencia severa. Se debe registrar el Número Total de Cuidadores, además de los Cuidadores de Pacientes con Dependencia Severa que son beneficiarios del Programa de Atención Domiciliaria.

Del total de cuidadores del Programa de Atención Domiciliaria se debe registrar el número de ellos que recibieron capacitación al menos una vez, desde que pertenecen al programa, registrando sólo un cuidador por paciente, aunque dos o más integrantes de la familia hayan recibido la capacitación.

Corresponde, además, el registro de los cuidadores del programa los que reciben estipendio, número de personas que debiese ser igual al número de cuidadores del Programa de Atención Domiciliaria.

### **SECCION C: POBLACION EN CONTROL EN PROGRAMA DE REHABILITACION PULMONAR EN SALA IRA-ERA.**

#### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:**

REHABILITACION PULMONAR: Intervención multidisciplinaria, para pacientes con patología respiratoria crónica sintomáticos y con reducción de actividades de la vida diaria, destinada a reducir síntomas, mejorar capacidad funcional, mejorar la autovalencia y reducir costos de salud mediante la estabilización y control de las manifestaciones sistémicas de la enfermedad. Sus componentes son principalmente Educación y Entrenamiento físico.

#### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:**

Sección C: En esta sección se ingresa el acumulado de personas que finalizaron un programa de Rehabilitación Pulmonar en las salas IRA-ERA y mixtas según patología, por grupo etario y sexo, que se encuentran activos dentro del tarjetero.

## SECCION D: NIVEL DE CONTROL DE POBLACION RESPIRATORIA CRONICA

### DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

#### ASMA BRONQUIAL

Los objetivos del tratamiento del asma bronquial es lograr el control de las manifestaciones clínicas y mantenerlo en el tiempo. El control del asma se puede dividir en dos componentes: Control actual, que se refiere a los síntomas, nivel o limitación de actividad, terapia de rescate y función pulmonar.

Componente de riesgo futuro, se refiere a la probabilidad de deterioro, exacerbaciones y en forma muy importante la declinación de la función pulmonar.

Se debe ingresar el número de personas de la existencia de población en control con diagnóstico de asma bronquial que cuentan con evaluación de nivel de control.

Controlado: Número de personas que no presenta ninguna de las características de la evaluación del control.

Parcialmente Controlado: Número de personas que presentan 1 o 2 de las características de la evaluación del control.

No Controlado: Número de personas que presenta 3 o más de las características de la evaluación del control.

No evaluada: Número de personas que no cuentan con evaluación de nivel de control.

**Tabla 3: Clasificación del asma según niveles de control**

Niveles de control del Asma			
A. Evaluación del control actual (últimas 4 semanas)			
Característica	Controlado	Parcialmente controlado	No controlado
Síntomas diarios	No (2 o menos/sem)	Más 2 veces/semana	Tres o más características del asma parcialmente controlada
Limitación de actividades	No	cualquiera	
Síntomas nocturnos	No	Cualquiera	
Necesidad medicamentos de rescate	No (2 o menos/sem)	Más de 2 veces/semana	
Función pulmonar (PEF/VEF1)	Normal	< 80 % valor predictivo o mejor valor personal	
B. Evaluación de riesgo futuro (riesgo de exacerbaciones, inestabilidad, rápida disminución de la función pulmonar, efectos adversos)			





#### ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

Se debe ingresar el número de personas de la existencia de población en control con diagnóstico de EPOC que cuentan con evaluación del control.

Un adecuado control se establece si los pacientes cumplen las siguientes condiciones:

1. Las exacerbaciones son infrecuentes y no requieren hospitalización.
2. No requieren esteroides sistémicos crónicos.
3. Presentan una reducción del grado de disnea en relación a la basal.
4. No desarrollan insuficiencia respiratoria.
5. Mantienen una buena tolerancia a fármacos inhalados.

Logra Control Adecuado: Número de personas que cumple con las condiciones indicadas

No Logra Control Adecuado: Número de personas que no cumple con las condiciones indicadas

No evaluada: Número de personas que no cuentan con evaluación del control.

#### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:**

Sección D: Esta sección, permite el registro del nivel de control de los pacientes con patologías más frecuentes en sus distintos grupos de edad. Patologías del programa de salud respiratorio, que deben diferenciarse según patología, por grupo etario y sexo, esta información se encuentran disponible en los tarjeteros.



## **RESUMEN ESTADISTICO REM-P4 POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV).**

### **ESTRUCTURA REM-P.04**

**Sección A: Programa Salud Cardiovascular (PSCV).  
Sección B: Metas De Compensación.  
Sección C: Variables De Seguimiento Del PSCV Al Corte.**

### **DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-P.04**

#### **SECCIÓN A: PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV).**

##### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:**

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PSCV.

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PSCV con Médico, Enfermera/o, o Nutricionista, por grupos de edad y sexo, con una citación para estos profesionales y hasta un plazo máximo de inasistencia de 11 meses 29 días, desde la última citación, a la fecha del corte. Periodo durante el cual, se activa el sistema de rescate de inasistentes.

Al pasar 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa; o por egreso: si se constata que no es ubicable, ha cambiado su inscripción a otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

En el marco de atención integral, se registra solo una persona aunque esta tenga más de un problema de salud cardiovascular.

##### **CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR:**

Corresponde al número de personas en control en el PSCV, que fueron clasificadas en el control de salud cardiovascular, según riesgo: Bajo, Moderado, Alto, a la fecha de corte.

##### **PERSONAS BAJO EN CONTROL SEGUN PATOLOGIAS Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA):**

Corresponde al número de personas en control en el Programa de Salud Cardiovascular, diagnosticados como Hipertensos, Diabéticos, Dislipidemicos, y que presentan los riesgos de: Tabaquismo, Antecedentes de Infarto Agudo al Miocardio o Antecedentes de Enfermedad Cerebro Vascular



## DETECCION Y PREVENCIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)

### DETECCION Y PREVENCIÓN DE ERC<sup>1</sup>:

Corresponde al número de personas que están en control en el PSCV, según grupo de edad y sexo, a las que se les ha aplicado, integrada al control, la "Pauta de detección de Enfermedad Renal Crónica" (ERC). Estos son dos: 1) la estimación de la velocidad de filtración glomerular (VFGe) con un examen de creatinina plasmática, como indicador de la función renal, y 2) la determinación de la razón albúmina-a-creatinina (RAC) en una muestra aislada de orina matinal para detectar daño renal.

#### Clasificación:

Sin ERC: Pacientes diabéticos e hipertensos en PSCV que cumplen con TODAS las siguientes condiciones:

- Exámenes de orina normales (incluye examen de orina completo y razón albuminuria-a-creatininuria): sin proteínas (macro o microalbuminuria) y sin la presencia de otras alteraciones que indiquen daño renal (ej. cilindros, hematuria persistente, etc)
- Velocidad de Filtrado glomerular: (VFGe) igual o mayor a 60 ml/min

La identificación de etapas en evaluación de función renal se relaciona con la estimación de la Velocidad de Filtración Glomerular (VFGe) y con la razón albuminuria-a-creatininuria (RAC). La primera se calcula de acuerdo al resultado de creatinina en sangre, entregado por el laboratorio, o según fórmulas matemáticas. La tendencia actual es utilizar la fórmula MDRD-4 (Modification of Diet in Renal Disease-4).

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)

---

<sup>1</sup> ENFOQUE DE RIESGO PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES  
Consenso 2014



Fuentes:

“Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes”, División de Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de programa de las Personas, programa de salud del Adulto MINSAL, OPS, OMS, 2002”

“Dislipidemias”, División de Salud de las Personas, Programa de Salud del Adulto MINSAL, 2000.

“Implementación del Enfoque de Riesgo en el Programa de Salud Cardiovascular”, Subsecretaría de Salud Pública, División Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Enfermedades no Transmisibles, MINSAL, Junio 2009.

“Implementación del Enfoque de Riesgo en el Programa de Salud Cardiovascular”, Subsecretaria de Salud Pública, División Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Enfermedades no Transmisibles, MINSAL, Junio 2009.

“La Cesación del Consumo del Tabaco” MINSAL, OPS, Octubre 2003.

Pueblos Originarios: corresponde a las personas que se auto reconocen como pueblo indígena u originario, que se encuentran en control por el Programa de Salud Cardiovascular.

Este registro permite cuantificar a la población indígena que tiene completa la evaluación para determinar sus patologías y/o factores de riesgo, y la evaluación correspondiente a ERC, las condiciones de vida de los pueblos indígenas pueden influir, tanto en el desarrollo, como en la prevención de estas patologías y/o factores.

Población Inmigrantes: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a chilena, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud por Patologías o Factores de Riesgo.

#### DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Sección A: se registra el número de personas en control de PSCV, por grupo de edad y sexo, clasificados según riesgo cardiovascular (bajo, moderado, alto), según patología y factores de riesgo (Hipertensos, Diabéticos, Dislipidémicos, Tabaquismo Antecedentes De Infarto (IAM), Antecedentes De Enf. Cerebro Vascular (AVC). Además de registrar el número de personas en PSCV que se les ha aplicado el formulario de Detección de Enfermedad Renal Crónica. Se debe registrar, como subgrupo, el número de pacientes diabéticos que tienen su pauta de detección enfermedad renal crónica (ERC).

Pueblos Originarios y Población Inmigrantes, deben estar contenidos por grupo etarios y sexo.

NOTA: Si una persona presenta una o más patologías y uno o más riesgos se registraran en cada una de ellas.



## **SECCION B: METAS DE COMPENSACION.**

### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:**

#### **PERSONAS BAJO CONTROL POR HIPERTENSION:**

Corresponde al número de personas en control, con diagnóstico Hipertensión Arterial, que tengan cifras de presión arterial menor a 140/90 mmHg, a la fecha del corte. La medición de la presión arterial considerada debe ser la más reciente respecto a la fecha del censo y con una antigüedad no mayor de un año.

#### **PERSONAS BAJO CONTROL POR DIABETES MELLITUS:**

Corresponde al número de personas en control, con diagnóstico Diabetes Mellitus tipo 2, con:

- Hemoglobina Glicosilada (HbA1C) menor a 7%, a la fecha del corte.
- Hemoglobina Glicosilada (HbA1C) menor a 7%, Presión Arterial menor a 140/90 mmHg y Colesterol LDL menor a 100 mg/dl, a la fecha de corte.

El examen y presión arterial considerada, debe ser el más reciente en relación a la fecha del censo y con una antigüedad no mayor de un año.

#### **PERSONAS BAJO CONTROL EN PSCV NO DIABETICAS CON RIESGO ALTO:**

Corresponde al número de personas con riesgo Alto, en control, no Diabéticas, con Colesterol LDL menor a 100 mg/dL a la fecha de corte.

#### **PERSONAS BAJO CONTROL CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (EVC) Y CON PREVENCIÓN SECUNDARIA:**

Corresponde al número de personas que han sido afectadas por enfermedades cardiovasculares, son afecciones vasculares, pudiendo ser isquémicas, hemorrágicas que están recibiendo prevención secundaria de un nuevo acontecimiento cardiovascular

#### **EN TRATAMIENTO CON ACIDO ACETIL SALICILICO U OTRO ANTIAGREGANTE PLAQUETARIO:**

Corresponde al número de personas que están en tratamiento con ácido acetil salicílico (AAS) u otro antiagregante plaquetario. Estos medicamentos previenen la ocurrencia de nuevos eventos cardiovasculares.

#### **EN TRATAMIENTO CON ESTATINA:**

Corresponde al número de personas que tienen tratamiento de estatinas.

Estudios han validado el uso de estatinas en el periodo post-evento cardiovascular para disminuir significativamente la morbimortalidad, independientemente de los niveles de colesterol iniciales (tipo de estatinas: simvastatina, pravastatina, lovastatina, atorvastatina, otros.)



## **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:**

Sección B: Se registra el número de personas en control de PSCV, por grupo de edad y sexo que tienen compensadas sus patologías.

El número de personas con Presión Arterial menor a 140/90 mmHg, debe ser menor o igual al total del número de personas con diagnóstico de Hipertensión.

El número de personas en control, con examen de Hemoglobina Glicosilada (HbA1C) menor a 7%, debe ser menor o igual a las personas con diagnóstico Diabetes Mellitus.

El número de personas en control, con examen de Hemoglobina Glicosilada (HbA1C) menor a 7%, y presión arterial menor a 140/90 mmHg y Colesterol LDL menor a 100 mg/dL debe ser menor o igual a las personas con diagnóstico Diabetes Mellitus.

El número de personas en control, no diabéticas, con riesgo cardiovascular Alto con colesterol LDL menor a 100 mg/dl., debe ser menor o igual al número total de personas con riesgo cardiovascular Alto.

El número de personas en control, con antecedentes de Enfermedad Cardiovascular en tratamiento con Ácido Acetilsalicílico, debe ser menor o igual al número total de personas con Antecedentes de Infarto (IAM) y Enf. Cerebro vascular (AVC).

El número de personas en control, con antecedentes de Enfermedad Cardiovascular en tratamiento con Estatina, debe ser menor o igual al número total de personas con Antecedentes de Infarto (IAM) y Enf. Cerebro vascular (AVC).

## **SECCION C: VARIABLES DE SEGUIMIENTO DEL PSCV.**

### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:**

Corresponde al número de personas del PSCV que se encuentran en control según las variables de seguimiento.

#### **VARIABLES DE PERSONAS DIABETICAS EN PSCV:**

**CON RAZON ALBÚMINA CREATININA (RAC) VIGENTE** Corresponde al número de pacientes, al corte, con RAC vigente, es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte. La RAC es la razón entre la medición de dos elementos en la orina: albúmina y creatinina. Se considera albuminuria\* positiva cuando la RAC es mayor a 30 mg/g y es un indicador de ERC.

La albuminuria se utiliza para diagnosticar y monitorear la enfermedad renal. Un aumento de la albuminuria se asocia a un mayor riesgo de progresión de la enfermedad renal. Mientras que una disminución indicaría una mejoría de la ERC y un menor riesgo cardiovascular.

**CON VELOCIDAD DE FILTRACIÓN GLOMERULAR (VFG) VIGENTE:** Corresponde al número de pacientes, al corte, con VFG vigente, es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte. Es un examen utilizado para verificar qué tan bien están funcionando los riñones. Específicamente, brinda un estimativo de la cantidad de sangre que pasa a través de los filtros en los riñones, llamados glomérulos. El examen mide qué tan bien están filtrando los riñones



una sustancia de desecho llamada creatinina, la cual es producida por los músculos. Cuando los riñones no están funcionando tan bien como debieran, la creatinina se acumula en la sangre.

#### PACIENTES CON FONDO DE OJO VIGENTE:

Corresponde al número de pacientes, al corte, con Fondo de ojo vigente, es decir, realizado dentro de los últimos 12 meses a la fecha del corte.

#### PACIENTES DIABETICOS EN TRATAMIENTO CON INSULINA:

Corresponde al número de personas en control, con Diabetes Mellitus, que se encuentran en tratamiento con insulina.

#### PACIENTES DIABETICOS CON HbA1C $\geq 9\%$ :

Corresponde al número de personas en control, con Diabetes Mellitus, que al corte tiene, como resultado de la última medición vigente (últimos 12 meses) hemoglobina glicosilada un resultado superior o igual al 9%.

EN TRATAMIENTO CON IECA O ARA II: Corresponde al número de pacientes diabéticos del Programa de Salud Cardiovascular, al corte, con Inhibidores de Enzima Convertidora (IECA) o Antagonista del sistema Renina-Aldosterina (ARA II).

CON UN EXAMEN DE COLESTEROL LDL VIGENTE: Corresponde al número de pacientes en control, al corte, que poseen un examen de medición del colesterol LDL realizado en los últimos 12 meses.

#### PACIENTES DIABETICOS CON EVALUACION DE DE PIE DIABÉTICO VIGENTE

Corresponde al número de personas en control con Diabetes Mellitus, a quienes se les ha realizado una evaluación del pie diabético, como parte integral de un control de salud, en los últimos 12 meses, y cuyo resultado fue clasificado en: Riesgo bajo, Riesgo moderado, Riesgo alto y Riesgo máximo.

#### PACIENTES DIABETICOS CON EVALUACION, EN LOS ULTIMOS 12 MESES, CON "QUALIDIAB":

Corresponde al número de personas en control por diabetes mellitus, a quienes a la fecha del corte se les ha realizado una "evaluación de la calidad de la atención" dentro de los últimos 12 meses. Esta puede ser realizada en la plataforma QUALIDIAB-Chile o en el formulario de la ficha electrónica correspondiente adaptada para estos fines.

Esta evaluación debe ser realizada por médico o enfermera y es una acción, entre otras, que se efectúa a las personas con diabetes en un control habitual, no es una actividad adicional.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C: el registro de cada una de las variables de esta sección, No debe ser superior al número de personas en control con Diabetes Mellitus.



CON RAZON ALBÚMINA CREATININA (RAC): Se registra el número de pacientes que al corte, poseen la evaluación RAC vigente (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte)

CON VELOCIDAD DE FILTRACIÓN GLOMERULAR (VFG): Se registra el número de pacientes que al corte, poseen el resultado de VFG vigente (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte)

CON FONDO DE OJO, VIGENTE: Se registra el número de pacientes que al corte, poseen la evaluación fondo de ojo vigente (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte).

EN TRATAMIENTO CON INSULINA: Se registra el número de pacientes que al corte, reciben tratamiento con insulina.

CON HbA1C  $\geq$  9 %: Se registra el número de pacientes que al corte, el resultado de su examen hemoglobina Glicosilada un resultado superior o igual al 9%.

EN TRATAMIENTO CON IECA O ARA II.: se registra el número de pacientes diabéticos que al corte reciben tratamiento con Inhibidores de Enzima Convertidora (IECA) o Antagonista del sistema Renina-Aldosterina (ARA II).

CON UN EXÁMEN DE COLESTEROL LDL VIGENTE: Se registra el número de pacientes diabéticos que al corte tiene su examen LDL vigente (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte)

CON "EVALUACIÓN VIGENTE DEL PIE SEGÚN PAUTA DE ESTIMACION DEL RIESGO DE ULCERACION EN PERSONAS CON DIABETES: Se registra el número de pacientes diabéticos que al corte poseen su evaluación vigente (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte), cuyos resultados son:

0=Riesgo bajo

1= Riesgo moderado

2= Riesgo alto

3= Riesgo máximo

CON ÚLCERAS ACTIVAS DE PIE TRATADAS CON CURACIÓN: Se registra el número de pacientes diabéticos que al corte han recibido curación Convencional o Avanzada (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte)

PACIENTES DIABETICOS CON EVALUACIÓN, EN LOS ULTIMOS 12 MESES, DE CALIDAD REGISTRADA EN QUALIDIAB U OTRO SISTEMA INFORMÁTICO: El número de personas con evaluación, en los últimos 12 meses, de calidad registrada en QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático.

VARIABLES DE PERSONAS HIPERTENSAS EN PSCV:





CON RAZON ALBÚMINA CREATININA (RAC) VIGENTE Corresponde al número de pacientes hipertensos, al corte, con RAC vigente, es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte. La RAC es la razón entre la medición de dos elementos en la orina: albúmina y creatinina. Se considera albuminuria\* positiva cuando la RAC es mayor a 30 mg/g y es un indicador de ERC.

La albuminuria se utiliza para diagnosticar y monitorear la enfermedad renal. Un aumento de la albuminuria se asocia a un mayor riesgo de progresión de la enfermedad renal. Mientras que una disminución indicaría una mejoría de la ERC y un menor riesgo cardiovascular.



## **RESUMEN ESTADÍSTICO REM-P5 POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR**

### **ESTRUCTURA REM-P.05**

#### **Sección A: Población En Control Por Condición De Funcionalidad.**

**Sección A.1: Existencia De Población En Control En Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes" Por Condición De Funcionalidad.**

**Sección B: Población Bajo Control Por Estado Nutricional.**

**Sección C: Adultos Mayores Con Sospecha De Maltrato.**

**Sección D: Adultos Mayores En Actividad Física.**

**Sección E: Población De Adultos Mayores Institucionalizados.**

**Sección F: Adultos Mayores Con Riesgo De Caídas.**

### **DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-P.05**

#### **SECCION A: POBLACIÓN EN CONTROL POR CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD.**

##### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:**

Población en Control: Corresponde a las personas adultos mayores que están en control con Médico, Enfermera en el cual se evalúa condición de salud, estado nutricional, antecedentes mórbidos (patologías crónicas y síndromes geriátricos), tratamientos farmacológicos, exámenes de laboratorio (Laboratorio (VIH,SIFILIS, Glicemia, Colesterol Total, Baciloscopia) Vacunas, actividad física, entrega de alimentos complementarios (PACAM), aplicación de Examen Funcional del Adulto Mayor (EFAM), Índice de Barthel, Test de Yesavage, Test de Pfeiffer, Test Folstein Extendido, Test de Riesgo de caídas (Estación Unipodal y Timed UP AND GO), Evaluación social, Sospecha de Maltrato, Adicciones (Alcohol, Tabaco y otras).

Se considera como población bajo control a todas las personas que tienen citación para Médico, Enfermera o Nutricionista hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 11 meses y 29 días a la fecha del corte, periodo durante el cual, se activa el sistema de rescate de pacientes inasistentes.

Al pasar el plazo de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa. Las inasistencias a control se producen por los siguientes motivos: si se constata que no es ubicable, ha cambiado de inscripción a otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

Dentro de los controles de salud la persona adulta mayor de acuerdo a su situación de salud puede ser derivada a consulta nutricional, consulta a kinésica, psicólogo, fonoaudiólogo y/o asistente social y otros.



El EFAM es una actividad que mide la funcionalidad de la persona, se valora a través de un instrumento de evaluación que se aplica por Médico o profesional capacitado. Este instrumento clasifica según resultado en: autovalente sin riesgo, autovalente con riesgo, riesgo de dependencia. La vigencia es anual solo para los autovalentes sin riesgo y semestralmente en pacientes frágiles (autovalente con riesgo, riesgo de dependencia)\*.

(\*)Fuente: "Manual de aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor" División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL.

No debe aplicarse a los adultos mayores que a simple vista presentan algún grado de dependencia, como por ejemplo: usar bastones, andadores, muletas, silla de ruedas, presentar secuelas de accidente vascular, ceguera, etc. En estos casos corresponde evaluar a través del Índice de Barthel.

Índice de Barthel: es un instrumento de evaluación que se aplica en el control de salud del Adulto Mayor hospitalizados, consultas, domicilio y/o residencias y consultas de rehabilitación, que permite obtener el porcentaje de pérdida de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) del Adulto Mayor.

Los resultados de su aplicación son: Dependencia Leve, Dependencia Moderada, Dependencia Grave y Dependencia Total\*.

(\*) Fuente: Guía de Prevención de Dependencia 2012, MINSAL

La atención integral del adulto mayor, implica que una vez realizado el examen de medicina preventiva se confeccione un "plan de acción", según los resultados obtenidos en este examen.

Pueblos Originarios: corresponde a las personas que se auto reconocen con pueblo indígena u originario, que se encuentran en control por el Programa del Adulto Mayor.

Población Inmigrante: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a chilena, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud.

## **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:**

Sección A: se registra el número de personas bajo control en el Programa del Adulto Mayor a la fecha de corte, según edad y sexo de las personas, por condición de funcionalidad y las que pertenecen o se auto reconocen con un pueblo originario.

El total de la población en control por condición de funcionalidad (con EFAM, Índice de Barthel) debe ser la suma de los adultos mayores autovalentes sin riesgo, los autovalentes con riesgo y los con riesgo de dependencias, más los adultos mayores con dependencia leve, moderada, grave o total.

Las personas registradas en Pueblos Originarios y Población Inmigrantes deben estar contenidas en los registros según edad, sexo y por su respectiva condición de funcionalidad.



## **SECCION A.1: EXISTENCIA DE POBLACIÓN EN CONTROL EN PROGRAMA "MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES" POR CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD<sup>2</sup>**

### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.1:**

Este Programa se inicia con la participación de los Adultos Mayores pesquisados en el Examen de Medicina Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM) como Autovalentes, Autovalentes con Riesgo y En Riesgo de Dependencia, en una intervención promocional y preventiva de Estimulación de Habilidades Motoras, Prevención de Caídas, Estimulación de Funciones Cognitivas y Autocuidado y Estilos de Vida Saludable.

#### **Objetivo General:**

Prolongar la autovalencia del adulto mayor de 65 y más años.

#### **Objetivos Específicos:**

1. Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con riesgo y en riesgo de Dependencia.
2. Entregar continuidad a la estimulación funcional de los adultos mayores, mediante capacitación en autocuidado de salud y estimulación funcional a sus organizaciones sociales locales.

### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.1:**

Corresponde al número de personas que han ingresado al programa desde enero a la fecha de corte. Se registrará solo una vez, independiente que aún NO han terminado su período de intervención, correspondiente a la condición de funcionalidad del Adulto Mayor.

La información provendrá desde los tarjeteros del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

## **SECCION B: POBLACION EN CONTROL POR ESTADO NUTRICIONAL.**

### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:**

Corresponde a la población de adultos mayores que se encuentran bajo control en el establecimiento con nivel primario de atención, que ha sido evaluada según diagnóstico del estado nutricional. Se clasifica en Bajo Peso, Normal, Sobrepeso y Obeso.

Los adultos mayores que padecen "dependencia moderada, grave o total", no pueden ser evaluados objetivamente a través de control de peso y talla, por lo tanto, deberán ser evaluados mediante la apreciación diagnóstica y/o aplicación de otros instrumentos de evaluación del estado nutricional, por el Profesional o Técnico, responsable del control del paciente.

---

<sup>2</sup> ORIENTACIÓN TÉCNICA PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES



Pueblos Originarios: corresponde a las personas que se auto reconocen con pueblo indígena u originario, que se encuentran en control por el Programa del Adulto Mayor.

### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:**

Sección B: se registra el número de personas bajo control en el Programa del Adulto Mayor a la fecha de corte, por edad y sexo de las personas, según la clasificación de su estado nutricional. Además, se registran las personas que pertenecen o se auto reconocen con un pueblo originario y son parte del programa.

El total de adultos mayores según estado nutricional debe ser igual al total de población en control, por grupo de edad y sexo, registrado en la Sección A.

Es posible que los adultos mayores clasificados según su estado nutricional no hayan (recibido su evaluación) sido evaluados por condición de funcionalidad al momento del corte, lo que provoca alteración en la cuadratura de ambas secciones, pero el ir avanzando hacia una atención "integrada" se debería llegar a la igualdad de registros en un futuro.

### **SECCION C: ADULTOS MAYORES CON SOSPECHA DE MALTRATO.**

#### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:**

Corresponde a las personas de 65 años y más que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, que han sido detectados con sospecha de maltrato. Esto corresponde al abuso en personas mayores, se define como cualquier acción, serie de acciones, o la falta de acción apropiada, que produce daño físico o psicológico y que ocurre dentro de una relación de confianza. El abuso a las personas mayores puede ser parte del ciclo de violencia familiar; puede venir de cuidadores domiciliarios o puede ser el resultado de la falta de preparación de los sistemas de prestaciones sociales sanitarias para atender sus necesidades.

Las manifestaciones de abuso y maltrato de las personas mayores pueden tomar distintas dimensiones:

**Abuso Físico:** causar daño físico o lesión, coerción física, como el impedir el movimiento libre de una persona sin justificación apropiada. También se incluye dentro de esta categoría el abuso sexual a una persona.

**Abuso Psicológico:** causar daño psicológico, como el causar estrés y ansiedad o agredir la dignidad de una persona con insultos.

**Abuso Económico:** la explotación de los bienes de la persona, el fraude o estafa a una persona adulta mayor, el engaño o robo de su dinero o propiedades.



Negligencia o Abandono: implica descuido u omisión en la realización de determinadas acciones o el dejar desamparado a una persona que depende de uno o por lo cual uno tiene alguna obligación legal o moral. La negligencia o abandono puede ser intencionada o no intencionada.

Negligencia intencionada: el cuidador por prejuicio o descuido deja de proveer a la persona adulta los cuidados apropiados para su situación. Sin embargo cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios, por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos, se considera que es negligencia o abandono no intencionado.

Hay factores de riesgo en el entorno del paciente, tales como:

En la familia; estrés del cuidador, nivel de dependencia de la persona adulta mayor, historia de violencia en la familia, dificultades personales y financieras del cuidador, alcoholismo u otras adicciones, falta de información y de recursos para la atención adecuada a una persona con discapacidad, aislamiento social del cuidador, falta de apoyo o de tiempo de respiro para el cuidador que es responsable por una persona discapacitada 24 horas, 7 días a la semana.

En Instituciones u Hogares Comunitarios :La institución impide u obstaculiza las visitas o los contactos del adulto mayor con la comunidad, No está en un registro oficial o le falta la acreditación apropiada, No tiene monitoreo o supervisión pública de los servicios, contrata cuidadores sin capacitación para la atención a adultos mayores frágiles y discapacitados, mantiene una razón de cuidadores por número de personas discapacitadas y con demencia que es menor a la necesaria para atender las necesidades básicas de este grupo vulnerable, no ofrece privacidad a los residentes y estos se encuentran en hacinamiento, no hay evidencia de participación de la comunidad en actividades del hogar o institución, la estructura física de la institución no está adaptada para el acceso y la movilidad de personas con discapacidades los indicadores de un posible abuso o negligencia, son: abuso, evidencia de lesión, especialmente múltiples en diferentes grados de resolución, deshidratación o desnutrición, fracturas que no tienen causa determinada, evidencia de lesiones no atendidas, señales de estar amarrado, atado o golpeado, enfermedades de transmisión sexual en personas incapaces de consentirlo negligencia, pobre higiene, desnutrición severa, deshidratación, hipotermia o úlceras por presiones no atendidas

#### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:**

Sección C: se registra el número de personas bajo control en el Programa del Adulto Mayor a la fecha de corte, por edad y sexo de las personas, que se sospecha que son víctima de maltrato.

#### **SECCION D: ADULTOS MAYORES EN ACTIVIDAD FÍSICA.**

##### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:**

Corresponde a los adultos mayores que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, y que realizan actividad física. Se considera que realiza actividad física cuando lo hace más de 3 veces por semana y alrededor de 30 minutos cada vez.



## **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:**

Se registra el número de personas bajo control en el Programa del Adulto Mayor a la fecha de corte, por edad y sexo de las personas, que pertenecen al programa de actividad física del establecimiento.

## **SECCION E: POBLACION DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS.**

### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:**

Adultos Mayores Institucionalizados: Corresponde a las personas de 65 años y más, que viven en un Centro de Atención para Adultos Mayores.

Adultos Mayores con Dependencia Severa: Corresponde a las personas de 65 años y más en condición de dependencia severa (Dependencia Grave o Total según Índice de Barthel) y que viven en una residencia de larga estadía.

Esta población forma parte del total de población de Adultos Mayores Institucionalizados.

### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:**

Sección E: se registra el número de personas bajo control en el Programa del Adulto Mayor a la fecha de corte, según sexo de las personas, que se encuentran internados en una residencia de larga estadía, y son controlados por el equipo de salud del establecimiento.

## **SECCION F: ADULTOS MAYORES CON RIESGO DE CAÍDAS.**

### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:**

Para detectar riesgo de caídas se aplicarán dos pruebas: estación Unipodal (mide equilibrio estático) y Timed up and Go (mide equilibrio dinámico)

a) Estación Unipodal: La prueba consiste en pararse con los brazos cruzados sobre del tórax apoyando las manos en los hombros, luego levantar una pierna hasta llegar a la posición de flexión de rodilla y cadera a 90 grados.

A las personas con evidentes problemas de equilibrio, como el usar ayudas técnicas no se les debe aplicar esta prueba.

El evaluador deberá demostrar la ejecución de la prueba

Situarse a un costado de la persona a evaluar, estar atento a posibles pérdidas de equilibrio

- Se solicita a la persona pararse con los brazos cruzados sobre del tórax apoyando las manos en los hombros, luego levantar una pierna hasta llegar a la posición de flexión de rodilla y cadera a 90 grados. Debe mantener la posición el mayor tiempo posible.
- Repetir lo mismo con la otra extremidad.
- El tiempo se medirá en segundos, desde el momento en que la persona logra los 90°.



- Si no logra la posición descrita, busca apoyo, se desestabiliza o las extremidades inferiores se tocan entre si al estar de pie, se considerara que el resultado está alterado.
- Repetir la prueba tres veces en cada pie, se registra el mejor tiempo obtenido.

Normal:  $\geq 5$  segundos

Alterado:  $< 4$  segundos

b) Timed Up and Go (TUG): La prueba consiste en medir el tiempo requerido para efectuar un recorrido de tres metros.

- Utilizar una silla sin brazos
- Los tres metros se miden desde las patas delanteras de la silla, en dirección recta hasta un punto de referencia, marcadas con un cono o botella plástica con agua.
- Al inicio la persona debe estar sentada con la espalda bien apoyada contra el respaldo, los brazos al costado y los pies tocando el suelo.
- Se solicita a la persona que se pare sin apoyarse y camine como lo hace habitualmente, hasta el cono o botella y vuelva a sentarse.
- Se inicia la medición del tiempo cuando la persona despega la espalda de la silla, y se detiene cuando retoma la posición inicial.
- Si la persona requiere algún tipo de ayuda para ponerse de pie, se suspende la prueba y se clasifica con alto riesgo de caída.

Normal  $\leq 10$  seg.

Riesgo leve de caída 11 a 20 seg.

Alto riesgo de caída  $> 20$  seg

Fuente: "Manual de aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor" División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL.

#### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F:**

Sección F: se registra el número de personas bajo control en el Programa del Adulto Mayor a la fecha de corte, según sexo de las personas, Según resultados de las pruebas Timed up and Go.





## **RESUMEN ESTADÍSTICO REM-P6 POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDAD**

### **ESTRUCTURA REM-P.06**

#### **Sección A: Atención Primaria.**

##### **Sección A.1: Población En Control En APS Al Corte.**

##### **Sección A.2: Programa De Rehabilitación En Atención Primaria (Personas Con Trastornos Psiquiátrico).**

#### **Sección B: Atención De Especialidad.**

##### **Sección B.1: Población En Control En Especialidad Al Corte.**

##### **Sección B.2: Programa De Rehabilitación En Especialidad (Personas Con Trastornos Psiquiátrico).**

### **DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-P.06**

#### **POBLACIÓN EN CONTROL AL CORTE**

Pacientes en control: corresponde a las personas que están en control con Médico o Psicólogo (Terapeuta Ocupacional, Asistente Social, Enfermera u otro profesional capacitado), por factores de riesgo y condicionantes de salud mental y/o por diagnósticos de trastornos mentales.

Se considera como población bajo control a todas las personas que tienen citación para estos profesionales, hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 45 días, a la fecha del corte. En este periodo se activa el sistema de rescate de inasistentes.

Al pasar el plazo de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa. Las inasistencias a control se producen por los siguientes motivos: si se constata que no es ubicable, ha cambiado de inscripción a otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

Violencia de género Cualquier acción o conducta, basada en su género que cause muerte, daño o sufrimiento, tanto físico, psicológico como sexual, esto incluye ámbitos públicos y privados. Incluye la violencia física, sexual y psicológica que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica, o en cualquier relación interpersonal.

Víctima: corresponde a la persona objeto de la acción de violencia.

Agresor: corresponde a quien ejerce la violencia sobre la víctima.



Violencia hacia el adulto mayor Acción u omisión realizada de manera intencionada o por desconocimiento de manera no intencionada, que produce daño físico, psicológico, social o financiero a un adulto mayor y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona, ya sea por parte de sus hijos, otros miembros de la familia o de cuidadores que, aunque externos a la familia, deben ser supervisados por ésta.

Maltrato a niños, niñas y adolescentes toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, que afecte el normal desarrollo de niños, niñas y adolescentes y que ocurra en un contexto familiar o de cuidado” (Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes Víctimas de Maltrato por parte de familiares o cuidadores, MINSAL, 2013, p. 9).

Abuso sexual :Toda actividad sexual no voluntaria, forzada mediante la violencia física, o por cualquier forma de coerción, agresión o abuso, incluida las situaciones de superioridad a causa de la particular condición de la víctima, sea por trastorno o deficiencia mental, o por dependencia económica, laboral, desamparo, inexperiencia o ignorancia. Su práctica implica una relación de sometimiento en la cual la víctima ha rechazado el acto sexual o en que no ha tenido la capacidad de consentir. En el caso de los niños y niñas, se refiere a todo tipo de aproximación sexual (Guía Clínica Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual, MINSAL y UNICEF, 2011, pp. 9- 10).

Consumo bajo riesgo de alcohol: Patrón de consumo de alcohol asociado a menores riesgos agudos y crónicos relacionados con el uso de la sustancia. En términos operacionales se define por la evaluación a través del instrumento AUDIT-C, con puntaje de 0-4 puntos para hombres y 0-3 puntos para mujeres, o por la evaluación a través del instrumento AUDIT (completo) con puntaje de 0-7 puntos para hombres y mujeres.

Consumo riesgoso de alcohol (nivel APS y Especialidad) Patrón de consumo de alcohol que se asocia a posibles riesgos agudos o crónicos por el uso de la sustancia. En términos operacionales se define por la evaluación a través del instrumento AUDIT-C, con puntaje igual o superior a 5 puntos para hombres e igual o superior a 4 puntos para mujeres, o por la evaluación a través del instrumento AUDIT (completo) con puntaje igual o superior a 8 puntos para hombres y mujeres.

Consumo riesgoso de drogas (nivel APS y Especialidad): Se trata de un patrón de consumo de drogas (excluyendo el alcohol) tal, que si persiste en el tiempo, hay alta probabilidad de consecuencias adversas, sea por la aparición de daños en la salud (trastorno por consumo nocivo o perjudicial, enfermedades físicas) y/o de otro tipo de consecuencias negativas (consumo problema). Es una condición previa al consumo problema.

Diagnósticos de Trastornos Mentales: Para su diagnóstico, basarse en Guías Clínicas y Orientaciones Técnicas actuales, y en su defecto, criterios CIE-10.

Trastornos del Humor (Afectivos) (Nivel APS)

- Depresión Leve
- Depresión Moderada



- Depresión Grave
- Depresión Post parto
- Trastorno Bipolar

#### Trastornos del Humor (Afectivos) (Nivel especialidad)

Depresión Refractaria: Paciente con diagnóstico clínico de episodio depresivo quien ha recibido al menos dos esquemas de tratamiento adecuados en tiempo y dosis sin respuesta.

Depresión Grave con Psicosis: Paciente que cumple criterios generales del episodio depresivo y que además cumple criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos a excepción del criterio D y no cumple los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) ni de trastorno esquizoafectivo, con presencia de Presencia de (1) Ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia- criterios G1.1.b), c) y d) de F20.0-F20.3- (es decir, ideas delirantes, que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiadas, y alucinaciones que no sean voces en tercera persona o comentando la propia actividad). Los ejemplos más comunes son las de un contenido depresivo, de culpa, hipocondríaco, nihilístico, autorreferencial o persecutorio o (2) Estupor depresivo.

Depresión con alto riesgo Suicida: Paciente que cumple criterios diagnósticos para episodio depresivo y además manifiesta una intención concreta de hacerse un daño, con un intento previo o actual de autoeliminación previo, expresión de desesperanza, rechazo del apoyo social y no rectifica sus ideas.

Depresión post parto: Aquella que ocurre hasta un año después dar a luz.

Trastorno Bipolar: Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del paciente están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados.

#### Trastornos Mentales y del Comportamiento debido a Consumo Sustancias Psicotrópicas

- Dependencia de alcohol (AUDIT 16 o más puntos) (Nivel APS)

Consumo perjudicial o dependencia de alcohol (nivel Especialidad)

- Consumo perjudicial o dependencia de alcohol
- Consumo perjudicial o dependencia de droga (Nivel APS y Especialidad)
- Policonsumo (Nivel APS y Especialidad)

Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de comienzo habitual en la Infancia y Adolescencia (Nivel APS y Especialidad)



- Trastorno Hipercinéticos
- Trastorno Disocial, Desafiante y Opositor
- Trastorno de Ansiedad de Separación en la Infancia
- Otros Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de comienzo habitual en la Infancia y Adolescencia

(Nivel APS y Especialidad)

Trastornos de Ansiedad

Alzheimer y otras demencias

Trastornos conductuales asociados a Demencia

Esquizofrenia

Primer episodio esquizofrenia con ocupación regular

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Retraso mental

Trastorno de Personalidad

Trastorno Generalizados del Desarrollo

**Población en control de Gestantes:** corresponde a las mujeres gestantes que están bajo control en el Programa de Salud Mental, por algún factor de riesgo relacionado con el consumo de alcohol u otras sustancias, por haber sido diagnosticada con depresión (leve, moderada o grave) o por padecer algún trastorno mental o del comportamiento debido a consumo de sustancias psicotrópicas.

**Población en control de Madres de hijo menor de 2 años:** corresponde a las mujeres madres de hijo menor de 2 años, que están bajo control en el Programa de Salud Mental, por padecer de Trastorno del Humor Afectivo (depresión en alguno de sus niveles o trastorno bipolar), en el transcurso de los 2 primeros años del nacimiento de su hijo(a) y que no fueron diagnosticadas con depresión postparto.

**Población en control de Pueblos Originarios:** corresponde a las personas que se auto reconocen con pueblo indígena u originario, que se encuentran bajo control en el Programa de Salud Mental.

**Población en control de Inmigrantes:** Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a chilena, que se encuentran bajo control en el Programa de Salud Mental.

A población bajo control de gestantes, madres de hijo menor de 2 años y de pueblos originarios debe estar incluida en la población registrada según edad y sexo de las personas atendidas.



## PROGRAMA DE REHABILITACIÓN (PERSONAS CON TRASTORNO PSIQUIÁTRICO) (Nivel APS y Especialidad)

Programa de Rehabilitación Tipo I y Tipo II: Es un conjunto de actividades ambulatorias que apoyan el proceso de rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental y discapacidad psíquica moderada (tipo I) y discapacidad psíquica severa (tipo II), otorgadas por un equipo especializado en salud mental y psiquiatría.

Para el Programa de Rehabilitación Tipo I, las actividades se realizan de manera individual y/o en grupos, en un mínimo de 16 horas mensuales distribuidas en uno o dos días a la semana, con sesiones de un mínimo de dos horas y por un período máximo de dos años.

Para el Programa de Rehabilitación Tipo II, las actividades se realizan en un mínimo de 72 horas mensuales distribuidas en al menos 4 días a la semana, con sesiones de un mínimo de cuatro horas y por un período máximo de dos años.

Población en control: corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa de Rehabilitación de Trastornos Psiquiátricos en el establecimiento, con el fin de recuperar y reforzar capacidades y habilidades para una vida autónoma al interior del hogar, en la comunidad y de reinserción socio-laboral.

### **DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES EN APS Y ESPECIALIDADES DE REM-P6**

Sección A: Población en control en establecimientos que brindan atención primaria de salud, tales como Hospitales de baja complejidad, Centros de Salud Familiar, Centros de Salud Urbanos, Centros de Salud Rural, Centros Generales Urbanos, Centros Generales Rurales, Centros Comunitarios de Salud Familiar o Postas de Salud Rural.

Fila 24: Corresponde al número de Personas que tienen uno o más trastornos mentales. No necesariamente será la sumatoria de las filas posteriores.

Sección A.1 Se registra el número de personas en control que presentan factores de riesgo y/o diagnóstico de algún trastorno mental a la fecha del corte, desglosado por sexo, grupo de edad (0 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54, 55 a 59, 60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, 80 y más años), condición (Gestante), Madre de hijos menores a 2 años y por población perteneciente a Pueblos Originarios o Población Inmigrante.

Si una persona presenta más de un riesgo y/o más de un condicionante y/o más de un diagnóstico de trastornos de salud mental, se deberá registrar todas las que correspondan.

Respecto a la Población de Gestantes en Control, en este Programa:

Corte a Junio: Corresponde registrar a aquellas mujeres, que están o estuvieron en Control en el Programa de Salud Mental durante el semestre, en condición de gestante.

Corte a Diciembre: Corresponde registrar a aquellas mujeres, que están o estuvieron en Control en el Programa de Salud Mental durante el año, en condición de gestante.



SECCIÓN A.2: se registra el número de personas en control en el programa de rehabilitación a la fecha de corte, desglosadas por sexo y grupo de edad (0 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34,35 a 39, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54, 55 a 59,60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, 80 y más años).

Sección B: Población en control en establecimientos que brindan atención de Especialidad, tales como Centros de Diagnóstico y Tratamiento, Centros Relacionales de Salud, Hospitales de Mediana Complejidad, Hospitales de Alta Complejidad y Centros comunitarios de salud mental.

Sección B.1 Se registra el número de personas en control que presentan factores de riesgo y/o diagnóstico de algún trastorno mental a la fecha del corte, desglosado por sexo, grupo de edad (0 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34,35 a 39, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54, 55 a 59,60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, 80 y más años), condición (Gestante), Madre de hijos menores a 2 años y por población perteneciente a Pueblos Originarios.

Si una persona presenta más de un riesgo y/o más de un condicionante y/o más de un diagnóstico de trastornos de salud mental, se deberá registrar todas las que correspondan.

Corte a Junio: Corresponde registrar a aquellas mujeres, que están o estuvieron en Control en el Programa de Salud Mental durante el semestre, en condición de gestante.

Corte a Diciembre: Corresponde registrar a aquellas mujeres, que están o estuvieron en Control en el Programa de Salud Mental durante el año, en condición de gestante

SECCIÓN B.2: se registra el número de personas en control en el programa de rehabilitación a la fecha de corte, desglosadas por sexo y grupo de edad (0 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34,35 a 39, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54, 55 a 59,60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, 80 y más años).

Fila 66: Corresponde al número de Personas que tienen uno o más trastornos mentales. No necesariamente será la sumatoria de las filas posteriores.



## **RESUMEN ESTADÍSTICO REM-P7**

### **POBLACIÓN EN CONTROL FAMILIAS EN CONTROL DE SALUD FAMILIAR**

Generalidades:

Este REM lo deben confeccionar e informar sólo los “Centros de Salud Familiar” (CESFAM) y “Centros Comunitarios de Salud Familiar” (CECOF) acreditados. Cada CESFAM y cada CECOF debe informar separadamente, independiente que el CECOF dependa de un CESFAM Madre, éste tiene asignado un sector en particular de la población.

#### **ESTRUCTURA REM-P.07**

**Sección A. Clasificación De Las Familias (Sector Urbano).**

**Sección B. Intervención En Familias (Sector Urbano).**

**Sección C: Intervención En Familias Sector Rural.**

#### **DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-P.07**

### **SECCIÓN A. CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS.**

#### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:**

##### **CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS POR SECTOR**

Nº de Familias Inscritas: Corresponde al número total de familias inscritas por sector geográfico o adscritas al equipo de cabecera por sector, según modalidad de sectorización, a la fecha de corte.

Nº de Familias Evaluadas: Corresponde al número total de familias que han sido evaluada, a la fecha del corte, mediante la aplicación de una pauta o matriz, de desarrollo local, para establecer su grado de vulnerabilidad o riesgo biopsicosocial.

Nº de Familias en Riesgo Alto y Mediano: Corresponde al número de familias que presentan riesgo alto y mediano según la evaluación realizada, a la fecha del corte.

#### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:**

Sección A: en esta sección se registra el número de familias inscritas, de ellas cuantas con evaluación aplicada y de estas últimas cuantas clasificadas en riesgo alto y mediana, en los diferentes sectores.



## **SECCIÓN B. INTERVENCIÓN EN FAMILIAS SECTOR URBANO.**

### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:**

#### CLASIFICACIÓN DE FAMILIAS POR SECTOR

Nº de familias evaluadas en el semestre: Corresponde al número de familias por sector, evaluadas en el semestre a la fecha del corte.

Nº de familias detectadas en riesgo en el semestre (mediano + alto):

Corresponde al número de familias por sector, evaluadas en el semestre a la fecha de corte, que al aplicar la pauta o matriz local resultan con un grado de riesgo mediano o alto.

Nº de familias en riesgo alto ingresadas a plan de intervención en el semestre: Corresponde al número de familias por sector que fueron detectadas como riesgo alto en la evaluación y que fueron ingresadas a un plan integral de intervención familiar en el semestre, a la fecha de corte.

### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:**

Sección B: en esta sección se registra información de familias evaluadas, detectadas en riesgo y aquellas que entran a intervención, durante el semestre antes del corte.

En las secciones A y B deben informar los CESFAM Y CECOF. Cada uno deberá registrar el número de familias en los sectores que les corresponda. Si un CECOF depende de un CESFAM madre, el CECOF debe registrar en el/los sector/es asignados para atender y el CESFAM en sus sectores asignados, descontando el sector asignado e informado por el CECOF.

El número de familias evaluadas en el semestre (sección B) no puede ser mayor al número de familia inscritas (sección A).

## **SECCIÓN C. INTERVENCIÓN DE FAMILIAS SECTOR RURAL.**

### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:**

#### CLASIFICACIÓN DE FAMILIAS POR SECTOR

Nº Familias en el Sector Rural: Corresponde al número total de familias que viven en la jurisdicción, que le corresponde al establecimiento de salud rural, a la fecha de corte.

Nº Familias Evaluadas en el Semestre: Corresponde al número total de familias que han sido evaluadas en el semestre a la fecha de corte, mediante la aplicación de una pauta o matriz, para establecer su grado de vulnerabilidad o riesgo biopsicosocial.





Nº Familias en Riesgo Alto ingresadas a Plan de Intervención en el Semestre: Corresponde al número de familias detectadas en riesgo alto, ingresadas a plan de intervención en el semestre.

Nº Familias pesquisadas por Técnico Paramédico para estudio de familia: corresponde al número de familias pesquisadas por el Técnico Paramédico para estudio de familia, en el semestre a la fecha de corte.

Nº de Encuestas Familiares Vigentes: corresponde al número de familias con encuesta vigente, realizadas por el Técnico Paramédico, a la fecha de corte.

### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:**

Sección C: en esta sección se registra información de familias asignadas al establecimiento de salud rural, las familias evaluadas, detectadas en riesgo y que entran a plan intervención, durante el semestre antes del corte. Además de familias pesquisadas por técnico paramédico para estudio de familia y número de familias con encuesta vigente.

El número de familias evaluadas, en riesgo alto ingresadas a plan de intervención, pesquisadas para estudio de familia y/o con encuestas vigentes: cada una de estas variables, no puede ser mayor al número de familias que vive en la jurisdicción de la Posta.

En esta sección deben registrar todos los establecimientos de salud rural, tales como Postas de Salud Rural por establecimiento (no consolidado de ellas); la población que atiende una PSR se considera un sector en sí mismo; o cualquier otro establecimiento de salud rural que no funcione en el marco de salud familiar, con sectorización designada para la atención.

Si un CESFAM, tuviese sectores urbanos y rurales asignados deberá registrar toda su información de familias inscritas, en secciones A y B. Prima el principio estadístico, se registra donde se hacen las acciones en este caso donde se encuentra la población (familias) bajo control.



## **RESUMEN ESTADISTICO REM-P8 POBLACIÓN EN CONTROL REHABILITACIÓN FÍSICA**

### **ESTRUCTURA REM-P.08**

#### **Sección A: Existencia De Población En Control.**

### **DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-P.08**

#### **POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN FÍSICA:**

##### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:**

Corresponde al número de personas que han ingresado a rehabilitación con Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo y/o Fonoaudiólogo, con un origen de discapacidad y una patología asociada (se registra en el origen y patología principal intervenida, por grupo de edad y sexo. Es posible que una persona sea registrada como ingreso al Programa de Rehabilitación más de una vez en el REM de serie A; sin embargo, en el REM de serie P esa misma persona se registrará sólo una vez.

Población bajo Control para el programa de rehabilitación: Corresponde al número de personas que han ingresado al programa desde enero a la fecha de corte. Se registrará solo una vez, independiente de que se encuentre en Control por más de un problema de salud.

Patología Principal: Es la patología de origen a la cual se dedica más tiempo de intervención. Esto puesto que al momento del diseño del Plan de tratamiento Integral (PTI), esta patología es referida por la persona como la más limitante en su desempeño. Si el usuario no puede reportar se considera el criterio del clínico.

Población Inmigrantes: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a chilena, y se encuentran bajo control en el programa Rehabilitación.

#### **ORIGENES DE DISCAPACIDAD ASOCIADOS A UNA PATOLOGIA QUE REQUIEREN REHABILITACION:**

##### **Origen Físico**

- Síndrome Doloroso de Origen Traumático
- Síndrome Doloroso De Origen No Traumático
- Artrosis leve y moderada de rodilla y cadera



- Secuela de Accidente Vascular Encefálico (AVE)
  - Secuelas de Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC)
  - Secuela Trauma Raquimedular (TRM)
  - Secuela Quemadura
  - Enfermedad de Parkinson
  - Otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en menor de 20 años congénito
  - Otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en menor de 20 años adquirido
  - Otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en mayor de 20 años
  - Otros: Corresponden a aquellas patologías no descritas anteriormente.
- 
- Origen sensorial visual
  - Congénito es cualquier discapacidad de origen visual que se presenta desde el nacimiento adquirido durante la vida intrauterina. Puede ser resultado de un factor genético, físico, químico o infeccioso.
  - Adquirido Es cualquier discapacidad obtenida después de un accidente o enfermedad, la persona queda con secuela visuales.
  - Otros: Corresponden a aquellas patologías de origen sensorial visual no descritas anteriormente
- 
- Origen sensorial auditivo
  - Congénito es cualquier discapacidad de origen auditivo que se presenta desde el nacimiento adquirido durante la vida intrauterina. Puede ser resultado de un factor genético, físico, químico o infeccioso.
  - Adquirido Es cualquier discapacidad obtenida después de un accidente o enfermedad, la persona queda con secuela auditivas.
  - Otros: Corresponden a aquellas patologías de origen sensorial auditivo no descritas anteriormente

#### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:**

Sección A: corresponde al número de personas en control, en el programa de Rehabilitación.

NOTA: Si una persona presenta más de un problema de salud, se deberá registrar la patología por la que requiere rehabilitación.

#### **RESUMEN ESTADISTICO REM-P10 POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA VIDA SANA**

#### **INTERVENCION FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES**



## ESTRUCTURA REM-P.10

### **Sección A: Población en Control**

### **Sección B: Población con Controles realizados**

## DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-P.10

Generalidades.

Programa vida sana intervención en factores de riesgo de desarrollar enfermedades no trasmisibles, tiene como propósito intervenir en los factores de riesgo que pudiesen desarrollar una o más enfermedades no transmisibles en niños, niñas, adolescentes, adultos entre 2 y 64 años y mujeres post parto (Mujeres hasta un año post parto). Este Programa se destaca por un enfoque integral de atención, que incluye diferentes profesionales y tipo de acciones.

Éste se desarrolla con un componente comunitario, es decir, los equipos de salud priorizan movilizar los recursos propios de cada comunidad, haciendo utilización de espacios cómodos y accesibles para los usuarios, de modo que la acción de salud pueda efectuarse en espacios cercanos a la población y diferentes al propio Centro de Salud.



## **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:**

Número de personas en control en el Programa Vida Sana.

Personas que están recibiendo las actividades señaladas por el programa, y que se encuentran activamente en controles de su estado, asistiendo periódicamente a las citaciones con los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario de este programa.

Se considerará abandono cuando se haya alcanzado el plazo máximo de inasistencia de 60 días sin justificación que amerite su permanencia, efectuándose en dicho periodo 3 acciones de rescate, a la fecha del corte.

Número de Personas en Control en el PVS clasificados según estado nutricional:

Personas que cumplen con los criterios de ingreso señalados en las orientaciones técnicas del programa, cuya clasificación nutricional es:

Obeso

Sobre peso

Normal

Número de Personas en Control en el PVS con según diagnóstico de Pre-Hipertensión.

Personas con diagnóstico de Pre-Hipertensión, indicado en las Guía clínicas de Hipertensión y que tienen su estado nutricional previamente clasificado.

Número de Personas en Control en el PVS con diagnóstico de Pre-Diabéticas.

Personas con diagnóstico de Pre-Diabetes Mellitus tipo II, indicado en las Guía clínicas de Hipertensión y que tienen su estado nutricional previamente clasificado.

Número de Personas en Control en el PVS con perímetro de cintura aumentado.

Personas que en la consulta nutricional presentan perímetro de cintura aumentado y que tienen su estado nutricional previamente clasificado.

## **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:**

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PROGRAMA VIDA SANA.

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con Medico, Nutricionista, Psicólogo y profesional de la actividad física.

Este grupo de personas están recibiendo las actividades señaladas por el programa de intervención, se deberá registrar por grupos de edad y sexo, con una citación para estos profesionales y hasta un plazo máximo de inasistencia de 60 días sin justificación que amerite su permanencia, efectuándose en dicho periodo 3 acciones de rescate, a la fecha del corte.



**Nº DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CLASIFICADOS SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL:**  
Corresponde al número de personas en control en el PSCV, que fueron clasificadas en la consulta nutricional según estado nutricional (obeso, sobrepeso, normal).

**Nº DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON DIAGNOSTICO DE PREHIPERTENCION.**  
Corresponde al número de personas en control en el PVS, que fueron diagnosticadas pre-hipertensas, clasificadas en la consulta nutricional según estado nutricional (obeso, sobrepeso, normal).

**Nº DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON DIAGNOSTICO DE PREDIABETICAS.**

Corresponde al número de personas en control en el PVS, que fueron diagnosticadas pre-diabéticas, clasificadas en la consulta nutricional según estado nutricional (obeso, sobrepeso, normal).

**Nº DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON PERIMETRO DE CINTURA AUMENTADO.**  
Corresponde al número de personas en control en el PVS, que en la consulta nutricional presentan perímetro de cintura aumentado, según estado nutricional (obeso, sobrepeso, normal).

## **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:**

**NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON SEGUNDO CONTROL REALIZADO.**

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con segundo control realizado por nutricionista.

**NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON TERCER CONTROL REALIZADO.**

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con tercer control realizado por nutricionista y profesional de la actividad física.

**NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON TERCER CONTROL REALIZADO MEJORARON SU DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO**

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con tercer control realizado por nutricionista y que han mejorado su diagnóstico nutricional integrado según edad y sexo.

**NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON TERCER CONTROL REALIZADO MEJORARON SU DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO O ZSCORE DE PESO/TALLA**

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con tercer control realizado por nutricionista y que han mejorado su diagnóstico nutricional integrado o ZScore peso/talla según edad y sexo.



NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON TERCER CONTROL REALIZADO MEJORARON SU DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL O ZSCORE DE IMC

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con tercer control realizado por nutricionista y que han mejorado su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC según edad y sexo.

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON TERCER CONTROL REALIZADO MEJORARON SU DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL O ZSCORE DE IMC

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con tercer control realizado por nutricionista y que han mejorado su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC según edad y sexo.

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON TERCER CONTROL REALIZADO MANTIENEN SU PESO INICIAL

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con tercer control realizado por nutricionista y que han mantenido su peso inicial.

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON TERCER CONTROL REALIZADO QUE BAJAN SU PESO INICIAL EN UN 5% O MAS.

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con tercer control realizado por nutricionista y que bajan su peso en un 5% o más.

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON TERCER CONTROL REALIZADO QUE BAJAN SU PESO INICIAL EN MENOS DE UN 5%.

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con tercer control realizado por nutricionista y que bajan su peso en menos de un 5%.

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON TERCER CONTROL REALIZADO QUE MEJORAN SU PERIMETRO DE CINTURA

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con tercer control realizado por nutricionista y que mejoran su perímetro de cintura.

NUMERO DE MUJERES EN CONTROL EN EL PVS CON TERCER CONTROL REALIZADO QUE RECUPERAN SU PESO PREGESTACIONAL

Corresponde al número de mujeres post parto que se encuentran en control en el PVS con tercer control realizado por nutricionista y que recuperan su peso pre-gestacional.

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON TERCER CONTROL REALIZADO QUE DISMINUYEN SU INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)



Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con tercer control realizado por nutricionista y disminuyen su Índice de masa corporal (IMC)

#### NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON TERCER CONTROL REALIZADO Y MEJORAN SU CAPACIDAD FUNCIONAL

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con tercer control realizado por profesional de la actividad física y mejoran su capacidad funcional según las siguientes situaciones:

- Si aumenta distancia caminada ajustada por talla y la frecuencia cardiaca post es igual o menor.
- Si aumenta distancia caminada ajustada por talla y mejora su capacidad de recuperación al esfuerzo (delta de recuperación (frecuencia cardiaca post - frecuencia cardiaca de recuperación).
- Si mantiene distancia caminada ajustada por talla y mejora su capacidad de recuperación al esfuerzo (delta de recuperación (frecuencia cardiaca post - frecuencia cardiaca de recuperación).

#### NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON TERCER CONTROL REALIZADO Y MEJORAN SU CAPACIDAD MUSCULAR

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con tercer control realizado por profesional de la actividad física y mejoran su capacidad muscular según las siguientes situaciones:

- Si aumenta las sentadillas y la frecuencia cardiaca post es igual o menor
- Si aumenta las sentadillas y mejora su capacidad de recuperación al esfuerzo (delta de recuperación (frecuencia cardiaca post - frecuencia cardiaca de recuperación es igual o mayor).
- Si mantiene las sentadillas y mejora su capacidad de recuperación al esfuerzo (delta de recuperación frecuencia cardiaca post - frecuencia cardiaca de recuperación es mayor).

#### NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON TERCER CONTROL REALIZADO Y MEJORAN SU CAPACIDAD MOTORA

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con tercer control realizado por profesional de la actividad física y mejoran su capacidad motora si supera la distancia de salto ajustada por talla.





NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON TERCER CONTROL QUE ASISTEN A UN 60% DE LAS SESIONES DEL PROGRAMA

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con tercer control realizado por profesional de la actividad física que cumplen con un 60% o más de asistencia a las sesiones de actividad física del periodo. (Junio – diciembre)

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON TERCER CONTROL REALIZADO QUE DISMINUYEN NIVELES DE GLICEMIA

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con tercer control realizado que en el ingreso al programa su examen de glicemia se encontraba alterado para su edad, disminuye.

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON TERCER CONTROL REALIZADO QUE DISMINUYEN NIVELES DE COLESTEROL (LDL)

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con tercer control realizado que en el ingreso al programa su examen de colesterol (LDL) se encontraba alterado para su edad, disminuye.

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON TERCER CONTROL REALIZADO QUE DISMINUYEN NIVELES DE TRIGLICERIDOS

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con tercer control realizado que en el ingreso al programa su examen de triglicérido se encontraba alterado para su edad, disminuye.

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON TERCER CONTROL REALIZADO QUE DISMINUYEN SU PRESION ARTERIAL

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con tercer control realizado que en el ingreso al programa su presión arterial se encontraba alterado para su edad, disminuye

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON CUARTO CONTROL REALIZADO.

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con cuarto control realizado por nutricionista.



NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON CUARTO CONTROL REALIZADO MEJORARON SU DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con cuarto control realizado por nutricionista y que han mejorado su diagnóstico nutricional integrado según edad y sexo.

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON CUARTO CONTROL REALIZADO MEJORARON SU DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO O ZSCORE DE PESO/TALLA

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con cuarto control realizado por nutricionista y que han mejorado su diagnóstico nutricional integrado o ZScore peso/talla según edad y sexo.

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON CUARTO CONTROL REALIZADO MEJORARON SU DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL O ZSCORE DE IMC

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con cuarto control realizado por nutricionista y que han mejorado su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC según edad y sexo.

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON CUARTO CONTROL REALIZADO MEJORARON SU DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL O ZSCORE DE IMC

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con cuarto control realizado por nutricionista y que han mejorado su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC según edad y sexo.

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON CUARTO CONTROL REALIZADO MANTIENEN SU PESO INICIAL

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con cuarto control realizado por nutricionista y que han mantenido su peso inicial.

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON CUARTO CONTROL REALIZADO QUE BAJAN SU PESO INICIAL EN UN 5% O MAS.



Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con cuarto control realizado por nutricionista y que bajan su peso en un 5% o más.

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON CUARTO CONTROL REALIZADO QUE BAJAN SU PESO INICIAL EN MENOS DE UN 5%.

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con cuarto control realizado por nutricionista y que bajan su peso en menos de un 5%.

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON CUARTO CONTROL REALIZADO QUE MEJORAN SU PERIMETRO DE CINTURA

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con cuarto control realizado por nutricionista y que mejoran su perímetro de cintura.

NUMERO DE MUJERES EN CONTROL EN EL PVS CON CUARTO CONTROL REALIZADO QUE RECUPERAN SU PESO PREGESTACIONAL

Corresponde al número de mujeres post parto que se encuentran en control en el PVS con cuarto control realizado por nutricionista y que recuperan su peso pre-gestacional.

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON CUARTO CONTROL REALIZADO QUE DISMINUYEN SU INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con cuarto control realizado por nutricionista y disminuyen su Índice de masa corporal (IMC)

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON QUINTO CONTROL REALIZADO.

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con quinto control realizado por nutricionista.

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON QUINTO CONTROL REALIZADO MEJORARON SU DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con quinto control realizado por nutricionista y que han mejorado su diagnóstico nutricional integrado según edad y sexo.



**NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON QUINTO CONTROL REALIZADO MEJORARON SU DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO O ZSCORE DE PESO/TALLA**

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con quinto control realizado por nutricionista y que han mejorado su diagnóstico nutricional integrado o ZScore peso/talla según edad y sexo.

**NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON QUINTO CONTROL REALIZADO MEJORARON SU DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL O ZSCORE DE IMC**

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con quinto control realizado por nutricionista y que han mejorado su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC según edad y sexo.

**NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON QUINTO CONTROL REALIZADO MEJORARON SU DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL O ZSCORE DE IMC**

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con quinto control realizado por nutricionista y que han mejorado su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC según edad y sexo.

**NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON QUINTO CONTROL REALIZADO MANTIENEN SU PESO INICIAL**

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con quinto control realizado por nutricionista y que han mantenido su peso inicial.

**NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON QUINTO CONTROL REALIZADO QUE BAJAN SU PESO INICIAL EN UN 5% O MAS.**

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con quinto control realizado por nutricionista y que bajan su peso en un 5% o más.

**NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON QUINTO CONTROL REALIZADO QUE BAJAN SU PESO INICIAL EN MENOS DE UN 5%.**

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con quinto control realizado por nutricionista y que bajan su peso en menos de un 5%.

**NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON QUINTO CONTROL REALIZADO QUE MEJORAN SU PERIMETRO DE CINTURA**

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con quinto control realizado por nutricionista y que mejoran su perímetro de cintura.

**NUMERO DE MUJERES EN CONTROL EN EL PVS CON QUINTO CONTROL REALIZADO QUE RECUPERAN SU PESO PREGESTACIONAL**



Corresponde al número de mujeres post parto que se encuentran en control en el PVS con quinto control realizado por nutricionista y que recuperan su peso pre-gestacional.

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON QUINTO CONTROL REALIZADO QUE DISMINUYEN SU INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con quinto control realizado por nutricionista y disminuyen su Índice de masa corporal (IMC)

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON QUINTO CONTROL REALIZADO, QUE SERÁN EGRESADOS POR ALTA\* DEL PROGRAMA VIDA SANA Y MEJORAN SU CAPACIDAD FUNCIONAL

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con quinto control realizado por profesional de la actividad física, que serán egresados por alta del programa y mejoran su capacidad funcional según las siguientes situaciones:

- Si aumenta distancia caminada ajustada por talla y la frecuencia cardiaca post es igual o menor.
- Si aumenta distancia caminada ajustada por talla y mejora su capacidad de recuperación al esfuerzo (delta de recuperación (frecuencia cardiaca post - frecuencia cardiaca de recuperación)).
- Si mantiene distancia caminada ajustada por talla y mejora su capacidad de recuperación al esfuerzo (delta de recuperación (frecuencia cardiaca post - frecuencia cardiaca de recuperación)).

\*: EGRESADOS POR ALTA, son usuarios que durante el mes informado, habiendo cumplido los 12 meses de intervención, han sido dados de alta por el programa por no poseer ninguna condición de riesgo para ser intervenidos por PVS.

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON QUINTO CONTROL REALIZADO, QUE SERÁN EGRESADOS POR ALTA\* DEL PROGRAMA VIDA SANA Y MEJORAN SU CAPACIDAD MUSCULAR

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con quinto control realizado por profesional de la actividad física, que serán egresados por alta del programa y mejoran su capacidad muscular según las siguientes situaciones:

- Si aumenta las sentadillas y la frecuencia cardiaca post es igual o menor
- Si aumenta las sentadillas y mejora su capacidad de recuperación al esfuerzo (delta de recuperación (frecuencia cardiaca post - frecuencia cardiaca de recuperación es igual o mayor)).



- Si mantiene las sentadillas y mejora su capacidad de recuperación al esfuerzo (delta de recuperación frecuencia cardiaca post - frecuencia cardiaca de recuperación es mayor).

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON QUINTO CONTROL REALIZADO, QUE SERÁN EGRESADOS POR ALTA\* DEL PROGRAMA VIDA SANA Y MEJORAN SU CAPACIDAD MOTORA

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con quinto control realizado por profesional de la actividad física, que serán egresados por alta del programa y mejoran su capacidad motora si supera la distancia de salto ajustada por talla.

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PVS CON QUINTO CONTROL QUE ASISTEN A UN 60% DE LAS SESIONES DEL PROGRAMA

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PVS con quinto control realizado por profesional de la actividad física que cumplen con un 60% o más de asistencia a las sesiones de actividad física del periodo. (Junio – diciembre)



## RESUMEN ESTADISTICO REM-P11

### POBLACION EN CONTROL PROGRAMA DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL – VIH/SIDA

#### ESTRUCTURA REM-P.11

**Sección A: Población En Control De VIH/Sida.**

**Sección B: Población En Control Por Comercio Sexual.**

#### DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-P.11

### SECCIÓN A: POBLACIÓN EN CONTROL DEL PROGRAMA VIH/SIDA.

#### DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Número de personas con VIH/SIDA: Personas en control (con y sin tratamiento antirretroviral) a la fecha de corte.

Número de personas con VIH/SIDA con TARV: Pacientes en el programa que reciben tratamiento antirretroviral y han asistido a control, al menos una vez durante el período informado.

Número de personas con VIH/SIDA sin TARV: Pacientes en el programa que NO reciben tratamiento antirretroviral y han asistido a control, al menos una vez durante los últimos doce meses.

#### DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Generalidades: TRANS aquella que teniendo un determinado sexo biológico se comporta, se viste o se identifica con el sexo opuesto. En esta definición se incluye a las personas transgéneros, travestis y transexuales.

Sección A, corresponde registrar el número de personas en control de VIH/SIDA, en establecimientos que cuentan con centros de Atención de VIH/SIDA, además se debe consignar el número de personas CON y SIN Tratamiento Antirretroviral (TARV). Registrándose por grupo de edad y sexo a la fecha de corte.

Se debe registrar cuantas de las pacientes en control son gestantes al momento del corte. Además cuantas personas del total se identifican como TRANS.

Esta sección es de exclusivo de establecimientos que poseen de centros de atención VIH/SIDA.

Población Inmigrantes: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a chilena, y se encuentran bajo control CON o SIN Tratamiento Antirretroviral (TARV) en el establecimiento de salud.



## **SECCIÓN B: POBLACIÓN EN CONTROL POR COMERCIO SEXUAL.**

### **DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:**

Número de personas/comercio sexual: Personas en control que ejercen comercio sexual, a la fecha de corte.

### **DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:**

Sección B, se debe registrar el número de personas que ejercen comercio sexual, y que están en control en establecimientos que tienen unidades de control y atención Comercio Sexual, se debe desagregar por sexo y edad, y además contabilizar el número de pacientes que se identifican como TRANS.

Esta sección es de exclusivo de establecimientos que poseen unidades de atención y control de personas que ejercen el comercio sexual.





## **RESUMEN ESTADISTICO REM-P12 COBERTURA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y CÁNCER DE MAMA**

### **ESTRUCTURA REM-P.12**

**Sección A: Programa De Cáncer De Cuello Uterino: Población Femenina Con PAP Vigente.**

**Sección B: Programa De Cáncer De Cuello Uterino: PAP Realizados E Informados, según Resultados.**

**Sección C: Programa De Cáncer De Mama: Número De Mujeres Con Mamografía (Vigente).**

**Sección D: Programa De Cáncer De Mama: Número De Mujeres Con Examen Físico De Mama (Vigente).**

### **DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-P.12**

#### **SECCIÓN A: PROGRAMA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO: POBLACIÓN FEMENINA CON PAP VIGENTE**

El Programa cáncer de cuello Uterino, es un Programa nacional de prevención, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer del cuello del útero y sus lesiones preinvasoras. Esta sección mide el numerador del indicador de Cobertura de PAP vigente en los últimos 3 años, examen focalizado en mujeres de 25 a 64 años. La toma del PAP está inserta dentro de todas las actividades de atención de la mujer, está garantizado en el Examen de Medicina Preventiva (EMP) y en el GES. Cada Servicio de Salud debe disponer del denominador de su población para obtener el dato de cobertura semestral.

Los datos corresponden al número de mujeres entre 25 y 64 años, distribuidos por grupos quinquenales, con PAP vigente informado en los últimos 3 años, a la fecha del corte.

La fuente para el 2012 es el Software del Programa Cáncer Cérvico Uterino: Citoexpert y en el futuro será remplazado por el REVICAN (no usar los tarjeteros poblacionales para este dato). Cada establecimiento debiera obtener el dato del Citoexpert, respetando la fecha de corte (30 de Junio y 31 de Diciembre). El profesional Matrona (ón) Encargada (o) de Programa de Cáncer Cervicouterino, en cada Servicio de Salud, debe visar esta información previo al envío al DEIS.



## **SECCIÓN B: PROGRAMA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO: PAP REALIZADOS E INFORMADOS, SEGÚN RESULTADOS**

Esta sección detalla la distribución de citologías de PAP (no mujeres) realizadas e informadas en el semestre, según resultados (normales, inadecuados, atípicos y positivos) y grupos de edad a la fecha del corte.

La fuente para el 2012 es el Software del Programa Cáncer Cervicouterino Citoexpert en el futuro será remplazado por el REVICAN. Esta información la poseen los Laboratorios de Citopatología que procesan los PAP de su Servicio de Salud. Estos son los que deben informar estos registros en el establecimiento donde funcionan.

## **SECCIONES C y D: SECCIÓN C: PROGRAMA DE CÁNCER DE MAMA: NÚMERO DE MUJERES CON MAMOGRAFÍAS VIGENTES**

Corresponde al número de mujeres con mamografía realizada e informada en los últimos tres años, por grupos de edad, a la fecha de corte considerar a todas las mujeres, independiente de fuente de financiamiento de la mamografía.

El Programa cáncer de mama, es un Programa nacional de pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Esta sección mide el numerador del indicador de Cobertura de mamografía vigente en los últimos 3 años, actualmente en el Examen de Medicina Preventiva (EMP) se garantiza una mamografía en mujeres de 50 a 54 años. Sin embargo se solicita registrar el dato, según los grupos de edad indicados Cada Servicio de Salud debe disponer del denominador de su población para obtener el dato de cobertura semestral.

La fuente de información para esta sección son los Tarjeteros Población bajo control de Cáncer de Mamas o sistemas informatizados. El profesional Matrona (ón) Encargada (o) de Programa de Cáncer de Mama, en cada Servicio de Salud, debe visar esta información previo al envío al DEIS.

## **SECCIÓN D: PROGRAMA DE CÁNCER DE MAMA: NÚMERO DE MUJERES CON EXAMEN FÍSICO DE MAMAS**

Corresponde al número de mujeres en control, que se les ha realizado el Examen Físico de Mamas (EFM), por Médico o Matrona, en los últimos 3 años (EFM vigente), por grupos de edad, a la fecha de corte.

Fuente de datos: Tarjeteros Población bajo control de Cáncer de Mamas o sistemas informatizados.

El profesional Matrona (ón) Encargada (o) de Programa de Cáncer de Mama, en cada Servicio de Salud, debe visar esta información previo al envío a su respectivo DEIS en los primeros 5 días hábiles de Julio y Enero respectivamente.

Las Secciones C y D deben ser confeccionados por todos los Establecimientos de Atención Primaria que integran la Red de Establecimientos del SNSS, basado en el registro de Tarjeteros de población bajo control de Cáncer de Mamas.