



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

MANUAL OPERATIVO PROGRAMAS DE SALUD RESPIRATORIA

División de Atención Primaria
Unidad de Salud Respiratoria
2015

RESPONSABLES MINISTERIALES

Irma Vargas Palavicino	Jefa Departamento de Modelo de APS. División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales
Rebeca Paiva Reinero	Médico Broncopulmonar Infantil, Encargada de la Unidad de Salud Respiratoria. Departamento de Modelo de APS. División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales
Raúl Valenzuela Suazo	Kinesiólogo, Unidad de Salud Respiratoria. Departamento de Modelo de APS. División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales
Paola Pontoni Zúñiga	Enfermera, Unidad de Salud Respiratoria. Departamento de Modelo de APS. División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales

COLABORADORES

Cristián Muñoz Zúñiga	Kinesiólogo, Encargado de Salud Respiratoria Servicio de Salud Metropolitano Sur
Ema Villalobos Millas	Kinesióloga, Encargado de Salud Respiratoria Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente
Francisco Peñaloza Valdivia	Médico de Familia, Encargado de Salud Respiratoria Servicio de Salud Metropolitano Central
Johanna Espinoza Alvarado	Kinesióloga, Encargada Programa Respiratorios SEREMI de Salud Región Metropolitana
Leonor Román Parra	Médico de Familia, Encargado de Salud Respiratoria Servicio de Salud Metropolitano Oriente
María José Farías Madrid	Kinesióloga, Encargado de Salud Respiratoria Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Nilza de la Parra Crisóstomo	Kinesióloga, Encargado de Salud Respiratoria Servicio de Salud Metropolitano Norte
Paola Vaccaro Escudero	Kinesióloga, Encargado de Salud Respiratoria Servicio de Salud Valparaíso San Antonio

REVISORES MINISTERIALES

Ana Ayala	Matrona, Encargada Programa Salud Mujer. Departamento de Modelo de APS. División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales
Carolina Castillo	Psicóloga, Programa Nacional de Salud en la Infancia. Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública
Karina Castillo	Química Farmacéutica. División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales

Lucia Vergara	Enfermera, Unidad Chile Crece Contigo. Departamento de Modelo de APS. División de Atención Primaria, Subsecretaría Redes Asistenciales
Nanet González	Kinesióloga, Programa Más Adultos Mayores Autovalente. Departamento de Modelo de APS. División de Atención Primaria, Subsecretaría Redes Asistenciales
Patricia Contreras	Enfermera, Departamento Enfermedades Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública

REVISORES SERVICIOS DE SALUD

Ana María Mujica	Kinesióloga, Encargado de Salud Respiratoria, Servicio de Salud Iquique
Carlos Pérez Santana	Kinesiólogo, Encargado de Salud Respiratoria, Servicio de Salud Aysén
Chriss Cornejo Rojas	Kinesióloga, Encargado de Salud Respiratoria, Servicio de Salud O`Higgins
Daniel Serrano Rojas	Kinesiólogo, Encargado de Salud Respiratoria, Servicio de Salud Maule
Edward Navarro Delgado	Kinesiólogo, Encargado de Salud Respiratoria, Servicio de Salud Coquimbo
Iven Morales Escobar	Kinesióloga, Encargado de Salud Respiratoria, Servicio de Salud Antofagasta
Katherine Uribe Uribe	Kinesióloga, Encargado de Salud Respiratoria, Servicio de Salud Aconcagua
Mario Aburto Foitzich	Kinesiólogo, Encargado de Salud Respiratoria, Servicio de Salud Osorno
Pedro Garcia Aravena	Kinesiólogo, Encargado de Salud Respiratoria, Servicio de Salud Concepción
Raquel Paves Morales	Médico de Familia, Encargado de Salud Respiratoria, Servicio de Salud Ñuble
Rosita Escobar Soto	Kinesióloga, Encargado de Salud Respiratoria, Servicio de Salud Atacama
Verónica Yáñez González	Kinesióloga, Encargado de Salud Respiratoria, Servicio de Salud Magallanes

ÍNDICE

I. Introducción	5
II. Descripción de los programas respiratorios	7
> Programas IRA-ERA	7
- Programa Apoyo Diagnóstico Radiológico en el Nivel Primario de Atención para la Resolución Eficiente de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC)	7
- Recarga de Oxígeno para Salas IRA-ERA-Mixtas	8
> Programa AVNI-AVI / AVNIA-AVIA	8
> Programa Oxigenoterapia Ambulatoria	9
> Programa de Profilaxis Virus Respiratorio Sincicial	9
III. Capacitación	11
IV. Administración y Gestión de los Programas Respiratorios	12
1. Estructura Administrativa	12
a. Nivel Central	12
b. Nivel Intermedio	13
2. Coordinación e integración de los Programas Respiratorios en la Red.	14
A. Coordinación de los Programas IRA y ERA por ciclo vital.	14
B. Coordinación Nivel Secundario con APS en los Programas Respiratorios.	21
C. Coordinación Servicios de Atención de Urgencia con APS.	22
V. Gestión Clínico-Administrativa del Programa en el Centro de Salud	23
1. Estructura, equipamiento e insumos de Sala IRA-ERA	23
2. Planificación, Programación y registro de actividades	24
3. Estandarización de actividades clínicas de los programas IRA ERA	27
VI. Plan de Monitoreo y Evaluación	31
ANEXOS	34

I. INTRODUCCIÓN

La Encuesta Nacional de Salud del año 2010 da cuenta de un aumento en el nivel de morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo (MINSAL, 2010). Para hacer frente a ello se incorporaron en la Estrategia Nacional de Salud (ENS) 4 grandes objetivos sanitarios: mejorar la salud de la población, disminuir la desigualdad en salud, aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud y asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias. Para lograr el cumplimiento de estos 4 grandes objetivos se dispuso de 9 Ejes Estratégicos (EE), dos de los cuales se encuentran asociados a enfermedades transmisibles y a enfermedades crónicas no transmisibles, donde se incluyen las enfermedades respiratorias agudas y las crónicas respiratorias. En otro Grupo de EE, se abarca las metas de salud intermediarias como es el control de los factores de riesgo, como el tabaquismo.

Existen factores de riesgo conductuales para enfermedades crónicas que aún presentan en Chile gradientes educacionales inversas: uno de estos es el consumo de tabaco; este se presenta en el 40,6% de la población general adulta que declara ser fumadora ocasional o diaria (ENS, 2009-2010), dada su importancia este EE está dentro de las acciones en Salud de los Programas Respiratorios.

En cuanto a las enfermedades respiratorias agudas la Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2011-2020 propone dos grupos de estrategias: procurar cobertura adecuadas de inmunizaciones y mejorar la prevención y tratamiento de las neumonías. Para ello se debe aumentar la pesquisa en personas que consulten en Servicios de Urgencia por neumonía y derivar al equipo IRA- ERA de los centros de salud primario, mediante estrategias locales de trabajo conjunto entre nivel primario y secundario.

Con respecto a las enfermedades respiratorias crónicas, la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 las considera en tres ámbitos a realizar: (1) aumentar la detección precoz y cobertura de la atención; (2) mejorar la calidad de la atención; y (3) fortalecer la prevención secundaria¹.

En la actualidad, existe una cobertura total del 2,53% de la población inscrita y validada en los centros de Atención Primaria con patología respiratoria crónica (SBOR, Asma y EPOC) a nivel nacional (DEIS 2013) y la meta comprometida al 2020 en la ENS es llegar a una cobertura del 5% para esta población.

En cuanto a la calidad de la atención, resulta necesario avanzar en la estandarización del tratamiento del manejo clínico de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. Hoy día no es posible considerar el manejo de las afecciones crónicas, sin considerar el autocuidado y la detección precoz de las exacerbaciones que caracterizan a estas enfermedades respiratorias. Por ello, y según señala la evidencia, la educación en prevención secundaria y terciaria es una herramienta clave, por ejemplo consejería breve y deshabituación tabáquica. Actualmente se cuenta con guías de práctica clínica para el manejo ambulatorio de estos pacientes, a través del GES. Sin embargo, es necesario establecer protocolos con los expertos y crear modalidades de difusión para el manejo hospitalario, junto con mejorar la coordinación de la red asistencial en sus distintos niveles.

Con el propósito de implementar un modelo de atención integral, la reforma de la salud plantea el desarrollo de gestión en red basado en el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud con un modelo de salud familiar y comunitaria, transformación de la atención hospitalaria hacia la ambulatorización y la necesidad de la articulación de la red asistencial para dar respuesta a las necesidades locales expresadas en la participación social.

¹ Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020.

Para lograr este objetivo es necesario articular la red asistencial y administrativa, para ello se elaboró este documento que da a conocer los programas respiratorios y su inserción en la red asistencial primaria y secundaria. Definiendo la vinculación y articulación del nivel primario con el secundario y el intersector, junto con la descripción de las funciones que debe cumplir cada nivel con respecto a estos, poniendo énfasis en la integralidad, continuidad y calidad de la atención.

Agradecemos a todas las personas que con sus aportes y revisión crítica hicieron posible esta primera edición del “Manual operativo programas de salud respiratoria”. En forma especial a quienes en el día a día con su trabajo y compromiso han llevado a cabo este proceso, los equipos de salud, la comunidad, los municipios, los Servicios de Salud y al equipo de la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.



DRA. ANGÉLICA VERDUGO SOBRAL
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

II. DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS RESPIRATORIOS

A continuación se describen los programas que son gestionados desde la Unidad de Salud Respiratoria del ministerio de Salud.

> Programas IRA-ERA

Propósito:

Otorgar atención de salud oportuna, humanizada y de calidad a la población con enfermedades respiratorias agudas y crónicas, conforme a las guías y normas ministeriales existentes.

Descripción de los Programas:

Estos programas, desarrollados a lo largo del país deben realizar actividades de promoción, prevención, pesquisa precoz, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de usuarios con enfermedades respiratorias agudas y crónicas de su población a cargo, bajo el modelo de atención integral y enfoque familiar, estableciendo coordinación con nivel secundario, incorporando determinantes psicosociales en la evaluación de los pacientes y sus familias, involucrando a éstas en el autocuidado y manejo de los problemas de salud, trabajando con el intersector.

Objetivo General:

Entregar atención oportuna, personalizada y de calidad a usuarios que cursan con infecciones respiratorias agudas y presentan enfermedades respiratorias crónicas, contribuyendo a disminuir complicaciones y mortalidad prematura, como también a la mejoría de la calidad de vida de éstas.

Objetivos Específicos:

- Contribuir a la disminución de la mortalidad prematura por enfermedades respiratorias agudas y crónicas, alcanzando la meta definida en la estrategia nacional de salud para 2020
- Desarrollar estrategias educativas individuales y/o grupales para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades respiratorias agudas y crónicas.

Estrategias Complementarias para Programas IRA-ERA en la Atención Primaria:

- Programa Apoyo Diagnóstico Radiológico en el Nivel Primario de Atención para la Resolución Eficiente de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC)

Propósito:

Mejorar la resolutividad de la Atención Primaria frente al diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) en menores de 5 años, de 65 y más años y en personas de otras edades con dicha sospecha diagnóstica.

Descripción del Programa:

Estrategia de apoyo, que se desarrolla a nivel nacional, con el fin de aumentar la resolutividad de APS, mediante la toma de radiografía de tórax para el diagnóstico oportuno y precoz de la neumonía adquirida en la comunidad en los centros de salud comunal y hospitales comunitarios.

Objetivo General:

Contribuir a mejorar la resolutivez diagn3stica de NAC en los centros de APS.

- Recarga de Ox3geno para Salas IRA-ERA-Mixtas**Prop3sito:**

Proporcionar ox3geno a usuarios que desarrollan cuadro respiratorio obstructivo agudo y que en flujo-norma normado de manejo (hospitalizaci3n abreviada) requieren ox3geno de apoyo hasta lograr su mejor3a cl3nica.

Descripci3n:

Esta estrategia tiene por finalidad apoyar con servicio de arriendo de bal3n y reposici3n de ox3geno a las salas IRA-ERA y Mixtas de la red asistencial que contratan el servicio, seg3n protocolo (Anexo N31).

> Programa AVNI-AVI / AVNIA-AVIA**Prop3sito:**

Reintegrar a su domicilio a pacientes que requieren apoyo ventilatorio cr3nico como manejo de su patolog3a de base, liberando camas hospitalarias y mejorando su calidad de vida relacionada a salud.

Descripci3n de los Programas:

Los programas de ventilados adulto y ni3os, transfieren tecnolog3a e insumos estandarizados, junto con realizar prestaciones en domicilio para los usuarios con necesidades de ventilaci3n que cumplen criterios de inclusi3n, ser3n seleccionados por el m3dico encargado del programa de ventilados de cada hospital de nivel secundario. Los pacientes seleccionados se informar3n al nivel central y la Unidad de Salud Respiratoria otorgar3 cupos de acuerdo al marco presupuestario existente. Al ingresar al programa, 3ste debe ser registrado en la p3gina web <http://respiratorio.minsal.cl/> para que se transfiera la tecnolog3a e insumos al domicilio del paciente y se establece la red de atenci3n de estos pacientes en coordinaci3n APS con nivel secundario. Esta red de atenci3n incluye visita domiciliaria por profesionales capacitados, en conjunto con los controles en APS y nivel secundario, donde el encargado del programa coordina policl3nico de seguimiento. Se debe coordinar la red de atenci3n entre APS, SAMU, equipo nivel secundario y encargado de salud respiratoria, siendo este 3ltimo el gestor de esta coordinaci3n.

Objetivo General:

Proveer ventilaci3n mec3nica invasiva y no invasiva a usuarios beneficiarios FONASA, que requieran ventilaci3n cr3nica para manejo de insuficiencia respiratoria cr3nica en su domicilio.

Objetivos Espec3ficos:

- Contribuir a mejorar la calidad de vida relacionada a salud de los pacientes seleccionados con ventilaci3n mec3nica cr3nica estable y lograr reintegrarlos en el n3cleo familiar, actividades escolares y laborales.
- Transferir tecnolog3a y capacitaci3n para el manejo de pacientes con necesidades respiratorias especiales.

- Proveer un servicio en domicilio de ventilación mecánica crónica en pacientes con estabilidad clínica, que cumplan con los criterios médicos y la evaluación social requerida para un manejo eficiente y seguro.
- Aumentar la capacidad resolutive de la red asistencial.
- Liberar recursos de cama, especialmente camas críticas para el manejo de pacientes agudos.
- Disminuir los costos de hospitalización de los pacientes ventilados crónicos al transferir el ejercicio de esta prestación en salud desde las UCI al domicilio supervisados por equipos de profesionales especializados coordinados con la APS.

> Programa Oxigenoterapia Ambulatoria

Propósito:

Aumentar la sobrevivencia de pacientes con insuficiencia respiratoria crónica o que requieren la administración de oxígeno en forma transitoria o permanente, facilitando su reinserción familiar, escolar y laboral, mejorando su calidad de vida relacionada a salud junto con liberar camas hospitalarias.

Descripción del Programa:

El programa provee de oxígeno a los usuarios que cumplen criterios de inclusión, la indicación es de responsabilidad del médico broncopulmonar (infantil o adulto) o pediatra/internista capacitado encargado del programa de cada hospital. Al ingresar un paciente al programa, éste debe ser registrado en la página web <http://respiratorio.minsal.cl/> para que se transfiera el sistema de administración de oxígeno al domicilio del paciente y se establece la red de atención de estos pacientes en coordinación APS con nivel secundario. El objetivo es suministrar oxígeno a pacientes pertenecientes a FONASA, con insuficiencia respiratoria crónica en donde determine un beneficio clínico objetivable.

> Programa de Profilaxis Virus Respiratorio Sincicial

Propósito:

Proteger a la población de recién nacido pre término, es decir, aquellos que nacen con menos de 32 semanas de gestación y presentan diagnóstico de Displasia Broncopulmonar, con riesgo de adquirir enfermedades respiratorias causadas por virus sincicial respiratorio durante periodo de mayor circulación viral.

Descripción del Programa:

El programa de profilaxis virus respiratorio sincicial en niños prematuros con displasia broncopulmonar, comprende a todos los niños que cumplen con criterios de inclusión y se desarrolla durante el periodo comprendido de mayo a septiembre del año en curso. Los cupos son asignados desde MINSAL a los Servicios de Salud de acuerdo a nómina de pacientes enviada por los médicos a cargo y conforme a la disponibilidad para el período. Los pacientes deben ser ingresados a la página web <http://respiratorio.minsal.cl/> junto a la información solicitada en ésta.

Ingresarán al programa aquellos pacientes que cumplan con todos los criterios señalados dentro del marco presupuestario vigente.

Objetivo General:

Prevenir enfermedad grave por virus respiratorios sincicial en este grupo objetivo, disminuyendo número y días de hospitalización.

Criterios de Inclusión:

Los criterios de selección son:

1. Pacientes con diagnóstico de Displasia Broncopulmonar Oxígeno Dependiente:

- Prematuros ≤ 32 semanas y/o ≤ 1500 gramos.
- Que al inicio del programa tengan 6 meses o menos de edad gestacional corregida (EGC) o edad cronológica (EC).
- Se incluirán además los respectivos hermanos Gemelos, de los pacientes con estas características.

2. Pacientes con Diagnóstico Displasia Broncopulmonar No Oxígeno Dependiente:

- Prematuros ≤ 32 semanas y/o ≤ 1500 gramos.
- Que al inicio del programa tengan 6 meses o menos de edad cronológica (EC).
- Se incluirán además los respectivos hermanos gemelos, de los pacientes con estas características.

III. CAPACITACIÓN

La gestión del recurso humano en la APS es gestionado mediante diversas estrategias complementarias:

- **Programa Desarrollo Recurso Humano:** para su ejecución el nivel ministerial entrega recursos a los servicios de salud quienes definen su uso en conjunto con las comunas, basadas en las orientaciones de capacitación entregadas desde el MINSAL.
- **Programa Apoyo Radiológico:** Este programa cuenta con un indicador que posibilita la utilización de saldos de recursos para capacitación, en temas como: Espirometría (para profesional que realiza el exámen) e interpretación de radiografía de tórax (enfocado a médicos), la cual puede ser gestionada por el servicio de salud o la propia comuna.
- **Plan anual de Capacitación:** el servicio de salud, con recursos propios, define las actividades que requiere realizar a los funcionarios de la red (APS como Hospital) y que no son cubiertas mediante otros programas.
- **Plan comunal de capacitación:** el municipio establece un programa para sus funcionarios, el cual cubre la demanda en ámbitos que son definidos como relevantes, con financiamiento local.

Para concretar dichas actividades es clave comunicar desde nivel central los requerimientos a los servicios de salud, quienes lo informan al encargado comunal de capacitación quien es el responsable de comunicar a los distintos niveles tanto la demanda requerida como la oferta existente.

El Programa de Aprendizaje Autogestionado del Ministerio de Salud, complemento de formación tradicional de los funcionarios que se desempeñan en centros de salud, entrega acciones de formación que les aporten herramientas para que puedan colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población. El link www.uvirtual.cl donde deberán registrarse y podrán acceder a realizar las cápsulas educativas.

Las distintas estrategias buscan satisfacer la formación deseable de un profesional del equipo respiratorio, que considera los siguientes ámbitos:

- Manejo de Infecciones Respiratorias en el niño (IRA).
- Manejo y control de las patologías respiratorias del adulto (ERA).
- Rehabilitación Pulmonar.
- Interpretación de Radiografía de tórax (médico).
- Exámenes funcionales respiratorios: Espirometría.
- Capacitación en Educación para la Salud.
- Formación en Salud Familiar y comunitaria.

IV. ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LOS PROGRAMAS RESPIRATORIOS

A continuación se describe la estructura administrativa en la cual se desarrollan los programas respiratorios desde el nivel central hasta el nivel local con sus respectivas funciones y coordinaciones.

1. Estructura Administrativa

Las actividades de los programas respiratorios se gestionan y desarrollan en los 3 niveles de atención:

1. Ministerial o central
2. Secretarías Regionales de Salud (Seremis) y Servicios de Salud, nivel intermedio
3. Establecimientos asistenciales o nivel local.

A continuación se describen las funciones de cada nivel:

a. Nivel Central

Radica en el Ministerio de Salud, en Subsecretaría de Salud Pública y de Redes Asistenciales, cada una de las cuales tiene un área de desarrollo que es:

- a. La Subsecretaría de Salud Pública coordina las actividades desde la División de Prevención y Control de Enfermedades con sus Departamentos de Enfermedades Transmisibles y Enfermedades Crónicas no Transmisibles, éstas tienen comunicación directa con las SEREMI quienes fiscalizan y supervisan el cumplimiento de las normas ministeriales. Esta subsecretaría es la responsable de convocar a expertos para la construcción de guías clínicas y renovación de ellas, junto con la difusión de estas.
- b. La Subsecretaría de Redes Asistenciales a través de la Unidad de Salud Respiratoria perteneciente a la División de Atención Primaria, coordina con los servicios de salud la implementación de los programas ministeriales de acuerdo a la normativa vigente.

Las funciones del nivel central en su conjunto son:

- Dictar lineamientos ministeriales para la realización de capacitación e investigación en Atención Primaria.
- Evaluar y actualizar la información relacionada con las actividades y estrategias incluidas en los programas y su impacto sanitario. Esta información a nivel nacional será un insumo para la formulación de un diagnóstico nacional de las enfermedades respiratorias del país.
- Formular normas, guías clínicas, orientaciones técnicas para el manejo y control de las enfermedades respiratorias.
- Regular, controlar, supervisar y evaluar las actividades de los programas en el sector público de Salud mediante indicadores de programa, incluyendo la gestión financiera.
- Coordinar con los servicios de salud y SEREMI actividades de planificación, supervisión y ejecución de programas respiratorios.

- Participar en actividades de coordinación intraministerio e interministeriales principalmente en aquellas actividades comunes de planificación, supervisión y ejecución de los programas.
- Coordinar actividades comunicacionales de los programas.
- Evaluar y promover el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios del país, por SEREMI y Servicio de Salud.

b. Nivel Intermedio

Reside en las direcciones de los servicios de salud y SEREMI de cada región.

El director del servicio de salud y SEREMI delegarán en el encargado de los programas respiratorios las funciones técnicas y administrativas, las funciones a este nivel son:

Servicios de Salud:

- Dar cumplimiento a las normas ministeriales en relación al desarrollo de todos los programas respiratorios.
- Planificación de las actividades de acuerdo a marco presupuestario entregado por MINSAL; gestionar propuesta técnica para la celebración de los convenios, monitoreo y evaluación técnica (indicadores y uso de los recursos).
- Supervisar y evaluar las actividades desarrolladas en los distintos programas respiratorios de los diferentes niveles de salud, donde tenga competencia. (Anexo N° 1)
- Contribuir a un diagnóstico actualizado de las enfermedades respiratorias del servicio de salud, realizando informes con distribución comunal y a nivel central.
- Promover y coordinar actividades de educación y capacitación en el ámbito de los programas respiratorios.
- Asesorar a los equipos de salud de los establecimientos y de la red de salud, cuando se requiera.
- Mantener registros y documentos técnicos, en relación a las funciones señaladas e informar a la dirección servicio y nivel central del funcionamiento y cumplimiento de los programas respiratorios en la red asistencial.
- Efectuar, de acuerdo a disponibilidad, investigaciones operacionales con asesoría del nivel central.
- Instruir, difundir y monitorear las estrategias conducentes al cumplimiento de la Estrategia Nacional de Salud y Orientaciones Programáticas emanadas del nivel central.
- Coordinación permanente con el intra e intersector de acuerdo a los requerimientos.
- Evaluar y promover el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios del Servicio de Salud.

SEREMI de Salud:

- Velar por el cumplimiento de las normas, reglamentos y guías ministeriales referentes a salud respiratoria en la red asistencial, emanadas desde MINSAL.
- Supervisar las acciones de salud pública referente a la salud respiratoria de la población.
- Monitorear los resultados de indicadores del programa de salud respiratoria en los periodos establecidos y realizar informes correspondientes con distribución regional y a nivel central.

- Promover actividades para la mejora de los resultados sanitarios de la región a través del funcionamiento permanente de la mesa de trabajo de salud respiratoria, conformada por él y los encargados de los servicios de salud.
- Comunicación y coordinación permanente con el nivel central.
- Mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico de salud respiratoria en la región.
- Coordinación permanente con el intra e intersector de acuerdo a los requerimientos.
- Evaluar y promover el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de su SEREMI de Salud y por servicio de salud de su región

c. Nivel Local

Reside en la dirección y/o departamento de salud comunal y en los directores de hospitales de familia y comunidad.

Los programas respiratorios se gestionan en Atención Primaria de Salud, a través de 2 instancias:

- a. Tuición técnica ejercida por el Servicio de Salud y Seremi en representación del ministerio.
- b. Tuición administrativa ejercida por la comuna y director de hospital.

Respecto de la tuición administrativa, cada comuna y hospital de familia deberá dar cumplimiento a las especificaciones técnicas en infraestructura, equipamiento y recurso humano. De igual manera deberá facilitar el cumplimiento de las normas técnicas ministeriales y orientaciones programáticas, actividades supervisadas por los servicios de salud y SEREMI respectivamente. A su vez deberá evaluar el resultado de la implementación de los distintos programas y estrategias en salud respiratoria. La normativa técnica emanada por el nivel ministerial, será evaluada de acuerdo a implementación de recurso humano, indicadores, recursos económicos y otros establecidos de acuerdo a condiciones locales y/o de contingencia.

La evaluación de los programas respiratorios está dada por el cumplimiento de los indicadores de programa, el índice de actividad de la Atención Primaria de Salud y complementado con monitoreo de las orientaciones programáticas.

2. Coordinación e integración de los Programas Respiratorios en la Red.

A. Coordinación de los Programas IRA y ERA por ciclo vital.

Los programas respiratorios, como parte de las acciones en Salud Primaria enmarcados en la entrega de una atención oportuna, integral y continua; deben gestionar estrategias que permitan mantener las mejores condiciones de salud de la población. Bajo este precepto debe existir una coordinación interna para dar cumplimiento a las acciones sanitarias entre los distintos programas de salud, en cada una de las etapas del ciclo vital, para lo cual es necesario que se coordinen con el resto del equipo profesional del centro de salud para el cumplimiento de las actividades de los programas de salud, para lo cual se sugieren las siguientes estrategias.

1. Salud de la mujer y el recién nacido

Objetivos:

- Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas en el recién nacido.

Estrategias:

a. Promoción:

- Taller a embarazadas en: contaminación intradomiciliaria y ambientes libres de humo de tabaco, medidas de prevención de infecciones respiratorias, detección precoz de signos y síntomas respiratorios, medidas generales de cuidado en el niño con infecciones respiratorias y utilización de la red asistencial.

b. Prevención:

- Fomento y aplicación score de riesgo de morir por neumonía.
- Programación y ejecución de visita domiciliaria integral (VDI) a madres de recién nacidos con score grave de morir por neumonía, coordinándose con profesionales de programas del centro de salud.
- Coordinación con encargado de vacunas para inmunización Antiinfluenza según normas.

2. Salud Infantil

Objetivos:

- Contribuir a la prevención, diagnóstico oportuno y manejo integral de patologías respiratorias agudas y crónicas durante la infancia.

Estrategias:

a. Promoción:

- Participar en actividades comunales de promoción de la salud (hogares libres de humo de tabaco, ambientes libres de contaminación, actividad física, ferias de promoción).
- Talleres a padres y/o cuidadores en prevención de infecciones respiratorias agudas, reconocimiento de signos y síntomas respiratorios, medidas generales de cuidado en el niño con infecciones respiratorias y utilización de la red asistencial. (Programa Nacional de la Infancia)
- Talleres a docentes, técnicos y apoderados de salas cuna, jardines infantiles y colegios de la comuna. Temática: medidas de prevención de infecciones respiratorias agudas, reconocimiento de signos y síntomas de enfermedades respiratorias agudas y crónicas, técnica inhalatoria, derivación oportuna a atención primaria y utilización de la red asistencial.
- Campañas comunicacionales en Cesfam y salas de esperas (videos, cartillas)

b. Prevención:

- Coordinación con encargado de vacunas para inmunización Antiinfluenza y Antineumocócica según normas.
- Pesquisa activa de crónicos respiratorios en establecimientos de educación y la comunidad.

- Visitas domiciliarias integrales a familias de niños con score grave de morir por neumonía, coordinándose con profesionales del centro de salud.
- Auditorías a familias de fallecidos por Neumonía en domicilio con instrumento estandarizado.
- Visita Domiciliaria integral realizada por profesional a familias con niños portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas o con requerimientos especiales (programa de oxígeno ambulatorio, asistencia ventilatoria no invasiva AVNI, asistencia ventilatoria invasiva AVI), coordinándose con profesionales del centro de salud.
- Fomento y aplicación score de riesgo de morir por neumonía hasta los 6 meses de edad.
- Encuestas de pesquisa de crónicos en salas de espera con derivaciones

c. Diagnóstico y Tratamiento:

- Recepción en Sala IRA de pacientes derivados desde la red por patología respiratoria aguda o exacerbación de crónica respiratoria, accediendo a consulta kinésica en los plazos establecidos para pacientes GES.
- Evaluación, confirmación diagnóstica, categorización, tratamiento y seguimiento de síndrome bronquial obstructivo recurrente, asma bronquial y otras enfermedades crónicas respiratorias.
- Controles periódicos a los pacientes crónicos respiratorios según norma y evaluación de nivel de control.
- Evaluación de calidad de vida a pacientes que ingresan al programa IRA, con instrumento estandarizado (PedQL).

d. Coordinación:

- Participación en reuniones de sector, presentando casos que ameriten estudios de familia.
- Fomentar la derivación y pesquisa precoz de pacientes con sospecha de enfermedades respiratorias crónicas.
- Fortalecimiento de la atención integral derivando a médico u otro profesional los pacientes que requieran atención por causas no respiratorias identificadas.
- Apoyar las acciones del programa atención domiciliaria cuando sean requeridas, según disponibilidad.
- Rescate de pacientes inasistentes.
- Fomento de Flujograma de derivación

3. Salud de los Adolescentes y Jóvenes

Objetivos:

- Contribuir a la prevención, diagnóstico oportuno y manejo integral de patologías respiratorias agudas y crónicas durante el ciclo vital adolescente.

Estrategias:

a. Promoción:

- Participar en actividades comunales de promoción de la salud (hogares libres de humo de tabaco, ambientes libres de contaminación, actividad física).

- Fomento y realización consejería breve antitabaco en todas las consultas y controles de salud del adolescente y joven.
 - Talleres a docentes en colegios de la comuna. Temática: reconocimiento de signos y síntomas de enfermedades respiratorias agudas y crónicas, técnica inhalatoria, derivación oportuna.
- b. Prevención:
- Coordinación con encargado de vacunas para inmunización Antiinfluenza.
 - Pesquisa activa de crónicos respiratorios en establecimientos de educación y la comunidad.
 - Auditoría a familias de fallecidos por Neumonía en domicilio con instrumento estandarizado.
 - Exámen de baciloscopía a población sintomática respiratoria cautiva, se debe realizar investigación bacteriológica de expectoración semestralmente a cada paciente bajo control que sea sintomático respiratorio (persona que presenta tos con expectoración por más de 2 semanas) y en todos los casos en que se intensifiquen los síntomas respiratorios.
 - Visita domiciliaria integral realizada por profesional a familias con adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas o con requerimientos especiales (programa de oxígeno ambulatorio, asistencia ventilatoria no invasiva AVNI, asistencia ventilatoria invasiva AVI).
- c. Diagnóstico y Tratamiento:
- Recepción en Sala IRA-ERA de pacientes derivados desde la red por patología respiratoria aguda o exacerbación de crónica respiratoria, accediendo a consulta kinésica en los plazos establecidos para pacientes GES.
 - Evaluación, confirmación diagnóstica, categorización, tratamiento, y seguimiento de pacientes con asma bronquial y otras crónicas respiratorias.
 - Controles periódicos a los pacientes crónicos respiratorios según norma y evaluación de nivel de control.
 - Evaluación de calidad de vida a pacientes que ingresan al programa IRA-ERA, con instrumento estandarizado (PedQL, EQ5D).
- d. Coordinación:
- Participación en reuniones de sector, presentando casos que ameriten estudios de familia.
 - Fomentar la derivación y pesquisa precoz de pacientes con sospecha de enfermedades respiratorias crónicas.
 - Fortalecimiento de la atención integral derivando a médico u otro profesional los pacientes que requieran atención por causas no respiratorias identificadas.
 - Apoyar las acciones del programa atención domiciliaria cuando sean requeridas, según disponibilidad.
 - Rescate de pacientes inasistentes
 - Fomento de flujograma de derivación

4. Salud de las personas adultas

Objetivos:

- Contribuir a la prevención, diagnóstico oportuno y manejo integral de patologías respiratorias agudas y crónicas durante el ciclo vital del adulto.
- Aportar a reducir la morbimortalidad asociada a las enfermedades cardiovasculares, disminuyendo el riesgo cardiovascular por manifestaciones extra pulmonares de algunas enfermedades respiratorias crónicas.

Estrategias

a. Promoción:

- Fomento y realización de consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles de salud.
- Participación activa en actividades de promoción de salud comunal (Ej.: Día sin fumar, Mes del corazón, del Pulmón, etc.).
- Realizar Talleres de enfermedades respiratorias a juntas de vecinos, agrupaciones de adultos, etc.

b. Prevención:

- Coordinación con encargado de vacunas para inmunización Antiinfluenza.
- Examen de baciloscopía a población sintomática respiratoria cautiva, se debe realizar investigación bacteriológica de expectoración semestralmente a cada paciente bajo control que sea sintomático respiratorio (persona que presenta tos con expectoración por más de 2 semanas) y en todos los casos en que se intensifiquen los síntomas respiratorios.
- Fomento del cese del consumo de tabaco en adultos en coordinación con programa cardiovascular e instancias comunitarias (Ej.: clubes de adultos, talleres deportivos, etc.).
- Visita domiciliaria integral a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) de 20 a 64 años.
- Auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar con instrumento estandarizado.

c. Diagnóstico y Tratamiento:

- Recepción en Sala ERA de pacientes derivados desde la red por patología respiratoria aguda o exacerbación de crónica respiratoria, accediendo a consulta kinésica en los plazos establecidos para pacientes GES.
- Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica y categorización de patología respiratoria crónica.
- Controles periódicos a los pacientes crónicos respiratorios según norma y evaluación de nivel de control.
- Evaluación funcional con espirometría para Asma, EPOC y otras crónicas respiratorias tanto para diagnóstico y seguimiento
- Realización de Test de marcha para evaluación y seguimiento en pacientes EPOC.
- Evaluación de calidad de vida a pacientes que ingresan al programa ERA, con instrumento estandarizado (CAT, EQ5D).

d. Rehabilitación:

- Implementación de programa de Rehabilitación Pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión.

e. Coordinación:

- Participación en reuniones de sector, presentando casos que ameriten estudios de familia.
- Fomentar derivación y pesquisa precoz de pacientes con sospecha de enfermedades respiratorias crónicas.
- Fortalecimiento de la atención integral derivando a médico u otro profesional los pacientes que requieran atención por causas no respiratorias identificadas.
- Integración con otros programas del centro de salud para la derivación oportuna de pacientes con sospecha de enfermedad respiratoria crónica.
- Apoyar las acciones del programa atención domiciliaria cuando sean requeridas, según disponibilidad.
- Rescate de pacientes inasistentes
- Fomento de flujograma de derivación

5. Salud de las personas adultas mayores (familia y cuidadores)

Objetivos:

- Contribuir a la prevención, diagnóstico oportuno y manejo integral de patologías respiratorias agudas y crónicas durante el ciclo vital del adulto mayor.
- Aportar a reducir la morbimortalidad asociada a las enfermedades cardiovasculares, disminuyendo el riesgo coronario originado por manifestaciones extra pulmonares de algunas enfermedades respiratorias crónicas.

Estrategias:

a. Promoción:

- Fomento y realización de consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles de las personas de 65 años y más.
- Participación en actividades comunales de promoción de la salud (hogares libres de humo tabaco, vacunación, ambientes libres contaminación) en clubes de adulto mayor y otros.
- Participación en actividades de promoción del centro de salud (Ej.: Día sin fumar, Mes del corazón, del Pulmón, ferias de promoción, etc.)
- Realizar Talleres de enfermedades respiratorias a clubes de adulto mayor, juntas de vecinos, agrupaciones de adultos mayores, etc.

b. Prevención:

- Examen de baciloscopía a población sintomática respiratoria cautiva, se debe realizar investigación bacteriológica de expectoración semestralmente a cada paciente bajo control que sea sintomático respiratorio (persona que presenta tos con expectoración por más de 2 semanas) y en todos los casos en que se intensifiquen los síntomas respiratorios.

- Fomento y administración de vacuna neumocócica polisacárida a los usuarios de 65 y más años y Antiinfluenza a mayores de 65 años de edad, según normas.
 - Visitas domiciliarias a personas de 65 años y más portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA).
 - Auditorías de muerte por neumonía en domicilio a familiares de fallecidos por Neumonía en el hogar con instrumento estandarizado.
- c. Diagnóstico y Tratamiento:
- Recepción en Sala ERA de pacientes derivados desde la red por patología respiratoria aguda o exacerbación de crónica respiratoria, accediendo a consulta kinésica en los plazos establecidos para pacientes GES.
 - Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica y categorización de patología respiratoria crónica.
 - Controles periódicos de pacientes crónicos respiratorios según norma y evaluación nivel de control.
 - Evaluación funcional con espirometría para Asma, EPOC y otras crónicas respiratorias tanto para diagnóstico y seguimiento
 - Realización de Test de marcha para evaluación y seguimiento en pacientes EPOC.
 - Evaluación de calidad de vida a pacientes que ingresan al programa ERA, con instrumento estandarizado (CAT, EQ5D).
- d. Rehabilitación
- Implementación de programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión.
- e. Coordinación:
- Participación en reuniones de sector, presentando casos que ameriten estudios de familia.
 - Fomentar la derivación y pesquisa precoz de pacientes con sospecha de enfermedades respiratorias crónicas.
 - Fortalecimiento de la atención integral derivando a médico u otro profesional los pacientes que requieran atención por causas no respiratorias identificadas.
 - Integración con otros programas del centro de salud para la derivación oportuna de pacientes con sospecha de enfermedad respiratoria crónica.
 - Apoyar acciones del programa atención domiciliaria cuando sean requeridas, según disponibilidad.
 - Rescate de pacientes inasistentes
 - Fomento de flujograma de derivación

B. Coordinación Nivel Secundario con APS en los Programas Respiratorios.

- **Programa IRA-ERA:** La referencia y contrareferencia de los pacientes crónicos respiratorios se coordinará según las Normas establecidas por cada servicio de salud, entre APS y nivel secundario. Estos protocolos realizados por especialistas de la red deberán ser propuestos, discutidos, aprobados y difundidos en instancias participativas de la Red local de Salud (CIRA, UGRL (Unidad de Gestión de Red Local), otras) revisados y actualizados cada 3 años. Se debe protocolizar y verificar la derivación de pacientes post-alta hospitalaria para continuidad de tratamiento en APS, a través de flujos locales de derivación. Los flujos de derivación deberán ser de conocimiento de los profesionales que se desempeñan en los programas IRA-ERA. Debe existir una coordinación para la realización de capacitación por parte de los equipos de salud del nivel secundario, hospital referente, a los profesionales del programa IRA-ERA de APS, organizado por los Servicios de Salud y SEREMI.
- **Programa de Prematuros:** En esta población debe quedar asegurado su control en el nivel secundario y primario, y aquellos que tienen comorbilidad crónica respiratoria deben ingresar al programa IRA, y ser controlado de acuerdo a las definiciones determinadas en protocolo de referencia y contrareferencia para recibir las prestaciones que requiera en el lugar definido. Si el niño prematuro displásico broncopulmonar es parte de la estrategia de protección VRS con Palivizumab, el profesional del programa IRA debe confirmar su registro en la ficha clínica de este. Debe generarse una coordinación entre Nivel secundario y APS que asegure la derivación de los pacientes al centro de salud con la documentación correspondiente para recibir las prestaciones que proporciona la atención primaria de salud.
- **Programas Ventilatorios:** los Programas de Asistencia Ventilatoria en niños y adolescentes (AVI-AVNI) jóvenes, adultos y adultos mayores (AVNIA, AVIA) son el pilar de atención clínico-social de carácter avanzado que permite por una parte mejorar la calidad de vida relacionada a salud de los pacientes, dignificar su condición médico-social-familiar y liberar cupos en el sistema de atención hospitalaria. Deben ser ingresados al programa por médico especialista Broncopulmonar, según criterios clínicos y sociales de inclusión y exclusión (Anexo N°2). Estos pacientes deben incluirse en los programas de salud de la atención primaria con el fin de proporcionar las prestaciones de salud necesarias (Vacunación, alimentación, consultas y controles), junto a esto deben de ser evaluados periódicamente en domicilio existiendo una coordinación con su equipo tratante (profesionales que visitan al paciente y broncopulmonar de la red (Encargado de policlínico de seguimiento), según protocolos de referencia y contrareferencia establecidos a nivel local. Se espera que el equipo del programa IRA-ERA realice dos visitas domiciliarias anuales para seguimiento de este paciente bajo control y apoyo con atenciones kinésicas en períodos de exacerbaciones junto a los profesionales que visitan al paciente en domicilio.
- **Programa Oxígeno Domiciliario:** Este programa se ejecuta a través del nivel secundario de salud y de los programas IRA-ERA en la Atención Primaria. La indicación de oxigenoterapia es de responsabilidad del médico broncopulmonar o médico internista o pediatra, en las regiones o zonas del país que no cuenten con estos especialistas, deberá ser un médico capacitado en el manejo de las enfermedades respiratorias.

Desde el nivel secundario se realiza la contrareferencia al centro de salud respectivo donde se encuentre inscrito el paciente, para la evaluación del domicilio, además adjunta las indicaciones del tratamiento. A su vez, un profesional del centro de salud realiza la visita domiciliaria y completa formulario n°2 (Anexo N°3) dentro de los primeros 7 días hábiles desde la recepción del paciente en el centro de salud, enviando a nivel secundario el formulario. Deben ser incorporados a registro de población bajo control todos los usuarios de oxígeno domiciliario pertenecientes a programas respiratorios.

Se espera que el equipo del programa IRA-ERA realice al menos dos visitas domiciliarias anuales para seguimiento (Anexo N°4), velando por el cumplimiento de los controles con especialista, las indicaciones de tratamiento (flujo indicado) y reforzando educación a paciente y familia.

C. Coordinación Servicios de Atención de Urgencia con APS.

- **SAPU/SUR/SAR:** En el ámbito respiratorio, se requiere una coordinación constante entre estos servicios y los programas respiratorios de los centros de salud de la comuna, especialmente en la derivación de pacientes GES (IRA baja menor 5 años, asma bronquial, EPOC, neumonía en mayores de 65 años) para continuidad de tratamiento y seguimiento. Debe establecerse registro de las atenciones y derivaciones de pacientes desde SAPU/SUR/SAR al centro de salud, fundamental para mantener la continuidad de la atención, pesquisa precoz de enfermedades respiratorias crónicas y disminución de la poli-consulta en estos servicios.
- **Unidad de Emergencia Hospitalaria:** Se requiere fomentar y actuar de acuerdo a normas y protocolos de referencia y contrareferencia establecidos en la red para continuar tratamientos y cuidados en APS u Hospital. Es esencial que cada UEH cuente con registro de las Salas IRA/ERA de su red para derivación de usuarios con cuadros respiratorios agudos y exacerbaciones, con el fin de dar continuidad de tratamiento, seguimiento y derivación de sospechas de patología respiratoria crónica fundamental para disminuir la poli consulta en este servicio.

V. GESTIÓN CLÍNICO-ADMINISTRATIVA DEL PROGRAMA EN EL CENTRO DE SALUD

1. Estructura, equipamiento e insumos de Sala IRA-ERA

a. Infraestructura box atención:

Disponer de recintos que permitan realizar terapia a personas con enfermedades respiratorias, este box de atención debe contar con una superficie entre 16 a 24 mts², según el programa médico arquitectónico². Debe contar con identificación clara y señalética que incluya horario de funcionamiento, ubicarse en el sector de morbilidad del centro de salud, con una sala de espera y baño con mudador. El box debe de contar con ventilación, iluminación natural o artificial, cielo raso liso y de color claro, paredes lisas, lavables y de color claro, piso debe ser lavable³.

b. Equipamiento e insumos:

- Camilla examen con escabel
- Tallímetro y pesa
- Esfigmomanómetro
- Espirómetro portátil y jeringa de calibración (Sala ERA)
- Flujómetro de Wright y boquillas desechables
- Oxímetro de pulso digital (Pediátrico, Adulto)
- Manómetro vacuómetro aneroide (Pimómetro) y válvulas de entrenamiento musculatura inspiratoria
- Insumos para realizar rehabilitación pulmonar (Pesas, Mancuernas, Bandas elásticas)
- Silla ergonómica
- Silla de visita
- Sillón reclinable (Sala ERA) con apoyabrazos
- Mesón de trabajo
- Conexión a oxígeno con manómetro, flujómetro y humidificador
- Conexión a aspiración con vacuómetro y frasco de aspiración. Puede ser conexión a red o equipo portátil
- Mobiliario para almacenar insumos clínicos limpios y estériles
- Área limpia con superficie lavable exclusiva para preparación de material e insumos clínico
- Un lavamanos y dispensador de toallas de papel
- Área sucia con superficie lavable y depósito de lavado profundo para depósito transitorio del instrumental en uso⁴, independiente del mesón de preparación de material clínico

² Programa médico arquitectónico referencial CESFAM APS 2009

³ Normas técnicas básicas para la obtención de la autorización sanitaria de las salas de procedimientos y pabellones de cirugía menor. Ministerio de Salud. Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente.

⁴ Puede ser repisa o caja plástica con tapa para material sucio

c. Medicamentos

Es necesario indicar que existe un arsenal farmacológico de atención primaria, en el cual se incluyen los inhaladores, aerocámaras y los medicamentos utilizados para la resolución de las garantías GES.

En relación a los inhaladores, la adquisición de dichos elementos es realizada por la Central Nacional de Abastecimiento, en base a la programación anual realizada por cada Servicio de Salud que considera la referencia entregada por nivel central, para cada producto según la población bajo control expresada en el REM P3.

Si bien existe un Químico Farmacéutico responsable, es necesario que los profesionales del equipo IRA-ERA colaboren en la supervisión del consumo de fármacos y aerocámaras en el centro de salud, velando por el adecuado cumplimiento de las normas de programa y guías de práctica clínicas así como de las referencias establecidas.

Otro ámbito sobre el cual es necesario coordinar con farmacia es sobre la vigencia de los controles IRA ERA de aquellos usuarios que retiran medicamentos de uso crónico, de manera que aquellos que se encuentren inasistentes puedan ser informados y citados nuevamente para la continuidad de su tratamiento.

Es importante tener presente, que dentro del marco del Programa Nacional de Farmacovigilancia, los profesionales de la salud tienen el deber de comunicar al Instituto de Salud Pública (ISP), todas las sospechas de reacciones adversas de las que tengan conocimiento y que pudieran haber sido causadas por un determinado producto farmacéutico así también como dar aviso de las posibles fallas de calidad de los medicamentos y dispositivos médicos, para esto es importante conocer que profesional del centro de salud es el "encargado de farmacovigilancia" y a través de él, hacer llegar al departamento ANAMED, del ISP, las notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos (RAM) y sospechas de calidad, contribuyendo de esta manera, a la evaluación permanente y sistemática del perfil de seguridad de los medicamentos y dispositivos médicos, utilizados por la población nacional. Estos reportes son evaluados y procesados por un comité de expertos.

2. Planificación, Programación y registro de actividades

Al programar acciones de salud integrales e integradas para la población de los territorios y comunidades sectorializadas se abren oportunidades, como ofrecer prestaciones de salud coherentes a cada realidad territorial y cultural con mirada de curso de vida pasa a ser clave⁴, en este sentido, las actividades de los programas respiratorios se han incorporado en la matriz de cuidados de salud a lo largo de la vida.

La planificación y programación de actividades es una herramienta muy útil para lograr los objetivos del programa en el contexto de un centro de salud, la cual permite establecer la cantidad de actividades a realizar durante el año, optimizando los recursos de la organización. Si bien ésta tradicionalmente considera aspectos generales para todos los programas tales como prevalencia, concentración, etc., es necesario incorporar la variable de estacionalidad en la calendarización de las actividades, de manera de evitar el control de crónicos estables, educaciones grupales en los

meses de invierno, privilegiando la consulta de morbilidad para su resolución local. También es necesario programar otras actividades propias de los programas como rehabilitación pulmonar, test de marcha y test de provocación bronquial en épocas de baja demanda asistencial. Es importante que los profesionales realicen la planificación anual con el fin de gestionar de forma óptima los horarios y actividades necesarias para desarrollar a cabalidad los programas respiratorios⁵.

Se definirán los siguientes estándares para la realización de la planificación y programación de actividades de los programas respiratorios.

Rendimiento: Es el número de actividades de un tipo que se deben ejecutar por hora. Esta orientación sugiere para las distintas actividades que se realizan en los programas respiratorios el siguiente rendimiento:

Actividad	Duración	Rendimiento por hora
Ingreso Crónico a Programa	30 minutos	2
Control de Crónico	20 minutos	3
Ingreso y Consulta de paciente agudo	20 minutos	3
Intervención en crisis u hospitalización abreviada	60 minutos	1
Test de Ejercicio	40 minutos	1.5
Visita Domiciliaria	60 minutos	1
Test de Marcha	30 minutos	2
Sesión de Rehabilitación Pulmonar	90 minutos	0.7
Espirometría	45 minutos	1.3
Educación individual	20 minutos	3
Educación Grupal (Max. 10 personas)	60 minutos	1

En algunos casos, esta definición difiere de la composición de la agenda, por cuanto existen actividades que pueden realizarse en paralelo en la medida que se cuentan con los recursos para mantener la atención de usuarios (Ej.: un espacio adicional para la atención de crisis respiratoria mientras se siguen atendiendo usuarios). En la visita domiciliaria, el rendimiento dependerá de la dispersión geográfica que presente la comuna o centro de salud, por lo cual se debe ajustar a realidad local. En la realización de la espirometría, se deben de generar estrategias que aseguren la realización del examen (confirmación de hora, citación en duplas para preparación), junto con la entrega de las recomendación previo al examen.

⁵ Orientaciones para la planificación y programación en red año 2015.

Concentración: Número de veces que se realiza una actividad, en el transcurso del año programático.

Se propone el siguiente estándar mínimo de controles para **pacientes crónicos estables en el año:**

	Nº Controles médicos	Nº Controles kinesiólogo	Nº Controles enfermera
Paciente Programa IRA	1	1	
Paciente Programa ERA	1	1	1

Control kinesiólogo con el de enfermera son excluyentes.

El **registro estadístico** de las actividades de los programas respiratorios debe ser monitoreado tanto por los servicios de salud como por los equipos de cada establecimiento, debido a la necesidad de pertinencia y fidelidad del dato, ya que son fundamentales para las evaluaciones de los distintos indicadores (IAAP, ENS). Estos son alimentados principalmente por el REM (Resumen Estadístico Mensual), lo que exige trazabilidad en el registro de la información, proceso que se inicia en el box y finaliza con la recepción en la respectiva unidad de estadística de cada servicio. Por lo tanto es fundamental la validación de los datos emitidos por cada establecimiento en conjunto con los equipos locales, tanto para la definición de éstos como para que las unidades de estadística puedan entregar de manera oportuna la información consolidada, así como incorporar las correcciones producto de las revisiones realizadas.

Gestión de la población bajo control

La continuidad de la atención es un aspecto clave para mantener a nuestra población con un mejor nivel de salud. Para ello es necesario mantener un registro adecuado de los usuarios que son derivados al programa.

En primer lugar se requiere sensibilizar al equipo de salud respecto de la importancia de la pesquisa precoz del paciente respiratorio crónico, el cual debe acceder oportunamente a los exámenes y la confirmación diagnóstica. Un nodo crítico es el seguimiento de los pacientes que se realizan exámenes (espirometría, test de ejercicio o radiografía de tórax), pues se debe asegurar a que accedan a consulta médica para confirmación diagnóstica. Para esto se sugiere llevar un registro local de dichos exámenes, con el fin que el médico pueda evaluar posteriormente al paciente en los plazos que señala la garantía de oportunidad.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, es necesario hacer un seguimiento a aquellos usuarios que habiendo solicitado una hora para ingreso al programa y se ausentan, de manera de realizar un rescate y concretar la consulta.

Una vez que el usuario queda ingresado al programa, se debe contar con una base que permita conocer el número y características de nuestra población bajo control, estos datos permitirán completar más rápidamente la estadística del resumen estadístico mensual (REM).

En relación a los pacientes inasistentes, los sistemas de rescate se deben de activar desde la primera inasistencia a control de crónico, mediante llamado telefónico en una primera instancia, para posteriormente realizar citación en domicilio según corresponda. Dada la cantidad de acciones (rescate por llamada telefónica o citaciones al domicilio) que se requieren para lograr rescatar usuarios del programa, es necesario trabajar con los equipos de sector, con el fin de realizar un trabajo mancomunado para la gestión de los pacientes crónicos.

3. Estandarización de actividades clínicas de los programas IRA ERA

a. Atenciones en salud

Ingreso de Crónico:

El ingreso de crónico es una actividad que debe de realizar el médico del programa y comprende:

- Antecedentes generales y anamnesis, informando conceptos básicos sobre la enfermedad y su tratamiento.
- Examen físico y flujometría pre y post B₂ cuando corresponda.
- Categorización según Severidad.
- Indicación del tratamiento farmacológico con periodicidad y duración, explicando las diferencias entre medicamento permanente y de exacerbación, junto con la entrega de un plan de acción escrito.
- Explicar en qué consiste el programa, la importancia y regularidad de sus controles, aclarar las dudas del paciente o cuidador.
- Se debe realizar una educación integral, la que incluye reforzar temas relevantes para el control y seguimiento, tales como inmunización, medidas de control ambiental, signos de consulta en urgencia, manejo de crisis respiratoria, medidas de autocuidado (nutrición y actividad física) y técnica inhalatoria. Un material impreso puede ser muy útil para mantener la vigencia en el tiempo de dichas indicaciones.
- Evaluar calidad de vida mediante instrumento sugerido.

Control Crónico:

El control de crónico es una actividad que debe de realizar el equipo profesional de los programas, la cual requiere del seguimiento de las indicaciones entregadas por el equipo de salud.

Durante el control se debe realizar:

- Anamnesis reciente, consultar detalladamente por control de síntomas, seguimiento de tratamiento farmacológico, consultas de urgencia o consultas no programadas por exacerbaciones. Revisar exámenes de control o solicitar en caso de requerir.
- Examen físico y flujometría pre y post B₂ cuando corresponda.
- Categorizar según Nivel de Control.
- Evaluación del tratamiento farmacológico y solicitud de exámenes de control por parte del médico.
- Se debe realizar una educación integral, la que incluye reforzar temas relevantes para el control y seguimiento, tales como medidas de control ambiental, reconocimiento de signos y síntomas, manejo de crisis respiratoria junto con su plan de acción, medidas de autocuidado (nutrición y actividad física), reforzamiento de adherencia al tratamiento y reforzamiento de técnica inhalatoria.
- Evaluar calidad de vida al año, según instrumento sugerido
- Aclarar la existencia de dudas o consultas.

Ingreso de Agudo:

El ingreso de agudo es una atención realizada a paciente diagnosticado con un cuadro respiratorio agudo o una exacerbación de un cuadro crónico.

La actividad de ingreso comprende:

- Antecedentes generales y anamnesis, orientado a la pesquisa de cuadros crónicos.
- Examen físico y flujometría pre y post B₂ cuando corresponda.
- Cuadro agudo: Aplicación de score de tal según corresponda.
- Exacerbación: Clasificar severidad
- Tratamiento kinésico y/o hospitalización abreviada o intervención en crisis.
- Reforzar educación del tratamiento farmacológico según horario y días de duración, explicando las diferencias entre medicamento.
- Se debe realizar educación para el control y seguimiento del cuadro agudo, como medidas de control ambiental, signos de consulta en urgencia, técnica inhalatoria.

Control de Agudo:

La Consulta de atenciones agudas se realiza con posterioridad a la primera atención por un cuadro respiratorio agudo o exacerbación de la patología respiratoria crónica, visto por kinesiólogo o enfermera (Control de patología aguda respiratoria).

La actividad de control comprende:

- Anamnesis reciente, orientada en la evolución del cuadro agudo.
- Examen físico y flujometría pre y post B₂ cuando corresponda.
- Cuadro agudo: Aplicación de score de tal o según corresponda.
- Exacerbación: Clasificar severidad
- Tratamiento kinésico y/o hospitalización abreviada o intervención en crisis.
- Reforzar educación del tratamiento farmacológico según horario y días de duración, explicando las diferencias entre medicamento.
- Se debe realizar educación para el control y seguimiento del cuadro agudo, como medidas de control ambiental, signos de consulta en urgencia, técnica inhalatoria.

b. Actividades, educaciones y procedimientos clínicos**Procedimientos:**

- Intervención en crisis u hospitalización abreviada, según Norma Técnica Programa IRA-ERA y Guías Clínicas de Asma y EPOC.
- Test de marcha⁶, se realiza según indicación médica. Además se debe de realizar anualmente en pacientes en control por EPOC.

⁶ Programa de Rehabilitación Pulmonar para la atención primaria de salud. MINSAL 2013 (Anexo N°7 de programa)

- Test de ejercicio⁷ se realiza según indicación médica.
- Espirometría⁸, se realiza según indicación médica. Además de anual o bianualmente como control en pacientes crónicos respiratorios adultos.

Actividades:

Visita Domiciliaria:

- a. Debe ser programada, con horas protegidas, debe ser coordinada con equipo de salud e informada al paciente, familia o cuidador.
- b. Duración una hora (dependiendo de la dispersión geográfica)
- c. Intervención debe estar definida de acuerdo al grupo objetivo al cual se quiera intervenir.
 - *Familia con niño con score riesgo severo de morir por neumonía:* deben evaluarse las condiciones del hogar y ambiente que revisten riesgo de enfermar por causa respiratoria, educar en acciones de prevención, reconocimiento de signos y síntomas, consulta temprana por síntomas respiratorios y utilización de la red asistencial
 - *Auditoria de fallecidos por NAC:* aplicación de instrumento MINSAL⁹.
 - *Pacientes Oxígeno dependiente:* evaluar seguimiento de indicaciones de médico tratante y reforzar educación en medidas de preventivas, en el caso de los adultos, aplicación de formulario N°4 (Anexo N°4).
 - *Beneficiarios de programas de asistencia ventilatoria invasiva y no invasiva:* evaluar las condiciones generales del paciente y su entorno, velando por la continuidad de atención por parte del equipo del CESFAM (controles según ciclo vital, evaluación clínica del paciente, vacunas, entrega de alimentación, etc.), informando los hallazgos al respectivo equipo de sector y equipo tratante de nivel secundario en casos que lo ameriten.
 - *Paciente post hospitalización:* en pacientes en los cuales se requiera ir a domicilio para dar continuidad de tratamiento y seguimiento.
 - *Pacientes crónicos severos o no controlados:* evaluar las condiciones generales del hogar y su entorno, red de apoyo, adherencia al tratamiento e indicaciones médicas. Educar a la familia en el control de la patología respiratoria y aclarar dudas.
 - *Familia o paciente con riesgo social o vulnerabilidad:* según necesidad que motive la visita.
 - *Inasistentes a control de programas:* Realizar visita a pacientes que no han asistido a control, a pesar de los contactos telefónicos previos, contacto con la familia y entregar de citación al centro de salud.

Rehabilitación pulmonar:

- a. Deben de utilizar un protocolo que cuente con una metodología y diseño. Se sugiere como protocolo base: Programa de Rehabilitación Pulmonar para la Atención Primaria de Salud, MINSAL.

⁷ Pruebas de función pulmonar en el niño. Linares P, Marcela et al. Rev. chil. Pediatr 2000

⁸ Espirometría: Manual de procedimientos. Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias, 2006

⁹ Norma General Técnica N° 171 sobre auditorias de defunciones por neumonía en domicilio, Res. Ex. N°635, 2014.

Educaciones:

- a. Consejería breve antitabaco: (Anexo N°5)
 - Es una intervención simple y corta, de carácter individual, personalizada, de 3 a 5 minutos de duración que se realiza durante las prestaciones del establecimiento, independiente del motivo y tipo de éstas.
 - Debe ser fomentada dentro del establecimiento de salud, con el fin de realizarla en todas las consultas y controles.
- b. Educaciones y Talleres:
 - Deben ser programadas y coordinadas con otros programas según grupo objetivo.
 - Las educaciones por temáticas que deben de realizar los profesionales de los programas respiratorios son las siguientes:
 - > *Taller IRA:* A embarazadas, madres y padres menores de 1 año, el objetivo es educar a los padres en la prevención de patologías respiratorias, reconocimiento de signos y síntomas, criterios de consulta precoz, utilización de la red de salud y medidas generales de cuidado en el menor con infección respiratoria aguda.
 - > *Taller de enfermedades respiratorias:* Talleres a docentes, técnicos y apoderados de salas cuna, jardines infantiles, colegios de la comuna, clubes de adulto mayor etc. Cuyo objetivo es educar en medidas de prevención de infecciones respiratorias agudas, reconocimiento de signos y síntomas de enfermedades respiratorias agudas y crónicas, pesquisa precoz de crónicas respiratorias, técnica inhalatoria, derivación oportuna y utilización de la red de salud.
 - > *Educación en Rehabilitación Pulmonar:* Programa educativo que busca desarrollar habilidades de reconocimiento de síntomas, automanejo de la patología respiratoria crónica EPOC, incorporación de la actividad física en la vida cotidiana de los pacientes.
 - > *Educaciones individuales o grupales:* en diversos temas como Tabaco; autocuidado y contaminación ambiental; educación integral en salud respiratoria y las que considere pertinente el equipo.
 - > *Educaciones al equipo de Salud:* tienen como objetivo que los profesionales del equipo respiratorio capacite a los funcionarios de su centro de salud en la norma de los programas, guías clínicas, flujograma de atención, pesquisa precoz y derivación.

VI. PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo de las estrategias se realizará por niveles:

Nivel Local

Atención Primaria

- Servicio de salud solicita a Salas IRA-ERA de sus comunas y establecimientos dependientes de servicio la entrega de su planificación programática. Esta planificación debe contener las actividades que se encuentran en las orientaciones para la planificación y programación en red, además de las actividades locales que desarrollen.
- La evaluación será en base al cumplimiento de las orientaciones programáticas, indicadores de programa y estrategia nacional de salud evaluados a través de la información de REM.

Nivel Intermedio

Servicio de Salud

- Servicio de salud deberá de realizar un análisis de la información entregada por APS y formalizar un plan de trabajo que tenga por objetivo mejorar la coordinación en los distintos niveles de atención, facilitar el cumplimiento de las actividades descritas en este documento y efectuar visitas de supervisión en terreno (Anexo N°6).
- La evaluación será en base a informe que deberán de enviar a la Unidad de Salud Respiratoria con su plan de trabajo y compromisos efectuados

Nivel Central

- Evaluación de planes de trabajo y monitoreo de indicadores, para acompañamiento de los servicios.

Evaluación de planes de trabajo:

Servicios de salud enviarán sus informes a la unidad de salud respiratoria con sus planes de trabajo para la implementación de los procesos administrativos expuestos en el manual, cumplimiento de las orientaciones programáticas y estrategia nacional de salud.

Desde los Servicios de Salud se enviarán 2 informes anuales:

- Al 28 de febrero con el plan de trabajo del año y sus compromisos.
- Al 30 de octubre con el avance de los compromisos adquiridos y con el monitoreo de las orientación programáticas, indicadores de programa y estrategia nacional de salud.

Plan de trabajo de programas de salud respiratoria

Servicio de Salud:

Fecha:

Encargado de Salud Respiratoria:

Principales problemas identificados (Diagrama de Ishikawa):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Los problemas identificados deben ser priorizados según orden de importancia.

Matriz de priorización

Problema Identificado	Relevancia	Factibilidad	Coherencia	Costo económico	Magnitud	Total

Asignar a cada factor puntaje 0 a 10 según la importancia asignada.

Compromisos durante el año

Problema Priorizado	Acciones a realizar (medio de verificación)	Responsable

ANEXOS

Anexo N°1

Protocolo de Gestión: Programa IRA-ERA:

Estrategia “Compra Servicios de Arriendo Balón y Recarga Oxígeno Salas IRA -ERA y Mixtas”

Introducción

El presente protocolo tiene como objetivo guiar en aspectos de gestión vinculados al servicio de arriendo de balón y reposición de oxígeno en las salas IRA-ERA y Mixtas de la Atención Primaria en Salud incluidas en esta estrategia.

Con este servicio de arriendo de balón y reposición de oxígeno, desde el punto de vista clínico se permite asegurar el manejo de los flujogramas relacionados con urgencias y/u hospitalización abreviada relacionados con las infecciones respiratorias agudas y crónicas del niño, adulto y adulto mayor beneficiario que consulta o se controla en la Atención Primaria en Salud. Desde la mirada administrativa el realizar compra centralizada de este servicio permite unificar criterios de gestión y unificar precios estandarizados y con la mejor oferta a lo largo del país.

Objetivos Generales:

- Conocer el funcionamiento administrativo de la estrategia de arriendo de balón y reposición de oxígeno en las salas ira-era y mixtas de la Atención Primaria en Salud

Objetivos Específicos:

- Identificar los flujogramas vinculados con la reposición de esta estrategia
- Identificar los flujos de gestión que permitan el seguimiento y supervisión del servicio entregado por el proveedor.
- Identificar los flujos de gestión que permitan una facturación y pago oportuno.

Flujograma de solicitud de las recargas:

La solicitud de las recargas de las Salas IRA - ERA o Mixtas será solicitada según formulario ad-hoc a la empresa proveedora, vía correo electrónico, firmada por el funcionario del establecimiento autorizado para tal efecto, con copia al encargado de salud respiratoria del servicio de salud.

El máximo de recargas anuales corresponde a dos por cada sala. Ante la eventualidad de que alguna sala requiera un mayor número de recargas, esta se despachara previo VB del Asesor Programas Respiratorios del servicio de salud correspondiente.

La entrega en el establecimiento deberá concretarse en un plazo máximo de 48 horas, contadas desde la recepción de la solicitud.

Supervisión y seguimiento:

La empresa proveedora deberá enviar mensualmente al encargado de salud respiratoria del servicio de salud el reporte con el detalle de los despachos realizados por establecimiento para su supervisión local y visar los pagos respectivos.

Responsabilidades y Funciones

Respecto a las responsabilidades o funciones de los distintos actores vinculados con esta estrategia, se definen a continuación:

Unidad de Salud Respiratoria:

- Gestionar la solicitud de compra del servicio.
- Supervisión y seguimiento centralizado de la estrategia.
- Aclarar consultas de los Servicios de Salud.

Servicios de Salud:

- Gestionar los recursos financieros otorgados vinculados a esta estrategia.
- Supervisión y seguimiento local del flujo administrativo y del uso según lo normado de este insumo.
- Aclarar consultas de los centros APS donde se vinculan las Salas.
- Generar revisión de las facturas que asegure pago oportuno.

Cenabast:

- Adquisición del servicio.
- Supervisión y seguimiento centralizado de la estrategia.

Salas IRA - ERA o Mixtas:

- Utilizar el O₂ sólo para fines terapéuticos dentro de las salas.
- Solicitar recarga de balón de O₂ según corresponda con formulario ad-hoc con copia al referente de salud respiratoria del servicio de salud.
- Comunicar al servicio de salud si existen faltas en la atención de la empresa proveedora.
- (Transporte o instalación inadecuada, retraso en la entrega, etc.)
- Informar guía de despacho al servicio de salud correspondiente.

Empresa proveedora:

- Entrega de reposición de O₂ según plazos contratados y con respaldo de guía de despacho.
- Informar mensualmente salas a las que se entregó reposición de O₂.
- Facturar al servicio de salud correspondiente la o las recargas entregadas.

Indicadores de Monitoreo

- Número de recargas solicitadas por servicio de salud/Número de recargas realizadas por servicio de salud.
- Número de reclamos de las salas por funcionamiento del servicio de recargas O₂/ Número de recargas solicitadas por servicio de salud.

Formulario solicitud de recarga de oxígeno Salas IRA – ERA y Mixtas**LLAMAR AL FONO 600 6694633**

Registrar Solicitud N° _____

INSTALACIÓN _____ REPOSICIÓN _____ (marque con X) Completar Todos los Datos y Enviar a OXIMED

Fax: 2 530 3460

E-MAIL: cscscliente-oximed@indura.net

Fono: 600 669 4633

cc: Referente Respiratorio Servicio de Salud

Nombre Centro de Salud: _____

Servicio de Salud: _____

Marcar: IRA _____ ERA _____ MIXTA _____

Profesional a Cargo y/o Reemplazante:

Establecimiento:

Nombre Director:

Dirección Centro de Salud:

Ciudad:

Comuna:

Teléfono:

Fecha de Solicitud:

Nota:

Nombre
Firma del Solicitante

Nombre
Firma Director Establecimiento

Anexo N°2**FICHA SOCIAL**

Asistente Social: _____

Hospital De Base: _____

Centro de Salud APS: _____

Nombre Beneficiario: _____

R.U.T.:			
Fecha Nacimiento:			
Edad:			
Escolaridad:			
Cedula de Identidad:	SI	NO	
SENADIS:	SI	NO	
Pensión:	SI	NO	
Subsidio único Familiar:	SI	NO	
Programa Puente:	SI	NO	
Chile Solidario Egresada:	SI	NO	
FPS:	SI	NO	Puntaje:
Domicilio:			
Villa:			
Comuna:			
Teléfonos:			

II. IDENTIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR:

Ap. Paterno	Ap. Materno	Nombres	C.I.	Re.l. Parent.	Estado Civil	Fecha Nacimiento	Actividad	Previsión	Ingreso	Escolaridad

Observaciones:

III. ANTECEDENTES DE LA SITUACIÓN HABITACIONAL:**A. Tenencia:**

Propietario:

Adquiriente Div. Men. \$: Morosidad Si ____ No ____ Meses ____

Arrendat. Mens. \$: Morosidad Si ____ No ____ Meses Al Día ____

Allegado: Otro Especifique:

B. Tipo: Casa ____ Depto. ____ Pieza/Med. ____ Otro Especifique: ____**C. Protección Ambiental:**

Mat. Muros: Sólido: ____ Mixto: ____ Madera Y/O Tab. ____ Otro: Madera: ____

Mat. Techumbre: Zinc/Pizarreño: ____ Fonolita: ____ Desechos: ____ Otros: ____

Mat. Piso: Radier S/Revest.: ____ Radié Revest. ____ Piso: Radie - Madera, Flexi Dormt.

D. Calidad: Bueno: ____ Regular: ____ Malo: ____**E. Distribución del Espacio:**

Nº Dormitorios: ____ Cocina: ____ Estar/Comedor: ____ Baño Indiv.: ____ Comp.: ____

F. Equipamiento:

Nº Camas: ____ Mobiliario ____ Suficiente: ____ Insuficiente: ____ Cama: Si ____ No ____

Estado: Bueno: ____ Regular: ____ Malo: ____

G. Suministros:

Luz Elect.: Si ____ No ____ Monto Mens: Morosidad: Si ____ No ____ Meses ____

Compañía: Nº Cliente: ____

Automático: Si ____ No ____ Medidor: _____

Medidor: Si ____ No ____

Independiente: Si ____ No ____

Agua Potable: Si ____ No ____ Monto Mens.: Morosidad: Si ____ No ____ Meses ____

Teléfono Red Fija: Si ____ No ____ Monto Mens.: Morosidad: Si ____ No ____ Meses ____

Teléfono Celular: Si ____ No ____

Calefacción: Si ____ No ____ Cual: ____

Calefón: Si ____ No ____

H. Observaciones:

Fecha Visita Domiciliaria: _____ Hora: _____

Responsable: _____

Anexo N°3



Formulario N° 2 Registro De Visita Domiciliaria Por Equipo APS Programa Nacional de Oxígeno Ambulatorio

Fecha: Día _____ Mes _____ 20____

Nombre _____ Rut _____ Previsión: Fonasa _____

Domicilio _____ Pobl./Villa _____

Teléfonos: _____ Comuna _____

Centro de Salud: _____ Hospital de Ingreso: _____

Nombre tutor responsable _____ RUT: _____

Parentesco: _____ Vive con el paciente: _____

¿Cumple requisitos?: Contestar Sí o No

Vivienda con acceso vehicular: _____

Zona de Ubicación: Urbana _____ Rural _____ Dificultad de acceso: _____

Suministro eléctrico: _____

¿Tipo de Vivienda permite la instalación de oxígeno?: _____

¿La habitación del paciente permite acceso expedito al equipo de oxígeno?: _____

Vive en Primer piso _____ Segundo piso o más _____ Dispone de Ascensor _____

¿Las condiciones del piso de la habitación son adecuadas para la instalación de oxígeno?: _____

Tierra _____ Cemento o baldosa _____ Madera _____

¿Existe espacio físico suficiente para instalar equipo de oxígeno?: _____

En caso de uso (actual o a futuro) de concentrador: Instalación eléctrica segura _____ Colgado _____ No tiene _____

Observaciones _____

Enchufes habitación en buen estado _____

¿Existe un tutor adecuado?: _____

CONCLUSIÓN (De acuerdo a la evaluación) Contestar Sí o No

¿Es posible la instalación segura de un sistema de oxigenoterapia en el domicilio?: _____

¿Es posible el uso de un concentrador?: _____

Nombre de Profesional de APS: _____ RUT _____

Profesión: _____

Anexo N°4



FORMULARIO N° 4:

Control Oxigenoterapia Ambulatoria Pacientes EPOC Registro de Control en la Atención Primaria de Salud

Servicio de Salud: ____ Fecha: ____ / ____ / ____

Centro de Salud: ____ H ora: ____

Identificación:

Nombre: _____ Rut: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Comuna: _____ Teléfono: _____

Control de Evolución (contestar SI/NO) Visita Domiciliaria: ____ Atención en Cesfam: ____

1) Factores Ambientales de riesgo actuales: Tabaco ____ Humo de leña ____ Otros gases ____

2) Dosis Broncodilatadores: Salbutamol: ____ Ipratropio: ____ Budesonida: ____ Otro: ____

3) N° Visitas a consultorio en últimos 3 meses: _____

4) N° visitas a Urgencia en últimos 3 meses: _____

5) Existencia actual de **(contestar SI/NO)**:

a) Infección respiratoria: ____ b) Obstrucción bronquial: ____

c) Insuficiencia cardiaca derecha: ____ d) Desnutrición: ____

6) Evaluación de oxigenoterapia:

a) condiciones de seguridad de uso de o2: _____

b) Paciente animoso y motivado: _____

c) Paciente instruido en el uso de O2: _____

d) Paciente con tolerancia a la Oxigenoterapia: _____

e) Paciente con más autovalencia o deambulación: _____

f) Paciente postrado: _____

7) Tutor responsable y capacitado **(contestar SI/NO)**: ____

8) Servicio de oxigenoterapia continuo **(contestar SI/NO)**: ____

9) Puntaje escala Disnea MRCm: ____

10) Puntaje cuestionario de calidad de vida (CAT): ____

Verificación de Indicación de O2.

Mantiene Flujo O2: ____ l/m Tiempo diario de uso: ____ Horas

Fuente del Suministro O2: Cilindro ____ Concentrador ____ O2 Líquido ____

Enviar a Médico Supervisor del servicio Trimestralmente.

Profesional que realiza visita _____

Anexo N°5



ORIENTACIÓN PRÁCTICA PARA LA CONSEJERÍA BREVE ANTI TABÁQUICA

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

AVERIGUAR: ¿HA FUMADO USTED EL ÚLTIMO AÑO?

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

FELICITARLO

En los ex-fumadores reforzar la confianza y abstinencia.

SI, HACE 1 AÑO QUE NO FUMA:

FELICITARLO

Pregunte si necesita ayuda para permanecer sin fumar.

SI, FUMA HABITUALMENTE:

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

BREVE CONSEJO: SEGÚN NIVEL DE MOTIVACIÓN

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

PLANEA DEJARLO DENTRO DEL MES:

ESTIMULAR:

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

PLANEA DEJARLO DENTRO DE 6 MESES:

CONSEJOS AL FUMADOR:

- Dejar de fumar es lo mejor que puede hacer para mejorar su salud.
- Puedo entender que sea difícil, pero si usted lo desea, puedo ayudarlo.
- Necesito que Ud. sepa y entienda que dejar de fumar es lo más importante que puede hacer para proteger su salud y la de su familia, ahora y en el futuro.
- Dejar de fumar cuando Ud. está enfermo no es suficiente.

Para aconsejar Ud. debe:

- Personalizar el consejo que brinda: explique como el tabaquismo está relacionado a sus problemas de salud actuales y como el dejar de fumar podría ayudarlo.
- Incentivar al paciente para que se apoye en la familia.
- Fijar una fecha para dejar de fumar, evite cambiarla.

NO PLANEA DEJARLO:

SI DEJA DE FUMAR:

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

Anexo N°6

PAUTA SERVICIO DE SALUD PARA SUPERVISIÓN PROGRAMAS RESPIRATORIOS

Fecha:		Comuna:	
Establecimiento de Salud			
Director establecimiento:			
Nombre y cargo responsable Sala:			
Horario de Funcionamiento:			

A. DOTACIÓN	Instrumento	Programa IRA		PROGRAMA ERA	
		Horas asignadas	Capacitación programa	Horas asignadas	Capacitación programa
	Médico				
	Enfermera				
	Kinesiólogo				

C. INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO:		SI / NO	Observaciones
		Exclusividad:	
	Superficie:	mts ²	
	Área Limpia:		
	Área Sucia:		
	Iluminación:		
	Ventilación:		
	Computador:		
	Escritorio:		
	Silla Ergonómica:		
	Silla Visita:		
	Lavamanos:		
	Camillas:		
	Oxígeno:		
	Humidificadores		
	Máquina de aspiración de secreciones:		
	Sillón reclinable:		
	Saturómetros		
	Biombo:		
	Esfigmomanómetros		
	Termómetros		
	Pesas con tallímetro		
	Pimómetro		
	válvulas de entrenamiento umbral inspiratoria		
	Espirómetros		
	Insumos para realizar rehabilitación (Pesas, Mancuernas, Bandas elásticas)		
	Jeringa de calibración		
	Boquillas de cartón		
	Flujómetro Mini Wright		

D. POBLACIÓN BAJO CONTROL:	Población Inscrita Validada Total:				
	Población Inscrita Validada menor de 20 años:				
	Población Inscrita Validada de 20 y más años:				
			SI	NO	
	Tipo Tarjetero				
	Ficha electrónica, cual:				
	Cuenta con estrategias insertas en el CESFAM de pesquisa precoz de patología respiratoria crónica				
	Cuenta con estrategias insertas en el CESFAM de rescate de pacientes Respiratorios Crónicos				
	SALA IRA	Diagnóstico		Nº de pacientes	
			SBOR		
			Asma		
			Fibrosis Quística		
			AVNI-AVI		
			O2 dependientes		
			TOTAL		
		Niveles de Severidad	SBOR	Leve	
				Moderada	
				Severo	
			Asma	Leve	
				Moderada	
				Severo	
		Control Adecuado		SI / NO	
			Categorización por nivel de control		
Educaciones y Calidad de Vida			SI / NO		
		Realizan Talleres de prevención de IRA			
	Realizan educaciones individuales y grupales				
	Realizan educaciones al intersector				
	Realizan educación a equipo de salud				
	Realizan consejería breve antitabaco				
	Realizan evaluación calidad vida				
Procedimientos	Espirómetros N°				
	Test de Ejercicio N°				

D. POBLACIÓN BAJO CONTROL:	SALA ERA	Diagnóstico			Nº de pacientes	
			Asma			
			EPOC			
			AVNIA-AVIA			
			Otros			
			Rehabilitación Pulmonar			
			O2 dependientes			
		TOTAL				
		Niveles de Severidad	Asma	Leve		
				Moderada		
				Severo		
			EPOC	A		
				B		
		Control Adecuado				SI / NO
			Categorización por nivel de control			
		Educaciones y Calidad de Vida				SI / NO
			Realizan educaciones individuales			
Realizan educaciones grupales						
Realizan educaciones al intersector						
Realizan educación a equipo de salud						
Realizan consejería breve antitabaco						
Realizan evaluación calidad vida						
Procedimientos	Espirómetrias Nº					
	Test de Marcha Nº					
E. ASPECTOS TÉCNICOS	Acceso			SI	NO	
		Norma Ministerial IRA o ERA				
		Programa IRA-ERA y radiografía tórax				
		Flujogramas de manejo y derivación				
		Orientación consejería antitabaco				
		Exámen radiológico				
	Proveedor:					
	Inmunización	Cobertura Vacuna Antiinfluenza				
		Cobertura Vacuna Neumocócica				
		Existencia de estrategias locales para aumento de cobertura (intersector)		SI	NO	
	Programación	Anual de actividades de la Sala				
Documento:						
STOCK DE INHALADORES E INSUMOS			SI	NO	STOCK	
	Inhaladores de programa					
	Nariceras					
	Máscaras Venturi					
	Aerocámaras					
Registro fallas calidad / RAM						

OBSERVACIONES/COMENTARIOS:

Nombre y firma supervisor:	
Nombre y firma Director del Cesfam	
Nombre y firma Responsable de la Sala:	