

“IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE INVIERNO”

Autores/as

Aguilar Santa Cruz Silvina C. Medica Generalista, Jefa CAFyS Benavidez.

Curci, Analia N., Medica Generalista, Jefa CAFyS Ricardo Rojas

Piñeiro Julieta, Médica Generalista, Jefa CAFyS Canal

Morera Diego L., Médico Generalista, Director de Medicina Asistencial. Municipio de Tigre.

Colaboradores:

Carballido, Juan M., Medico Cirujano, Subsecretario de Política Sanitaria, Municipio de Tigre

Hernandorena Carolina, Médica Generalista, Jefa CAFyS EL Arco

Osorio Maria A., Medica Generalista, Jefa CAFyS Don Torcuato.

Lugar de realización: Dirección de Medicina Asistencial. Subsecretaria de Política Sanitaria. Municipio de Tigre.

Dirección: Lisandro de la Torre 2500. Troncos del Talar. CP: 1618

Tel: 11-3576-5349

Mail: acurci@tigre.gov.ar

“IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE INVIERNO”
Aguilar Santa Cruz Silvina C., <u>Curci, Analía N.</u>, Hernadorena Carolina, Piñeiro Julieta, Morera Diego L. Colaboradores: Carballido, Juan M. , Osorio Maria A., Hernadorena Carolina
Dirección de Medicina Asistencial. Subsecretaría de Política Sanitaria. Municipio de Tigre. Lisandro de la Torre 2500. Troncos del Talar. CP: 1618 11-3576-5349 acurci@tigre.gov.ar
Tipo de trabajo: Relato de Experiencia
Categoría temática: Gestión.
<p>Este relato busca dar cuenta de la experiencia realizada por los equipos de salud de los CAFyS pertenecientes al Municipio de Tigre, de la puesta en marcha, organización y funcionamiento de un plan de invierno que asegurará la cobertura de los pacientes de mayor riesgo y vulnerabilidad, la contención a los equipos y organización del trabajo en terreno. teniendo como principal objetivo Brindar atención, tratamiento integral y seguimiento para infecciones respiratorias en personas de la comunidad, priorizando acceso a los grupos de riesgo (menores de 2 años, mayores de 65 años, embarazadas, discapacitados/as, inmunodeprimidos/as por cualquier circunstancia)</p> <p>El desarrollo del proyecto comprendió varios momentos debiendo evaluar, consensuar y normatizar el trabajo por parte de todos los equipos de manera continua. Durante el periodo analizado, en los 21 CAFyS, se atendieron un total de 108205 personas: 20194 fueron menores de 2 años, 43635 fueron pacientes con código respiratorio y de ellos 12675 fueron menores de 2 años.</p> <p>Este desafío no sólo permitió contención a los equipos, asegurando la atención sino que permitió mejorar la comunicación interCAFyS, establecer protocolos de trabajo y toma de decisiones de manera conjunta, fortaleciendo el trabajo y creando lazos cercanos con los distintos equipos, aunque el mismo evidenció las dificultades para la unificación de criterios generales de trabajo entre CAFyS y otras instituciones tanto municipales como provinciales.</p>
Enfermedades Respiratorias, APS, CAFyS, Equipos de Salud, Gestión.
Cañón Multimedia

El siguiente documento fue diseñado por los/as Jefes/as de CAFyS, utilizando materiales elaborados por los equipos de salud y sistematizando las distintas experiencias de los mismos. Fue supervisado y modificado según sugerencias de las Direcciones de Medicina asistencial y preventiva y de la Subsecretaría de Salud del Municipio de Tigre

Introducción y planteamiento del problema

Cada año nos enfrentamos a la epidemia invernal, situación que genera conflictos a la hora de dar respuesta a la gran demanda que se genera a nivel salud.

Los equipos de salud se desbordan generando pérdida del recurso humano, lo que conlleva a la falta de profesionales dispuestos a trabajar en el Primer Nivel de Atención, falta de insumos, largas colas, quejas constantes por parte de la comunidad, horas interminables de espera, colapso en las derivaciones a segundo y tercer nivel, falta de camas en los sectores de internación, llevando esto al fracaso de la gestión, entendida como: frustración de los equipos, desapego de la comunidad con los efectores de salud locales y aumento de la morbimortalidad infantil de causa evitable.

Esto lleva a la iniciativa desde los Jefes/as de Centros de Atención Familiar y de Salud (CAFyS) del Municipio de Tigre a poner en marcha la organización y funcionamiento de un Plan de Invierno, que asegurará la cobertura de los pacientes de mayor riesgo y vulnerabilidad, contención a los equipos y organización del trabajo en terreno.

Para la creación del mismo se propone a dos jefas de centro para cumplir el rol de gestionar y evaluar el funcionamiento del mismo. Lo cual es aceptado y estimulado por la Subsecretaría de Salud.

Inicialmente cada CAFyS realizó la búsqueda activa de los pacientes atendidos en el 2016 que habían presentado patología respiratoria así como los que requirieron internación y prematuros nacidos en el mismo año.

Esta búsqueda estuvo a cargo de personal designado por cada equipo¹ evaluando: vacunación, controles, seguimiento por especialista si así fuera necesario y situación Socio Ambiental actual a través de una encuesta confeccionada por la Subsecretaría de Salud (anexo 1).

¹ Promotoras de Salud, Medicos/as generalistas o pediatras , Trabajadores/as sociales, Enfermeras/os, Administrativas.

Para dar comienzo a la confección del Plan, se sistematizó el trabajo que todos los CAFyS llevaban adelante año a año de manera unilateral. Para esto, se creó una herramienta de google drive a la que todos los equipos tenían acceso, aportando todas las herramientas utilizadas años anteriores (planillas, ideas, triage, bibliografía, etc). De todo lo presentado, se consensuó-previa discusión y debate- las herramientas a utilizar y el modo de organización general.

A través de la misma herramienta (google drive), se evaluó recurso Humano disponible y necesidad del mismo, inmobiliario actual y necesario, situación edilicia de cada CAFyS, material necesario para la implementación del plan, grado de capacitación del personal sobre realización de triage.

Se realizaron varias reuniones entre Jefes/as de CAFyS y nivel central. En ellas se evaluó y consensuó la apertura de agendas, horarios de atención, y se categorizó a los CAFyS según capacidad de respuesta, horario de atención, personal disponible y área programática. Todo esto asegurando el resto de las actividades de competencia del primer nivel (control de embarazo, controles menores de 2 años, Recién Nacidos, adultos con Patología crónica, entre otras).

Se definió el cierre de agendas para el control de niños sanos mayores de dos años y actividades comunitarias para reorientar esas horas médicas a la atención de Demanda espontánea de enfermedades respiratorias. Se decidió realizar operativos según áreas programáticas para controles de estos niños mayores de dos años sanos para dar respuesta a la demanda sentida por la comunidad acerca de la necesidad de controles para firma de libretas.

Se normaliza el uso de los códigos de diagnósticos.

Se realizaron visitas por parte de las Jefas a cargo, en los CAFyS en donde se evidenciaron dificultades, principalmente por parte del equipo para la implementación del plan, dando a discusión la importancia de dar respuesta a la Epidemia de invierno desde el Primer Nivel de Atención. Se realizó capacitación al personal de enfermería sobre triage y manejo de postas de IRAB en todos los CAFyS.

Se generaron dos herramientas en el Tablero de Mando ² para la evaluación y monitorización del plan a través de:

Un tablero diario (anexo 2) donde se categoriza con colores diariamente las dificultades (falta de recursos humano-Medicos-Enfermeria- e infraestructura) para poder dar pronta solución o coordinar colaboración interCAFyS, así como informar al nivel central la situación diaria.

Otro Tablero semanal en el que se cargaban las consultas diarias de demanda espontánea, códigos respiratorios, insumos y stock de medicación. Semanalmente se enviaba el stock de medicación a farmacia y se monitoreaba la capacidad de respuesta de cafys .

Para difundir en la comunidad la propuesta de trabajo se solicitó material para la difusión: folletos y videos. El mismo estuvo a cargo de prensa, con la información definida en este Plan. Se distribuyó material informativo para el personal administrativo de todos los efectores involucrados sobre los objetivos del Plan, explicando la importancia e impacto de la patología respiratoria y la metodología de trabajo que se realizaría.

Fundamentación

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) constituyen una importante causa de morbimortalidad, fundamentalmente entre los niños menores de cinco años y las personas de mayores de 65 años o que presentan ciertas condiciones que aumentan el riesgo para desarrollar complicaciones que pueden derivar en formas graves. Representan una de las primeras causas de atención médica en todo el mundo, tanto en la consulta ambulatoria como en la internación.

En Argentina, la principal causa de consulta e internación es la enfermedad respiratoria en todas las edades.

Todos los años se verifica un progresivo aumento de los casos de IRAs en la época invernal, el que comienza habitualmente alrededor de la Semana Epidemiológica 16, asociado a un

² Tablero de Mando: herramienta de gestión de google drive creada desde la Subsecretaría de Salud, para la implementación de programas, uso de estadísticas, áreas programáticas, Metas, trámites, solicitud de equipamiento, comunicación interna, etc.

incremento en la demanda de atención, del número de hospitalizaciones y de la mortalidad por causas respiratorias.²

Una proporción importante de las consultas, hospitalizaciones y muertes por enfermedades del sistema respiratorio es de origen infeccioso y, entre ellas, la neumonía, la enfermedad tipo influenza y la bronquiolitis son las enfermedades respiratorias de mayor frecuencia y gravedad. Junto a otras enfermedades respiratorias de origen infeccioso como la otitis, la faringitis y la bronquitis, entre otras, se engloban en el grupo de infecciones respiratorias agudas (IRA) que representan la primera causa de consulta a los servicios de salud.¹

Las infecciones respiratorias agudas constituyen uno de los problemas de salud pública más importante para la población infantil de 0 a 5 años y están dentro de las primeras 5 causas de mortalidad. Dentro de esta población, los diagnósticos principales son: Neumonía e Influenza, seguidas por Bronquitis y Bronquiolitis.¹

La mayoría de las muertes por enfermedades respiratorias ocurren antes del año de edad, especialmente entre los dos y tres meses. El 20% de la mortalidad infantil en algunas regiones de nuestro país es domiciliaria y de ese 20%, un alto porcentaje es atribuible a Infecciones Respiratorias Bajas. El 60% de los niños menores de 1 año y el 50% de los menores de 5 años, padecen un episodio de IRA, en el transcurso de un año, dentro de los cuales se encuentran el síndrome bronquial obstructivo y las neumonías.¹

En la población económicamente activa, de 20 a 64 años de edad, las enfermedades del sistema respiratorio son la cuarta causa de mortalidad. La neumonía es la principal causa de muerte por enfermedades respiratorias, responsable de una de cada tres defunciones por esta causa.¹

Las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas constituyen uno de los problemas de salud más importantes para la población infantil de 0 a 5 años y son una de las principales causa de MORTALIDAD INFANTIL REDUCIBLE.

La vigilancia epidemiológica frente a los brotes estacionales de Infecciones Respiratorias Bajas (IRB), nos permite tomar decisiones con respecto a la organización de los servicios (tanto ambulatorios, como de internación).¹

En época invernal son responsables del 50% de las internaciones y del 70% de las consultas ambulatorias.

Los menores de 2 años son los más vulnerables, ya que presentan mayor dificultad en el diagnóstico y tratamiento, así como en la valoración de la gravedad.

En los menores de 1 año se produce la mayor cantidad de muertes, el 40% de las cuales son menores de 3 meses.

Las infecciones respiratorias se relacionan con la calidad del aire ambiental, particularmente del domiciliario.

En época invernal, el sistema de salud se ve saturado por la patología respiratoria.

La vigilancia de las infecciones respiratorias agudas incluye en su investigación la Enfermedad Tipo Influenza, bronquiolitis en menores de 2 años, coqueluche, neumonías, IRAG (IRA internada)

Descripcion del area.

Tigre es uno de los 135 partidos de la provincia de Buenos Aires. Forma parte del aglomerado urbano conocido como Gran Buenos Aires, ubicándose en la zona norte del mismo. El partido abarca la primera sección del Delta del Paraná y sus islas de baja altitud, así también como una zona continental en la cual se encuentra su ciudad cabecera, que es Tigre, y otras localidades como Don Torcuato, Ricardo Rojas, El Talar, General Pacheco, Benavídez, Los Troncos del Talar, Dique Luján, Rincón de Milberg y el emprendimiento Nordelta

Su población total según el censo del INDEC del año 2010 es de 380.709 habitantes. La población estimada de las islas es hoy de aproximadamente de 10.000 habitantes.

El partido de Tigre ha experimentado, durante la década de 1990, un enorme auge inmobiliario, con la construcción de grandes emprendimientos como Nordelta, Santa

Bárbara, Santa María de Tigre, Altamira y Villanueva y va en incremento el desarrollo urbanístico privado.

Actualmente se puede visibilizar una fragmentación en términos socio económico y sanitario. En la población de Tigre. Esto se evidencia si comparamos algunas zonas, como por ejemplo: el casco urbano (centro de Tigre), barrios privados (insular y continental) y las zonas de localidades periféricas.

Con respecto a algunos determinantes de salud, como cobertura de agua de red y desagües cloacales, si bien se ha avanzado mucho en los últimos años, aún están pendientes en varios barrios.

La Secretaría de Política Sanitaria y Desarrollo Humano del Municipio de Tigre, a través de la Subsecretaría de políticas sanitarias, tiene a cargo la salud de la población de tigre a través de 21 centros de atención familiar y de salud (CAFyS), una Maternidad, una Unidad de Demanda Inmediata Pediátrica (UPRI), un Hospital de Diagnóstico, un Hospital Odontológico y Un Hospital oftalmológico (los tres últimos de gestión mixta: estatal/privada) y el Sistema de Emergencias Tigre (SET). Se llevan adelante los programas municipales, provinciales y nacionales.

Los CAFyS se encuentran distribuidos a lo largo de todo el territorio y tienen como misión desarrollar y consolidar un sistema de salud integral para los/as ciudadanos/as, brindando asistencia médica y técnica, con foco en actividades de promoción y prevención de la salud, ofreciendo a la población una asistencia sanitaria equitativa, de calidad y accesible, con especial énfasis en el área materno-infantil.

Los CAFyS están compuestos por equipos de salud interdisciplinarios (Promotoras de Salud, Médicos/as generalistas/pediatras/clínicos/ginecólogos/as, Trabajadores/as sociales, administrativos/as, Enfermeras/os, Odontólogos/as, Psicólogos/as)

Se organizan en actividades asistenciales de demanda espontánea, programada y actividades comunitarias. 6 CAFyS cuentan con guardia general de 24 hs.

Se cuenta con un sistema informatizado de turnos, sistema de turnos telefónico y Historia clínica orientada al problema informatizada.

En cuanto a la infraestructura es muy variable según CAFyS, pero el mantenimiento y el estado general son óptimos, así como el equipamiento con el que cuentan.

Se cuenta con recursos municipales y provinciales para insumos de medicación.

Algo a destacar es que desde el eje niño de la Subsecretaría de salud hay un gran trabajo de seguimiento y referencia de nacimientos, prematuros y mortalidad.

Según datos del censo del INDEC 2010 en Tigre el total de niños/as menores de 2 años es de 13849.

Según datos de referencia de la Maternidad de Tigre y Hospital de Pacheco, el total de recién nacidos vivos durante el año 2016 fue de 5061. Hasta el 20 de agosto de 2017 se registra un total de 2721, siendo 174 los Recién nacidos Prematuros.

En cuanto a Mortalidad infantil, según el informe de Mortalidad Infantil primer semestre 2017:

COMPARATIVO DE FALLECIDOS (menores de 1 año)

2016 – 2017 (Entre los meses de Enero – Agosto)

	AÑO 2016 (MES 1 AL 8)	AÑO 2017 (MES 1 AL 8)
NEONATAL	16	10
POSNEONATAL	14	6
DOMICILIARIA	10	3
TOTAL	30	16

Objetivo General

Disminuir la morbimortalidad por IRAB en el año 2017 en el Municipio de Tigre

Objetivos Específicos

- Detección precoz en pacientes con factores de riesgo (prematurez, bajo peso al nacer, menores de 6 meses, discapacitados, mayores de 65 años, inmunodeprimidos, enfermedades crónicas, asma, etc),
- Diagnóstico oportuno de los casos de IRAB por área programática durante los meses de mayo a agosto del 2017.
- Detección oportuna de los pacientes críticos.
- Tratamiento y seguimiento de los casos de IRAB por área programática.

- Mejorar el conocimiento de la comunidad sobre las medidas preventivas y los signos de alarma de IRAB.

Meta

- Brindar atención, tratamiento integral y seguimiento para infecciones respiratorias en personas de la comunidad, priorizando acceso a los grupos de riesgo (menores de 2 años, mayores de 65 años, embarazadas, discapacitados/as, inmunodeprimidos/as por cualquier circunstancia)

Actividades

1. Armado de posta IRA: se dispondrá de un lugar físico (preferentemente enfermería) con SCORE DE TAL, reloj de pared, carpeta fechada con formularios de seguimiento y pautas de alarma, sillas, Biombo, camilla, tubo de oxígeno, saturometro, aerocámaras, salbutamol aerosol, betametasona gotas.
2. Impresión de flujograma de decisión terapéutica y armado e impresión de planillas de seguimiento y pautas de alarma. (anexo 3)
3. TRIAGE se realizará capacitación a los equipos de salud, enfermería/administración/farmacia.
Se dispondrá de un TRIAGE para menores de 2 años (que serán admitidos por ventanilla con cartelería indicativa) (anexo 4) a cargo de enfermería, para DAR PRIORIDAD A DICHA POBLACIÓN. En otra ventanilla se realizará la admisión del resto de la población, y se dará respuesta según modalidad del CAFyS.
4. Capacitación de personal profesional y no profesional para la unificación de criterios de atención
5. Búsqueda activa de los niños con diagnóstico de IRAB que no asistan al control a cargo de administración y Promotora de Salud. En esta actividad se incluirá la vacunación antigripal y de calendario. Se focalizará el seguimiento en niños de Alto Riesgo incluidos en la Búsqueda activa.
6. Reorganización de horas-Médico destinadas a consultorio o comunitario para reforzar controles y atención de Patología respiratoria durante la epidemia.

7. Unificación de códigos CIAP y sociabilización con equipo de salud mediante comunicación interna y cartelera en todos los consultorios y guardia. (anexo 3)
8. Talleres sobre patología respiratoria frecuente y manejo de la fiebre en salas de espera (opcional).
9. Reuniones quincenales entre jefes/equipo de salud de cada área para monitorear y evaluar el plan de invierno.

Organización Gral. de la demanda en los CAFYS pertenecientes al Municipio de Tigre

Durante los meses de mayo a agosto cada CAFyS suspenderá las agendas, dejando solo habilitadas las agendas de

- Recién Nacidos y menor de 1 años
- Agenda de consultorio compartido o de alto riesgo según el conocimiento de cada centro
- Agenda de adultos con patología crónica (DBT/HTA) no habilitadas al TTT³
- Control de embarazo
- Salud de la Mujer
- Organización de actividades de atención programada entre CAFyS articulados por áreas para dar respuesta a la demanda de controles de salud de niños mayores de 1 año para firma de libreta de ANSES y seguimientos (incluye el PUNTO SALUD)⁴
- Dentro del espacio de demanda, cada CAFyS dispondrá de consultorios de seguimiento y altas, en los horarios de 8, 14 y 16 hs, según la modalidad del CAFyS.
- La demanda espontánea se realizará en dos turnos de 8 a 12 hs y de 14 a 19 hs (esta disposición dependerá de la modalidad del CAFyS)

³ Sistema de Turnos Tigre.

⁴ Punto Salud: operativo realizado desde la Subsecretaría de Salud de Tigre, donde se llevan a cabo actividades de promoción y prevención de la salud. Se realiza una vez al mes por área programática y en él participan todas las instituciones locales de la Unidad de Gestión descentralizada.

CAFYS MODALIDAD A

Centros con consulta programada (8 a 14 hs 25 turnos-priorizando niños)

Los turnos se otorgan a las 8 hs.

Canal, Carupa , El Arco, Delfino; Las Tunas, Belgrano, Islas (Carapachay, Capitán, Catamaran),
La Paloma

CAFyS MODALIDAD B

Centros con Demanda espontanea 8 a 19 hs (50 turnos-priorizando niños)

Los turnos se otorgan a las 8 hs y a las !4 hs.

Alte Brown, Pacheco, Tábanos; Troncos, Rincón.

CAFyS MODALIDAD C.

Centros con guardia (120 turnos en 24 hs)

Los turnos se otorgan a las 8 hs y a las !4 hs.

Benavidez, Torcuato, Ricardo Rojas, Dique Lujan, Juana Manso, Baires⁵

Respecto de los CAFyS con guardia se cuenta con una DEMANDA ESPONTÁNEA PEDIÁTRICA.

Esto, sumado a la atención de 24 hs, posibilita aumentar el número total de consultas, pero no constituye una guardia pediátrica.

Los centros estarán referenciados y articulados por áreas según cercanía y recursos

UPRI, Troncos, Rincón, Carupa, Canal, Tabanos.

CAFYS Torcuato, Belgrano, Almirante Brown, Baires.

CAFYS Rojas, Las Tunas, La Paloma, Pacheco y Eva Perón.

CAFYS Juana Manso y Rincón.

CAFYS Benavidez, EL Arco, Las Tunas, Dique Lujan

Circuito de derivaciones

1. Con criterios de internación: Hospital Magdalena V. de Martínez con Sistema de Emergencias Tigre.
2. Con criterio de necesidad de exámenes complementarios para definir conducta: UPRI en caso de niños, Hospital de Diagnóstico, Laboratorio y

⁵ CAFyS Benavidez, Torcuato y Ricardo Rojas tienen capacidad hasta 150 turnos en caso de contar con los refuerzos necesarios. Cuentan con 2 médicos por guardia.

CAFyS Dique Lujan, Juana Manso y Baires tienen capacidad de hasta 100 turnos ya que cuentan con 1 solo médico en la guardia.

rayos de Hospital Municipal en caso de adultos que puedan ser reevaluados en el CAFyS. Se evitará en este caso el hospital Provincial, para priorizar su función de nivel de internación y urgencias.

3. En el caso de niños derivados a la UPRI (previa llamada telefónica), los mismos serán evaluados con los resultados para evitar los traslados constantes de los vecinos, sobre todo en horarios nocturnos.
4. Derivaciones entre CAFyS con móvil de traslado para observación y finalización de tratamiento: se realizará entre CAFyS de la misma área SOLO en caso de que al llegar el horario de cierre de los CAFyS Modalidad A y B, permanezcan pacientes SIN CRITERIOS DE INTERNACIÓN, serán derivados a CAFyS Modalidad C y UPRI.
5. Todas las derivaciones serán registradas en la hoja de referencia-contrarreferencia con copia, para tener una sistematización de las mismas.

RESULTADOS

Los resultados volcados en este relato corresponden al análisis inicial de los datos vertidos en el Tablero de Mando del 1 de Mayo al 20 de Agosto de 2017 y a través de una encuesta entregada a los/as Jefes de CAFyS (anexo 6).

Quedan pendientes por estar aún en proceso la evaluación al equipo de salud y a los usuarios del sistema de salud.

Durante el periodo analizado, en los 21 CAFyS, se atendieron un total de 108205 personas: 20194 fueron menores de 2 años, 43635 fueron pacientes con código respiratorio y de ellos 12675 fueron menores de 2 años.

Indicadores:

PERIODO ANALIZADO: 1/5 al 20/8

ANÁLISIS SOBRE CONSULTAS DE DEMANDA ESPONTÁNEA Y GUARDIA

CAFyS MUNICIPIO DE TIGRE

INDICADOR 1:	<u>TOTAL CONSULTAS REALIZADAS</u>	<u>108205</u>	90%
	TOTAL CONSULTAS ESTIMADAS	119760	

INDICADOR 2:	<u>TOTAL CONSULTAS 2017</u>	<u>108205</u>	130%
	TOTAL CONSULTAS 2016	83246	

INDICADOR 3:	<u>TOTAL CONSULTAS IRA 2017</u>	<u>43635</u>	127%
	TOTAL CONSULTAS IRA 2016	34204	

INDICADOR 4:	<u>TOTAL CONSULTAS IRA 2017 0 a 2 AÑOS</u>	<u>12675</u>	154%
	TOTAL CONSULTAS IRA 2016 0 a 2 AÑOS	8229	

INDICADOR 5:	<u>TOTAL CONSULTAS IRA 2017 2 a 14 AÑOS</u>	<u>21,141</u>	146%
	TOTAL CONSULTAS IRA 2016 2 a 14 AÑOS	14,457	

INDICADOR 6:	<u>TOTAL CONSULTAS IRA 2017 14 a 99 AÑOS</u>	<u>11,468</u>	98%
	TOTAL CONSULTAS IRA 2016 14 a 99 AÑOS	11,728	

INDICADOR 7:	<u>TOTAL CONSULTAS IRA 2017</u>	<u>43635</u>	40%
	TOTAL CONSULTAS 2017	108205	

INDICADOR 8:	<u>TOTAL CONSULTAS IRA MENORES DE 2 AÑO 2017</u>	<u>12675</u>	63%
	TOTAL CONSULTAS IRA 2017	20194	

De la encuesta realizada a todos los jefes/as de los cafys se evidencio que:

- Se pudo realizar la Posta irab en la totalidad de los CAFyS
- Solo 3 de los CAFyS no pudieron realizar el triage por falta de espacio o falta de personal para realizarlo.
- El uso de Planillas de Seguimiento y Posta IRAB, así como la búsqueda activa de los pacientes que no realizaron seguimiento indicado se realizó sin dificultad. El mismo se encontró en su mayoría a cargo de Promotoras, Trabajo Social y Personal Administrativo
- La organización de agendas, su planificación y uso de códigos, no presentó dificultades.
- Con respecto a los talleres propuestos no pudieron ser realizados en su mayoría los programados en la sala de espera de los centros, debido a la falta de personal y espacio. Si se realizaron charlas en los espacios de entrega de mercadería, reuniones de manzanas y otros espacios comunitarios
- En la implementación y uso del Tablero de Mando no se encontraron dificultades para la carga de los datos solicitados así como la información diaria requerida.
- La percepción por parte del equipo con respecto a la aceptación de la comunidad del plan implementado fue positiva no obstante durante la ejecución del mismo el principal obstáculo evidenciado, fue la resistencia por parte de algunos integrantes de los equipos
- Durante la ejecución del plan no se presentaron renuncias adjudicables al desborde por la epidemia de Invierno.

- El material informativo y de difusión utilizado, fue útil pero no se consideró suficiente.

CONCLUSIONES

Luego de transitar el Plan de Invierno, y tomado en cuenta los indicadores y percepciones vertidos en este relato, se evidencia que objetivos planteados fueron alcanzados en gran parte. En cuanto al objetivo principal -la reducción de la mortalidad infantil por causas evitables-, podemos inferir que este plan apunta a reducir las muertes por causas evitables. Al analizar los objetivos específicos que fueron la focalización de actividades de APS para la prevención y atención de la población de mayor riesgo, dio como resultado no solamente un incremento en la cantidad de pacientes atendidos, sino una mejor utilización de los recursos disponibles (materiales, humanos, etc)

La planificación y ejecución del plan de invierno pudo concretarse en su mayoría, ya que el mismo fue consensado por todos los equipos de Atención Primaria.

La unificación del trabajo favoreció la comunicación interCAFyS y coordinación de la atención y derivaciones a segundo nivel.

La campaña publicitaria, su difusión en la comunidad a través de reuniones con manzaneras, charlas en entrega de alimentos y talleres en distintos espacios locales (entre otros) y la homogeneización de horarios de atención de demanda espontánea, turnera unificada, operativos de controles de salud con firma de libretas, permitió llegar a la comunidad con un mensaje único, favoreciendo así la mejor organización, evitando la policonsulta y generando concientización en la ciudadanía de la patología respiratoria y el uso de los recursos en época invernal. Aún cuando en el inicio del plan hubo resistencia de la comunidad a la redistribución de turnos de controles priorizando menores de dos años, con anulación de agendas para niños mayores sanos. Esta demanda sentida fue abordada a través de operativos en cada Cafys y el Punto Salud.

No se produjo un desborde de los equipos de salud, como ocurrió en 2016, procurando cuidar el recurso humano uno de los factores más vulnerables a la hora de generar cualquier estrategia de atención.

En este punto se debe considerar el modo de contratación de los profesionales para lograr la continuidad de los equipos en los que el municipio invierte en capacitación y formación continua y son exportados por mejores condiciones laborales.

Las dificultades que se presentaron durante el Plan fueron:

- Falta de medicación para entrega a los pacientes en momentos aleatorios. Si bien se pudo gracias a la planificación no tener faltantes para atención en los Cafys. Esto pudo deberse a la disminución de ingreso de insumos a través del Plan Remediar y el atraso de compras municipales. Por la misma causa, hubo llegada tardía de equipamiento.
- Las derivaciones intercafys, si bien se llevaron a cabo en varios casos, no se contó con un móvil destinado para tal fin como se había propuesto.

Propuestas de mejora para la planificación 2018

Las consultas por demanda espontánea que se realizaron en cada cafys fue mayor a la programada. Esto se logra aumentando los recursos con horas extras de enfermería, administración y horas médicas, sin dejar de realizar las actividades que son competentes de la atención primaria de la salud. Esto es importante a tener en cuenta para la próxima planificación ya que en el caso de pretender aumentar la cobertura en la atención (mayor número de consultas), implicaría plantearse la necesidad de aumentar tanto del recurso humano como condiciones edilicias de los CAFyS.

Continuar mejoramiento de los registros y codificación

Programar compra de medicación e insumos con la antelación requerida, tomando las cantidades utilizadas a través del tablero de mando.

Capacitación continua en los equipos de salud

AUTOCRITICAS

- No se incluyó al equipo de farmacia en la creación de plan, lo que generó roces ante el reclamo de falta de insumos.
- Evidenció las dificultades para unificación de criterios generales de trabajo entre CAFyS y otras instituciones Municipales y Provinciales.
- La suspensión de actividades comunitarias dentro del plan de Invierno, generó resistencia en los equipos, principalmente en aquellos CAFyS que no contaban con demanda espontánea.

ANEXOS

Anexo 1:

ENCUESTA SOCIAL SEGUIMIENTO ALTO RIESGO

Fecha:

Datos del niño:

Apellido y Nombres:

Fecha de Nacimiento: Edad:

DN I: NO () Nro Provisorio.....SI () Nro

Lugar de nacimiento:

Domicilio:

Calle.....Nº..... Entre calles:

.....

Barrio:..... Localidad.....

Datos de la Madre

Apellido y nombres.....

Edad : NacionalidadDNI:

Ultimo año de estudios cursados (con fecha)

La ayuda alguna persona en la crianza del niño SI NO

Quien?

Telefono de contacto:

Empleo: Si () No () Tipo: Ingreso:

Obra Social: Si () No ()

Inclusión en programas Nacionales, Provinciales, Municipales: Si () No () Cuáles?

Composición familiar

Nº	Nombre	Vínculo ¹	Edad	Instrucción ²		Ocupación ³
				Ultimo año cursado	Concorre en la actualidad	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

1) Con el niño prematuro

2) Indicar el máximo nivel alcanzado de todos los integrantes.

3) Del sostén de la familia (estable y/o changa).

Condiciones habitacionales:

Zona rural: () Zona urbana: () Zona de Islas: ()

Vivienda: Propia: () Alquilada () Cedida () Usurpada () Prestada ()

Tipo de Vivienda

Predomina en la Construcción: Material Chapa Madera

Otro..... Estado de conservación: Bueno Regular Malo

Cantidad de ambientes utilizados como dormitorio:.....

Cantidad de plazas de cama:

Lugar donde va a dormir el niño:

Servicios

Agua: Corriente De pozo Otros:

Servicio Cloacal : Red pública Pozo ciego Letrina

Sanitarios: Dentro de la vivienda SI () NO ()

Cocción de alimentos: Gas natural Gas envasado Calentador

Leña

Atención sanitaria

¿Concurre a instituciones de salud? NO () SI () Cual?

Control del embarazo? SI Donde? : Cafys () Hospital () Otros

..... NO Indicar

motivo:.....

Problemática de Salud:

.....

.....

Tratamiento Indicado:

.....
.....

Evaluación del Profesional Interviniente:

.....
.....
.....
.....

Firma y Sello del Profesional Interviniente

Anexo 2

1. Ingresar al gmail, ingresar al drive
2. Plan de invierno 2017 Reporte diario l@s lleva a:

Este excel dispone de tres columnas, en las que se debe pintar solo con color (no agregar otro dato) y releva recurso humano, infraestructura e insumos. La información deberá ser consignada de la siguiente manera:

Recurso Humano: Pintar **rojo** si no hay medico para la atención de demanda

Pintar **amarillo** si no hay enfermero para la atención de la demanda

Pintar **verde** si hay medico y enfermero atendiendo.

Infraestructura: Pintar **rojo** si falta luz / agua u oxígeno para enfermería

Pintar **amarillo** si no hay sistema de HCL o calefacción

pintar **verde** si esta en funcionamiento adecuado

Insumos: Pintar **rojo** si no hay salbutamos o corticoides

Pintar **amarillo** si no hay antibióticos y/o antitermicos

Pintar **verde** si hay de todos los insumos de IRAB

El reporte debe ser cargado todos los dias antes de las 9 hs de lunes a viernes. En el mismo excel figuran otras 3 columnas que serán llenadas desde la secretaria por lo que no deben ser cargadas por los CAFYS.

3. Plan de Invierno 2017 los lleva a:

Este reporte debe ser cargado semanalmente los dias lunes.

Anexo 3

Registro en papel de la atención para el CAFyS

POSTA IRAB

APELLIDO Y NOMBRE:									
DNI									
EDAD									
DOMICILIO Y TELEFONO									
INGRESO: FECHA:									
FC		FR		SAT		T°		TAL	
				O2					

1°SERIE

2 PUFF B2 HORA:		O2: SI/NO
-----------------	--	-----------

CORTICOIDES

MEPREDNISONAgotas	BETAMETASONAgotas	HORA	
--------------	------------	--------------	--------------------	------	--

ANTITERMICOS:

PARACETAMOLgotas	IBUPROFENOc c	HORA	
SAT O2		TAL			

2°SERIE

2 PUFF B2 HORA:		O2: SI/NO	
SAT O2		TAL	

3°SERIE

2 PUFF B2 HORA:		O2: SI/NO	
SAT O2		TAL	

EGRESO: DERIVACIÓN / ALTA

Planilla para el paciente: Ver Excel adjunto

Codificación Campaña de Invierno

El registro en la HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA ES FUNDAMENTAL PARA LA ESTADISTICA Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

Z214 (BRONQUIOLITIS -1AÑO): primer y segundo episodio en menores de 1 año.

Z215 (BRONQUIOLITIS 1 A 2 AÑOS): primer y segundo episodio entre 1 y 2 años.

R78 (BRONQUITIS/BRONQUIOLITIS AGUDA): primer y segundo episodio en mayor de dos años.

R03 (RESPIRACION JADEANTE/ SIBILANTE): Tercer episodio en adelante en todos los grupos etareos (incluye crisis asmática)

R63 (CONSULTA SEGUIMIENTO respiratoria)

R103 (INTERNACION ABREVIADA SME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO): agregar este código a todos los pacientes que permanecen en posta IRAB, que reciban series o nebulizaciones, además de colocar el código correspondiente a la patología.

R81 NEUMONIA

R80 GRIPE

R74 CVAS

R71 TOS FERRINA (Sospecha de Coqueluche)

R05 TOS

Z206 COQUELUCHE

R77 LARINGITIS/TRAQUEITIS AGUDA

OTROS CODIGOS DE USO HABITUAL EN EPOCA INVERNAL

R76 AMIGDALITIS AGUDA (Viral)

R96 ASMA

R95 EPOC

R72 FARINGITIS (Bacteriana)

A03 FIEBRE

R21 SIGNOS/SINTOMAS DE LA GARGANTA/FARINGE/AMIGDALAS

H70 OTITS EXTERNA

H71 OTITIS MEDIA AGUDA

Carteles informativos de la campaña de invierno

CENTROS DE ATENCIÓN FAMILIAR y SALUD (CAFyS) TIGRE:

Los CAFyS del Municipio de Tigre cuentan con espacios de atención de CONSULTA PROGRAMADA, DEMANDA ESPONTANEA y GUARDIA DE EMERGENCIAS.

La **CONSULTA PROGRAMADA** incluye CONTROLES DE SALUD (de Niños, Adultos y Salud de la Mujer) y se requiere sacar TURNO.

La **DEMANDA ESPONTÁNEA** se utiliza cuando se requiere una atención pronta, por lo general de patologías frecuentes de bajo o mediano riesgo que por su característica de “patologías agudas” requieren una atención más precoz de la que se puede ofrecer con el sistema de turnos programados. Da respuesta a URGENCIAS, que son situaciones que NO implican riesgo de vida. La atención puede esperar un tiempo prudencial.

La **GUARDIA** es para dar respuesta a situaciones de **EMERGENCIAS**, que son aquellas que implican **RIESGO DE VIDA** o de secuelas graves en la salud. Es necesaria una atención inmediata

ESTIMADOS/AS VECINOS/AS

Se informa que durante los meses de **MAYO** a **AGOSTO** los CAFyS se encuentran en **CAMPAÑA DE INVIERNO** con el objetivo de disminuir la mortalidad infantil durante esta época.

Se priorizara la atención de **DEMANDA ESPONTANEA** por **ENFERMEDADES RESPIRATORIAS**, por lo que habrá turnos programados solo para **ADULTOS CON ENFERMEDADES CRONICAS, SALUD DE LA MUJER, RECIEN NACIDOS y MENORES DE 1 AÑO**.

Para los controles de niños/as mayores y firmas de libretas se programaran operativos, los cuales se irán informando (consultar en VENTANILLA).

De este modo cuidamos la vida de quienes más lo necesitan.

Contamos con su apoyo y comprensión, así como su colaboración para facilitar el trabajo y la difusión.

REQUERIMIENTOS INSUMOS

INSUMOS	TOTAL
CAMILLAS	
DE TRANSPORTE	4
FIJA CON LEVANTA CABEZA	3
COMUN	12
OXIMETROS	30
SILLAS (en tándem)	15
MANOMETROS	12
TUBOS DE OXIGENO	14
BIOMBOS	24
ASPIRADOR	2
CORTINAS (separación de camillas en gdia)	11

TERMOMEROS	30
OTOSCOPIOS	20
RELOJ de PARED	21

RECURSOS REFUERZO DE HORAS SEMANALES

HORAS MEDICAS	LUNES A VIERNES	SABADOS DOMINGOS Y FERIADOS
PEDIATRICAS	60 hs	48 hs
C.MEDICA	54 hs	0 hs
MEDICINA GENERAL	30 hs	0 hs
HORAS ENFERMERIA	89 hs	24 hs
HORAS ADMINISTRACION	25 hs	144 hs +4 feriados (NOS PERMITE TENER ADMINISTRACION EN LOS MESES DE MAYO A AGOSTO LOS FINES DE SEMANA EN LOS CAFYS DE GUARDIA DE 24 HS PERMITIENDO ASI LA MEJOR ATENCION Y CONTROL)

ESTAS HORAS SOLICITADAS NO CONTEMPLAN EL AUSENTISMO DE ALGÚN PROFESIONAL POR DIFERENTES CAUSAS

No se tiene en cuenta los ingresos previstos por algunos profesionales en distintos CAFYS como así las bajas que están previstas

MEDICACION DE GUARDIA (SEMANAL) estimativo calculado por la demanda en 2016

	Salbutamol aerosol	Beta gotas	Hidrocortisona ampolla 500 mg	Ibuprofeno jarabe	Aerocamaras pediaticas	Aerocamaras adultos	Salbutamol gotas
CAFy S A	50	25	2	60	50	5	1
CAFy S B	100	50	5	120	100	15	3
CAFy S C	200	100	25	220	200	50	5

MOVIL DE TRASLADO: Primer Nivel de Atención.

Un móvil

Un chofer

Un/a Enfermero/a profesional

Evaluar incentivos época invernal: SUMAR y AUTOGESTION..

BIBLIOGRAFIA

1- Abordaje Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas, GUIA PARA EL EQUIPO DE SALUD. Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2011.

2- Recomendaciones para la vigilancia, prevención y atención de las Infecciones Respiratorias Agudas en Argentina. Actualización Mayo de 2015. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

3- Consenso sobre Infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años, Recomendaciones para su manejo. Sociedad argentina de Pediatría. Dra. Hebe González Pena y col.

4- GUÍAS AIEPI.

5- TRIAGE HOSPITAL GARRAHAM.