



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SILVA HENRÍQUEZ

Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Kinesiología

EFFECTIVIDAD DE LAS ESTRATEGIAS UTILIZADAS PARA
EL CUMPLIMIENTO DE LA META SANITARIA N°11:
COBERTURA DE ATENCIÓN DE ASMA EN POBLACIÓN
GENERAL Y EPOC EN PERSONAS DE 40 AÑOS Y MÁS,
PARA PROGRAMAS IRA-ERA EN EL CESFAM DR. LUCAS
SIERRA, CONCHALÍ.

Seminario de Título para optar al
Grado de Licenciado en Kinesiología

Camila Javiera Astudillo Escobar
Dámary Constanza Donoso Marín

Prof. Guía. Klgo. Jaime Eduardo Ocaranza Ozimica. Magister en
Investigación educacional

Santiago, Chile.
2015



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SILVA HENRÍQUEZ

Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Kinesiología

EFFECTIVIDAD DE LAS ESTRATEGIAS UTILIZADAS PARA
EL CUMPLIMIENTO DE LA META SANITARIA N°11:
COBERTURA DE ATENCIÓN DE ASMA EN POBLACIÓN
GENERAL Y EPOC EN PERSONAS DE 40 AÑOS Y MÁS,
PARA PROGRAMAS IRA-ERA EN EL CESFAM DR. LUCAS
SIERRA, CONCHALÍ.

Seminario de Título para optar al
Grado de Licenciado en Kinesiología

Camila Javiera Astudillo Escobar
Dámary Constanza Donoso Marín

Profesor Guía: Jaime Ocaranza O.
Profesor Corrector: Sergio Acuña.
Profesor Corrector: Jorge Cifuentes.

NOTA

FIRMA

Santiago, Chile.
2015

*A nuestras familias,
Especialmente a nuestros padres,
por su gran apoyo y cariño.
Muchísimas Gracias.
Camila y Dámery*

AGRADECIMIENTOS

A Dios por acompañarme en todo momento.

A mis padres, hermanos, abuelos, yaya, MI FAMILIA; por entregarme todos los valores necesarios para ser mejor persona y enseñarme a nunca doblar los brazos por más difícil que sea la tarea, detrás de cada logro están ustedes, por su apoyo, cariño y confianza que me entregan día a día.

A mi madre, por ser mi mejor amiga, mi aliada, mi ejemplo a seguir, gracias infinitas gracias por todo tu apoyo, sin ti no sería lo que soy hoy en día.

A mi padre, por confiar siempre en mí, porque sé que estarías más que orgulloso de lo que soy hoy en día. Gracias por permitirme darme la oportunidad de alcanzar mis sueños y gracias por haberme elegido ser tu hija.

Especialmente a mi mayor alegría, el regalo que Dios me entrego, mi razón de vivir, mi bebe, todo lo que hago es por ti y para ti.

A mi compañero de vida, gracias por haber llegado y compartir tu vida conmigo, por tu infinita paciencia e inagotable apoyo.

A nuestro profesor guía, que no pudimos haber elegido mejor, gracias por entregarnos sus conocimientos y creer en nosotras.

A nuestros profesores correctores gracias por sus conocimientos y entrega en nuestra tesis.

GRACIAS, a todos que de alguna u otra forma ayudaron a que esto fuera posible.

Camila Astudillo Escobar

A Dios, por darme la fortaleza y la fuerza para luchar por mis sueños y de ese modo concretar esta meta.

A mis padres, hermano y abuelos, por apoyarme, entenderme y guiarme en este camino; por sus valores, enseñanzas, consejos y amor incondicional, para ser cada día una mejor persona y profesional.

A mi compañero de vida, por ser pilar fundamental, por apoyarme en cada paso, por su paciencia y amor infinito.

A mis profesores, por educarme y darme las herramientas necesarias para ser cada día mejor.

A mi profesor guía, por su infinita paciencia, ayuda y comprensión en cada paso de esta etapa.

A mis profesores correctores, Sergio Acuña y Jorge Cifuentes por su gran ayuda y apoyo.

Al Klgo. Raúl Villarroel del CESFAM Dr. Lucas Sierra, por su entrega y por darnos las herramientas necesarias para lograr nuestra investigación; para él y todo el CESFAM, muchísimas gracias.

A toda mi familia y aquellas personas que estuvieron conmigo en todo momento.
Infinitas gracias.

Dámary Donoso Marín

INDICE

| | |
|---|-------|
| Resumen..... | I |
| Abstract..... | II |
| Abreviaturas..... | III |
| 1. Introducción | 1-2 |
| 2. Marco teórico | 3-20 |
| 2.1. Sistema de salud en Chile | 3 |
| 2.2. Salud publica | 3-4 |
| 2.3. Atención primaria | 4 |
| 2.4. Modelo de salud familiar en Chile | 4-5 |
| 2.5. Enfermedades respiratorias | 5-6 |
| 2.6. Epidemiología de enfermedades respiratorias en el mundo | 6-7 |
| 2.7. Epidemiología de enfermedades respiratorias en Chile | 7-8 |
| 2.8. Programas respiratorios..... | 8-9 |
| 2.9. Enfermedades más comunes programa IRA-ERA | 10-12 |
| 2.9.1. Asma | 10-11 |
| 2.9.2. EPOC | 11-12 |
| 2.10. Metas sanitarias | 12-13 |
| 2.11. Objetivos sanitarios | 13 |
| 2.12. Estrategias sanitarias | 13-14 |
| 2.13. Índice De Actividad De La Atención Primaria (IAAPS) | 14-16 |
| 2.13.1 Criterios Utilizados En La Construcción Del IAAPS | 15 |
| 2.13.2 Componentes e Indicadores Del Índice De Actividad De La Atención Primaria | 15 |
| 2.13.3 Componente Actividad General : Indicadores Que Evalúan Oportunidad, Accesibilidad Y Equidad | 16 |
| 2.14. Calidad de vida en pacientes crónicos respiratorios | 16-17 |
| 2.15. Encuestas de calidad de Vida | 17-20 |
| 2.15.1 COPD Assessment Test (CAT) | 17-18 |
| 2.15.2 Cuestionario EQ5D | 19-20 |
| 3. Importancia del estudio | 21 |
| 4. Justificación..... | 21 |
| 5. Pregunta de investigación | 22 |
| 6. Objetivo General y Específico | 22 |
| 7. Metodología, Tipo de estudio | 23 |

| | |
|---|-------|
| 8. Población de estudio | 23-24 |
| 8.1 Delimitación cuantitativa de la muestra | 23 |
| 8.2 Delimitación cualitativa de la muestra | 23 |
| 8.3 Tamaño de la muestra | 24 |
| 9. Criterios de inclusión y exclusión..... | 25 |
| 10. Método de recolección de datos..... | 26 |
| 11. Variables..... | 26-27 |
| 11.1 Variable dependiente..... | 26 |
| 11.2 Variable independiente..... | 27 |
| 12. Instrumentos de medición..... | 27-28 |
| 13. Cronograma (carta Gantt)..... | 29 |
| 14. Análisis de datos..... | 30-41 |
| 14.1 Resultados | 30-41 |
| 15. Discusión..... | 42-43 |
| 16. Conclusión..... | 44-45 |
| Bibliografía..... | 46-50 |
| Anexos..... | 51-57 |
| - Anexo N°1: Consentimiento informado | 51 |
| - Anexo N°2: Apéndice1: Encuesta Eq-5d | 52 |
| - Anexo N°3: Cuestionario CAT- COPD Assessment Test | 53 |
| - Anexo N°4: Indicadores IAAPS 2015 | 54 |
| - Anexo N°5: Estrategia: Recordatorio Meta IAAPS Sala IRA-ERA | 55 |
| - Anexo N°6: Estrategia: Revisión De Citaciones | 56 |
| - Anexo N°7: Estrategia: Citación En Domicilio | 57 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| - Tabla 1.1: Total De Rescates Efectivos Para El Cumplimiento De La Meta Sanitaria N°11, Mediante El Uso De Estrategias | 24 |
| - Tabla 1.2: Tabla global 1 | 30 |
| - Tabla 1.3: Población Total Según Prevalencia en IRA-ERA | 31 |
| - Tabla 1.4: Sector | 32 |
| - Tabla 1.5: Rescate Por Estrategias | 33 |
| - Tabla 1.6: Estrategias De Rescate | 34 |
| - Tabla 1.7: Egresos | 35 |
| - Tabla 1.8: Reingreso Por Patología | 36 |
| - Tabla 1.9: Gravedad Del Asma | 37 |
| - Tabla 1.10: Otras Patologías | 38 |
| - Tabla 1.11: Cumplimiento De Metas | 39 |
| - Tabla 1.12: Cuestionario CAT- COPD Assessment Test | 40 |
| - Tabla 1.13: Cuestionario European Quality Of Life-5 Dimensions (EQ-5D) | 41 |

INDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| - Grafico 1.1: Población Total Según Prevalencia en IRA-ERA | 31 |
| - Grafico 1.2: Sector | 32 |
| - Grafico 1.3: Rescate Por Estrategias | 33 |
| - Grafico 1.4: Estrategias De Rescate | 34 |
| - Grafico 1.5: Egresos | 35 |
| - Grafico 1.6: Reingreso Por Patología | 36 |
| - Grafico 1.7: Gravedad Del Asma | 37 |
| - Grafico 1.8: Otras Patologías | 38 |
| - Grafico 1.9: Cumplimiento De Metas | 39 |
| - Grafico 1.10: Cuestionario CAT- COPD Assessment Test | 40 |
| - Grafico 1.11: Cuestionario European Quality Of Life-5 Dimensions (EQ-5D) .. | 41 |

RESUMEN

Introducción: Chile es uno de los países con más altos índices relacionados con enfermedades respiratorias crónicas, principalmente tabaquismo y contaminación atmosférica; por ello desde el año 1990 y 2001 están en funcionamiento los programas IRA- ERA, los cuales otorgan atención de salud oportuna, participando en la prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de alta prevalencia mundial como Asma y EPOC.

En Chile tanto el Asma bronquial como el EPOC tienen bajas coberturas de atención, es por ello que el MINSAL a través de las metas sanitarias, crea estrategias mediante un conjunto de acciones limitadas en tiempo y en base a una realidad establecida.

Esta investigación se focaliza en el cumplimiento de la meta sanitaria N°11: Cobertura de Atención de Asma en Población general y EPOC en personas de 40 años y más.

Objetivo: Demostrar el cumplimiento de la meta sanitaria para los programas IRA-ERA; meta N°11: Cobertura de Atención de Asma en Población general y EPOC en personas de 40 años y más, para programas IRA-ERA en el CESFAM Dr. Lucas Sierra, Conchalí; periodo de Marzo-Mayo 2015, a través del apoyo kinésico.

Metodología y tipo de estudio: La población investigada está constituida por la cantidad de personas con enfermedades respiratorias; Asma en población general y EPOC en personas de 40 años y más, inasistentes a controles en un periodo menor a un año, o pacientes pasivos inasistentes $< o = 1$ año, que formen parte del programa IRA-ERA en el CESFAM Dr. Lucas Sierra.

La selección de la muestra fue escogida por un muestreo por conveniencia, mediante una selección intencionada de sujetos dada la accesibilidad y proximidad. $U= 145$, $N=64$

Diseño metodológico: El proyecto de investigación es de tipo transversal, descriptivo, con un enfoque cualitativo- cuantitativo .

Resultados: Población total CESFAM Dr. Lucas Sierra: 4087; total pacientes inasistentes y pasivos:145; rescate total mediante uso de estrategias:64 ; mediante estrategias de rescate de rescate:27 y egresos:37; cumplimiento de meta sanitaria a Mayo del 2015:104%; cuestionario CAT: 45% impacto moderado, 33% impacto grave, 22% impacto leve; cuestionario EQ-5D: dolor y malestar 10, angustia/depresión 7, movilidad 7, actividades habituales 6 y cuidado personal 7.

Conclusión: Esta investigación tuvo como objetivo demostrar el cumplimiento de la meta sanitaria N °11, cumplida a través del uso de estrategias, gracias a la participación del Kinesiólogo. A través de esto decidimos hacer un segundo aporte donde se valoró la calidad de vida en pacientes reingresados a los programas IRA-ERA.

Palabras Claves: Asma; EPOC; IRA; ERA; Estrategias; Metas.

ABSTRACT

Introduction: Chile is one of the countries with higher health indices related to chronic respiratory diseases, mainly the smoking and atmospheric pollution. That is why, since 1990 and 2001 is running the program IRA- ERA respectively, whose purpose is to grant timely health care, participating in the, prevention, promotion, diagnosis and treatment of diseases of high global prevalence, such as asthma and EPOC.

In Chile both bronchial asthma and EPOC have low coverage of care is why the MINSAL through health strategies are created by a set of actions with limited time and based on an established reality.

This research focuses on compliance with health goal n° 11: Asthma Care Coverage in the general population and EPOC in people aged 40 years or more.

Objective: To demonstrate the fulfillment of health goal for the IRA-ERA program; Goal No° 11: Asthma Care Coverage in the general population and EPOC in people aged 40 years or more, for the IRA-ERA program in CESFAM Dr. Lucas Sierra, Conchalí; period March-May 2015, through the support kinesic.

Methodology and type of study: The population of the research consists of the number of people with respiratory diseases; Asthma in general population and COPD in people aged 40 and over, truants controls in a period less than one year or passive patients truants < or = 1 year, which form part of IRA-ERA program in CESFAM Dr. Lucas Sierra.

The selection of the sample was selected by convenience sampling by an intentional selection of subjects given the accessibility and proximity. N = 145, I= 64

Methodological design: The research project is transversal, descriptive, qualitative-quantitative approach.

Results: Total population CESFAM Dr. Lucas Sierra Conceal: 4087, total late patients and liabilities: 145, total surrender by using strategies 64, by rescue strategies: 27 and expenses: 37Compliance health goal to May 2015: 104%.

CAT questionnaire: 45% moderate impact, 33% severe impact, 22% mild impact; EQ-5D questionnaire: 10 pain and discomfort, anguish / depression 7 mobility 7 June usual activities, personal care 7.

Conclusion: This study aimed to demonstrate compliance with the health goal No. 11, this being accomplished through the use of strategies, thanks to the participation of Kinesiology

Through this we decided to make a second investigative contribution where the quality of life in patients readmitted to the IRA-ERA programs are assessed.

Key Words: Asthma; EPOC; IRA; ERA; strategy; Goals.

ABREVIATURAS

APS= Atención Primaria De Salud.

CAT = COPD Assessment Test.

CESFAM = Centro De Salud Familiar.

CVRS = Calidad De Vida Relacionada Con La Salud.

DEIS= Departamento De Estadísticas E Información De Salud.

EMPAM= Examen Medicina Preventiva Del Adulto Mayor.

EPOC = Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

EQ5D = European Quality Of Life- 5 Dimensions.

ERA = Enfermedades Respiratorias Del Adulto.

FONASA= Fondo Nacional De Salud.

GES= Garantías Explicitas En Salud.

IAAPS= Índice De Actividad De Atención Primaria.

IRA = Infecciones Respiratorias Agudas.

MINSAL= Ministerio De Salud.

NAC= Neumonía Adquirida En La Comunidad.

OMS= Organización Mundial De La Salud.

ONG= Organización No Gubernamental.

REM= Registro Estadístico Mensual.

SBO = Síndrome Bronquial Obstructivo Crónico.

SNC= Sistema Nacional De Salud.

SNSS= Sistema Nacional De Servicios De Salud.

TB= Tuberculosis.

VEF1= Volumen Espiratorio Forzado En El Primer Segundo.

1. INTRODUCCION

El envejecimiento de la población, junto al notable impacto sanitario que Chile ha logrado sobre las enfermedades infectocontagiosas, el tabaquismo creciente principalmente en el grupo vulnerable de los adolescentes mujeres, el alto grado de contaminación atmosférica que presenta Santiago y otras ciudades del país, podrían explicar el alto porcentaje de sintomatología respiratoria crónica que presentan los adultos de áreas urbanas y rurales de Chile, según una encuesta realizada en el 2012 el ministerio de salud.

Estas consideraciones explican por qué se implementaron salas ERA (enfermedades respiratorias en el adulto), a nivel nacional, enfocadas a 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, desde el año 2001.

Este programa, desarrollado a lo largo del País tiene la misión de realizar actividades de prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento 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 estas en el autocuidado y manejo de los problemas de salud, El principal objetivo es 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. (MOPSR 2014)

En Chile las consultas más frecuentes por patologías respiratorias crónicas son el asma bronquial y la EPOC. El asma bronquial es la enfermedad crónica no transmisible más común en niños, y una de las principales en adultos. Los síntomas recurrentes causan insomnio, cansancio, ausentismo escolar y laboral, y son capaces de alterar la calidad de vida de quienes lo padecen.

Por otra parte, la EPOC, dentro de las enfermedades respiratorias crónicas en Chile, corresponde a la causa de mayor carga de enfermedad. El principal factor de riesgo, corresponde al consumo de tabaco, exposición que afecta tanto al fumador activo como al fumador pasivo.

En Chile, las IRA constituyen un importante problema de salud pública. Es por eso que en septiembre en 1990, se realiza el programa llamado IRA que incorpora el manejo moderno del SBO, agrega kinesiólogos y transfiere tecnología a los centros de

atención primaria para mejorar su capacidad resolutive. (Giraldi B., Guido, Astudillo O., y cols, 2001)

Las metas sanitarias se implementaron debido a que las patologías crónicas, destacan como problema prioritario de salud las enfermedades respiratorias crónicas. En Chile, son responsables de una elevada carga de enfermedad, alcanzando los 110.748 por muerte prematura o discapacidad según las estimaciones del estudio de carga de enfermedad realizado en 2007 (2,9% del total de la carga). En el mismo estudio, las enfermedades respiratorias crónicas se ubaron en el quinto lugar de las causas de muertes (5,7% del total) (Metas 2011-2020).

A raíz de ello, surge la necesidad de investigar si es efectivo el uso de estrategias para el cumplimiento de la meta N° 11: “Cobertura de Atención de Asma en Población general y EPOC en personas de 40 años y más” para los programa IRA-ERA en el CESFAM Dr. Lucas Sierra, Conchalí, durante el periodo de Marzo-Mayo 2015, a través del apoyo kinésico, y junto a ello un segundo aporte que involucra la valoración de la calidad de vida en pacientes reingresados a los programas IRA-ERA.

2. MARCO TEORICO

2.1 Sistema De Salud En Chile

El sistema de salud chileno consta de dos sectores; el sector público y privado. El primero cubre a 80% de la población. FONASA, a través del SNSS y su red de 29 Servicios de Salud Regionales, mientras que el Sistema Municipal de Atención Primaria, cubre alrededor del 70% de la población nacional. Un 3% adicional está cubierto por los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas y el 7% restante corresponde a los trabajadores independientes y sus familias que no cotizan en FONASA , quienes en caso de necesidad, utilizan los servicios del sector público.

El SNS, a través de los 29 Servicios de Salud Regional en todo el territorio, provee servicios ambulatorios y hospitalarios para los afiliados al FONASA. La atención primaria es administrada por los servicios municipales de atención a la salud bajo la supervisión del MINSAL, el cual establece las normas técnicas de funcionamiento. (Becerril, Reyes, Annick Manuel, 2011).

2.2 Salud Pública

Chile tiene una larga tradición de desarrollo en el tema de salud. En el año 1924 se dictó la Ley de Seguro Obrero Obligatorio (Ley N° 4.054), por la cual empleadores y obreros debían imponer mensualmente a un fondo solidario o seguro de enfermedad e invalidez. Esta ley significó el compromiso del Estado de proporcionar atención de salud a todos los trabajadores, lo que dio nacimiento a la medicina social en Chile.

En 1952 se promulgó la Ley 10.383 que estableció el SNS, organismo público encargado de realizar todas las acciones sanitarias: fomento de la salud, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación.

Este desarrollo temprano en el tema de la seguridad social en salud, llevó a los médicos chilenos a realizar propuestas relacionadas con lo que posteriormente sería definido como atención primaria de salud. (Goic y Armas, 2003).

La APS ha atravesado, de una manera u otra, el firmamento de la salud pública de los últimos 35 años y, aun en sus luces y sombras, se ha constituido en uno de los componentes más estables de las propuestas de reformas y de los sistemas de salud a nivel mundial.

De manera lenta ocurre el desarrollo y mejora de la proporción del personal de salud , de las tecnologías, de los insumos y del financiamiento que se dedican a servicios genéricamente denominados ‘de primer nivel’. La mayor parte de los discursos sanitarios incluye alguna referencia a la APS, a la desconcentración de actividades y a una cierta reducción del peso relativo de los hospitales, lo que es ya una tendencia marcada en los países desarrollados por motivos que parecen bastante alejados a las propuestas originales de Alma Ata. (Rovere, 2012).

2.3 Atención Primaria

Desde la definición de Alma Ata de 1978 la APS ha tenido una renovación hacia un enfoque integral que busca garantizar el derecho a la salud con una cobertura universal, equitativa y la prestación de servicios de salud con un fuerte énfasis en la promoción y la prevención, la intersectorialidad y la participación comunitaria . (Rey, Acosta, 2013).

El primer contacto entre las personas y los trabajadores de la salud, ocurre en los servicios de atención primaria, sin embargo, las características de estos servicios, la gama de sus actividades, sus logros y las barreras para acceder a ellos varían de un país a otro de acuerdo con el sistema de servicios de salud establecido y el contexto socioeconómico, cultural y político imperante. El interés y las acciones relacionados con la APS en el mundo aumentaron substancialmente a partir de la Conferencia Internacional sobre APS, en 1978. (Gofin , 2007).

2.4 Modelo De Salud Familiar En Chile

El MINSAL, realizó el año 2003 una descripción del Modelo de Atención de Salud, determinando que en lo que se refiere a la atención primaria, los consultorios no cuentan con la capacidad para resolver los principales problemas de salud de la comunidad, lo cual es evidenciado, mediante deficiencias en oportunidades de atención, afectando la impresión de la población sobre su confiabilidad y generando problemas de trato del personal hacia los usuarios, lo cual vendría a ser un aumento de la demanda hacia los servicios de urgencia hospitalarios y la derivación excesiva desde el consultorio al nivel secundario.

La atención primaria es el lugar de atención de las patologías más prevalentes y responsable de asegurar que las personas reciban una atención de mayor complejidad médica cuando efectivamente la necesiten. Para lograr estas funciones, cuenta con especialistas y tecnología adecuada para el incremento de resolutivez requerido,

incorporados en un plan de salud familiar . Es así como el MINSAL postula que en la APS, se debe desarrollar el Modelo de Salud Integral, Familiar y Comunitario, orientado hacia la resolución de ciertos desafíos del nivel primario de atención. (Bass, 2012).

El MINSAL postula que en la APS, se debe desarrollar el Modelo de Salud Integral, Familiar y Comunitario, orientado hacia la resolución de los siguientes desafíos del nivel primario de atención:

1. Lograr el equilibrio entre la necesidad de acercar la atención a la población beneficiaria, aumentar la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad resolutoria y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar un factor en desmedro de los otros.
2. Alcanzar un aumento porcentual creciente de las acciones de promoción y prevención, sin que se produzca deterioro en la resolución oportuna y eficiente de la demanda por morbilidad.
3. Favorecer, mediante sistemas eficientes y efectivos de participación, que el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud (MINSAL, 2004).

2.5 Enfermedades Respiratorias

Desde hace 15 años, las enfermedades respiratorias constituyen una de las principales causas de muerte de la población chilena, siendo sólo superadas por las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores malignos. Durante el año 2000, las enfermedades respiratorias fueron responsables del 10,5% de las muertes comunicadas en el país, con un volumen de 8.287 defunciones. La mortalidad por enfermedades respiratorias en la población adulta fue 3,2 veces superior a la observada en la población infantil, con una tasa específica de 54,4 defunciones por cada 100.000 habitantes. La categoría diagnóstica de neumonía concentra el 50% de las muertes por enfermedades respiratorias en el adulto, elevándose al 82% en la población pediátrica. (Valdivia 2005). Estas enfermedades respiratorias se agrupan en una unidad operativa del Programa Nacional de Enfermedades Respiratorias del Adulto en Chile, llamadas “Sala ERA” las que tienen como objetivo reducir la mortalidad y la letalidad de las enfermedades respiratorias del adulto en Chile y para mejorar su calidad de vida. La población que abarca es mayor de 20 años.

Las patologías que más se trata en salas ERA es EPOC, que se define como un proceso prevenible y tratable, caracterizado por limitación al flujo aéreo no completamente reversible, generalmente progresiva y asociada a una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones a partículas o gases nocivos, fundamentalmente producidos por el hábito tabáquico. (Celli, MacNee, 2004). Y Asma que se define como un trastorno inflamatorio crónico de las vías aéreas donde intervienen varios tipos de células en individuos susceptibles, esta inflamación causa episodios recurrentes de sibilancias, tos y disnea de preferencia en la noche y al amanecer. (Fonseca, 1998)

2.6 Enfermedades Respiratorias En El Mundo

Los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas son grandes consumidores de recursos sanitarios y servicios sociales en todo el mundo. Aunque el principal objetivo de los programas de rehabilitación pulmonar es aliviar la disnea y mejorar la capacidad física, su papel en el manejo de los pacientes con afecciones respiratorias crónicas debe ser validado por estudios de costo-efectividad.

La reducción del empleo de los recursos sanitarios puede ser un beneficio potencial importante de los programas de rehabilitación respiratoria multidisciplinarios.

La rehabilitación pulmonar ha demostrado ser una intervención efectiva en los pacientes con discapacidad por enfermedad respiratoria crónica, sin embargo, existen relativamente pocos estudios que hayan examinado su efecto sobre la utilización de recursos sanitarios. (Reyes, Silva, Saldías, 2011).

Un amplio número de exposiciones ambientales han sido relacionadas con enfermedades respiratorias. Tanto en países industrializados como en desarrollo, la mala calidad del aire, tanto intradomiciliario como exterior, aumenta el riesgo de enfermedades respiratorias junto a otros factores como condiciones habitacionales, falta de higiene y conductas no saludables. Mientras las fuentes de contaminación pueden variar en diferentes partes del mundo, el impacto de la exposición a la contaminación ambiental en la salud respiratoria de es una preocupación en todas partes.

La OMS estima que a nivel mundial hay más de tres mil millones de personas dependientes de combustibles sólidos, incluyendo biomasa (leña, estiércol y residuos agrícolas) para cubrir sus necesidades de energía más básicas: calefacción, hervir agua y cocinar, conducentes a una seria polución intradomiciliaria.

La contribución estimada de la contaminación del aire a las infecciones respiratorias bajas es, aproximadamente, sobre 40% en países en desarrollo y 20% en los industrializados.

Por añadidura la influencia de otros factores ambientales como enfriamiento y aglomeración y las comorbilidades parcialmente atribuibles al ambiente (malaria y diarrea por ejemplo) son difíciles de cuantificar, pero pueden sumarse a la carga ambiental facilitadora de infecciones respiratorias bajas.

Los niños son generalmente más vulnerables ante tales exposiciones y la carga de enfermedad pesa desproporcionadamente sobre los niños de países en desarrollo y de bajos ingresos. Los niños menores de 5 años de edad son especialmente vulnerables: hasta un 56% de todas las muertes atribuibles a contaminación doméstica corresponden a niños de este grupo atareo. (Gavidia, Pronczuk, D. Sly, 2009)

2.7 Enfermedades Respiratorias En Chile

Dentro de las primeras 10 causas de mortalidad mundial informada por la OMS están las infecciones de las vías aéreas inferiores, EPOC, TB y el cáncer pulmonar. De estas, la EPOC y el cáncer pulmonar exhiben tasas crecientes de morbimortalidad, y la suma de todas ellas rebasa significativamente a la cardiopatía isquémica como la principal causa de muerte global (16,7% vs. 12,8%). Se podría argüir que la principal causa de muerte es la enfermedad pulmonar. Otros factores que inciden significativamente en la salud respiratoria son el consumo de tabaco y las exposiciones a contaminantes ocupacionales, domiciliarios y ambientales. (Vázquez, Salas, Pérez, Montes, 2014).

Las infecciones respiratorias en Chile constituyen una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en la infancia y son responsables del fallecimiento de cuatro millones de niños en todo el mundo. En Chile, la disminución durante las últimas décadas de las defunciones infantiles por enfermedades diarreicas e infectocontagiosas y por trastornos asociados con la desnutrición ha convertido a la neumonía en la causa más importante de mortalidad evitable en la niñez. (Molina, Brow, Prieto y Cols, 2001).

Las enfermedades respiratorias ocupan el tercer lugar como causa de muerte en los últimos diez años en Chile, luego de las enfermedades cardiovasculares y neoplasias.

En esta categoría, las principales causas de muerte son las infecciones respiratorias (especialmente Influenza y Neumonía), EPOC y Cáncer pulmonar. La tasa de mortalidad por causas respiratorias fue 58,5 por 100.000 habitantes en el año 2010, sin diferencias significativas por género. La mortalidad por infecciones respiratorias en nuestro país ha declinado en las últimas dos décadas desde cifras cercanas a 50 por 100.000 habitantes hasta cifras cercanas a 20 por 100.000 habitantes, ocasionando cerca de 4.000 muertes en el año 2010. (Saldías, 2013).

2.8 Programas Respiratorios

Programa IRA- ERA

En septiembre de 1990, el IRA se transformó en el programa oficial del Ministerio de Salud para el manejo de la patología respiratoria.

El año 1994 se publicó un manual de normas sindromáticas, para ser aplicado en todo el país, con el fin de lograr un manejo y registro unificados de la IRA. Este manual ya incluía un sistema de puntaje y un algoritmo de manejo para la obstrucción bronquial aguda.

Una conquista importante fue el establecimiento de un modelo docente-asistencial, lo que implicó el ingreso de profesionales específicamente capacitados en el área respiratoria, permitiendo la redignificación de la atención primaria, con la apertura de un campo laboral atractivo en el sistema público.

En el área de recursos se logró una modernización del arsenal terapéutico. En primer lugar debe mencionarse el cambio cultural (tanto en el equipo de salud como en la comunidad) hacia el uso de aerosoles (β_2 agonistas) en lactantes. Paralelamente a esto se logró corregir, en parte, conductas erróneas como el uso de fármacos técnicamente inadecuados (mucolíticos, antitusivos, descongestionantes, β_2 agonistas orales) y el uso inadecuado de antibióticos, gracias a una mejor clasificación y discriminación de los cuadros. Finalmente, otro aporte de este programa fue la incorporación de corticoides inhalados para el manejo del SBO recurrente en la APS, lo cual se convertiría en un aporte fundamental para aumentar la resolutivez de este nivel.

Todos los resultados del Programa IRA pueden traducirse en el desarrollo de una salud más equitativa y de mejor calidad para la población de más escasos recursos. Esto se logra gracias a la transferencia tecnológica y de recursos hacia el nivel primario, con una mejoría en la accesibilidad y credibilidad de este estamento, constituyéndose en un beneficio directo en salud. (Girardi, Astudillo, Zuñiga, 2001).

El Componente IRA se desde que se inició en el año 1990 hasta la fecha, se han implementado alrededor de 502 salas IRA a lo largo de todo el país, siendo su base de acción los establecimientos de nivel primario del sistema público de salud. Su objetivo es entregar una resolución integral de las enfermedades respiratorias del niño en los establecimientos de Atención Primaria, y su oportuna derivación a especialistas en los casos que lo requiera. (PRAPS, 2005).

En Chile las “Sala ERA”, corresponden a la unidad operativa del Programa Nacional de Enfermedades Respiratorias del Adulto en Chile, instalándose en Chile desde el año 2001. (Olmos, Mancilla, Martínez, Astudillo, 2015) , tienen como propósito, otorgar una atención de salud oportuna, humanizada y de calidad en pacientes con enfermedades respiratorias agudas y crónicas.

El Componente ERA desde su inicio en el año 2001 hasta la fecha, se han implementado alrededor de 165 salas ERA a lo largo de todo el país. Su objetivo es reducir la mortalidad y la letalidad de las enfermedades respiratorias del adulto en Chile, para mejorar su calidad de vida. (PRAPS, 2005).

Contribuyendo a disminuir complicaciones y mortalidad prematura, como también a la mejoría de la calidad de vida de éstas. Para ello es primordial 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 el 2020. Desarrollar estrategias educativas individuales y/o grupales para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades respiratorias agudas y crónicas. (Manual operativo programas de salud respiratoria 2015).

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 estas en el autocuidado y manejo de los problemas de salud, trabajando con el intersector .

A partir del año 2001, se inicia la implementación del Componente Apoyo Diagnóstico, como una estrategia complementaria a los componentes ERA e IRA. Su objetivo es contribuir al aumento de la resolutivez en el nivel primario de atención, mediante la incorporación de apoyo Diagnóstico Radiológico en el Nivel Primario de Atención para la Resolución Eficiente de NAC y Recarga de Oxígeno para Salas IRA-ERA-Mixtas. (PRAPS, 2005).

2.9 Enfermedades Más Comunes Programa IRA – ERA

2.9.1 Asma

El asma aguda constituye un motivo frecuente de consulta en los Servicios de Urgencia/ Emergencia (1 al 12%), siendo los adolescentes y los adultos jóvenes quienes más requieren atención médica. Las mujeres consultan y son hospitalizadas en una relación 2 a 1 respecto a los hombres.

Se ha estimado que en los Estados Unidos de América el coste económico del asma asciende a unos 6 billones de dólares anuales. Los costes directos representan casi el 90% de esta cantidad, y de ellos, las hospitalizaciones y las consultas en las unidades de emergencia constituyen más del 60%. Más importante todavía, alrededor del 20% de los asmáticos consumen el 80% de los costes directos. (Güell, Díaz, Rodríguez y Cols, 2014). El asma es la enfermedad crónica más prevalente en la edad escolar. En Chile afecta al 18% de los niños de 6 a 7 años y al 9% de los adolescentes de 13 a 14 años, lo que constituye una cifra aproximada de 400.000 menores de 18 años. Todos estos pacientes han presentado crisis en el último año de acuerdo a la definición. La mayoría de estas crisis son leves sin embargo el riesgo de hospitalización por crisis de asma es mayor en los lactantes que en niños mayores, aún en pacientes que presentan períodos sin síntomas. Suelen responder bien al tratamiento estándar de la crisis, de modo que casi no existe mortalidad por asma en nuestro medio. (Neffen, Vidaurreta, Balanzat y cols, 2012).

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas en la que intervienen diferentes elementos celulares. La inflamación bronquial crónica se relaciona con una hiperreactividad de las vías aéreas manifestada por episodios recurrentes de tos, disnea, sibilancias y dolor torácico, en particular durante la noche. Estos episodios se acompañan casi siempre de obstrucción variable del flujo aéreo pulmonar, muchas veces reversible de forma espontánea o con tratamiento. (Becerril, Pérez, Martínez, 2011).

Existen factores que confieren a las vías aéreas la susceptibilidad de expresar estos rasgos clínicos, y entre ellos se hallan los fenómenos de inflamación mucosa, que involucran células inflamatorias activadas procedentes de la circulación y células residentes (mastocitos, eosinófilos, y linfocitos T); la polarización de la respuesta inmunitaria; y la activación o reactivación de la unidad trófica epitelio-mesenquimatoso que puede generar la respuesta alterada de células estructurales en la vía aérea (células epiteliales, fibroblastos, células endoteliales, células de músculo liso). A estos procesos se asocia la exacerbación de la actividad de los mecanismos neurales. (López, 2007).

2.9.2 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

En Chile, las enfermedades respiratorias son la tercera causa de mortalidad en la población general, y de ellas, la EPOC representa 22%, siendo la segunda causa de deceso. Anualmente, fallecen entre 1.500 y 1.700 personas por EPOC y en la mayoría de ellas, la muerte ocurre sobre los 65 años de edad, lo que representa una tasa entre 14,9 y 16,9 por 100.000 habitantes mayores de 14 años. En un estudio reciente, se ha señalado que la prevalencia de EPOC en Santiago es 6,3% de la población mayor de 40 años. (Amigo, Erazo, Oyarzún y Cols , 2006).

La EPOC es un problema relevante de salud pública, tanto por su frecuencia en aumento, como por la carga sanitaria que significa el tratamiento de sus etapas avanzadas a nivel hospitalario, y su elevada letalidad.

Se ha demostrado que la EPOC es subdiagnosticada, tanto en países desarrollados como en nuestro medio. En el Reino Unido, la prevalencia diagnosticada es de 1,5% de la población en los años 2007/08, aunque se estima que habría más de 3 millones de personas con la enfermedad. Esto ha llegado a ser en Estados Unidos, cercano al 50%. Se ha atribuido este déficit a una falta de acceso al diagnóstico funcional en los niveles primarios de salud y a la subutilización de la espirometría por los equipos de salud. (MINSAL,2013).

La EPOC es una causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo y su incidencia continúa elevándose en la medida que aumenta el tabaquismo y la edad de la población. Esta enfermedad no sólo es causa frecuente de hospitalizaciones repetidas y prolongadas, sino que también produce pérdida de productividad, incapacidad física y deterioro progresivo en la calidad de vida.

El Consenso de EPOC de la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias realizado en 1998, estimó que en Chile mueren anualmente entre 1.500 a 1.700 personas por EPOC, lo que representa una la tasa de mortalidad causada por esta enfermedad entre 14,9 y 16,9 por 100.000 personas mayores de 14 años.

La EPOC se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo, secundaria a una reacción inflamatoria anómala principalmente frente al humo del tabaco, aunque sólo una cuarta parte de los fumadores desarrolla EPOC. La exposición continuada a productos de la combustión de leña en ambientes cerrados también se ha asociado a EPOC, sobre todo en mujeres. El déficit homocigoto de alfa-1-antitripsina se asocia a enfisema precoz en fumadores, tomado en su conjunto, el 90% de los casos de EPOC son atribuibles al consumo de tabaco.

Debe diferenciarse de otras enfermedades que también cursan con disminución crónica del flujo aéreo, pero que tienen una causa específica tales como : obstrucción de la vía aérea superior, fibrosis quística, bronquiectasias, bronquiolitis obliterante, asma bronquial y limitación crónica del flujo aéreo por secuelas de TB. (Ruiz, 2008).

2.10 Metas Sanitarias

En Chile las consultas más frecuentes por patologías respiratorias crónicas son el asma bronquial en todas las edades, y EPOC, ambas incorporadas al sistema GES desde año 2006.

El asma bronquial es la enfermedad crónica no transmisible más común en niños, y una de las principales en adultos. Los síntomas recurrentes causan insomnio, cansancio, ausentismo escolar y laboral, y son capaces de alterar la calidad de vida de quienes la padecen. En los últimos años la tasa de egresos hospitalarios presentan una tendencia al aumento en la población menor de 20 años (Metas 2011-2020).

Se ha cuantificado que los hospitalizados, alrededor del 50% no tiene diagnóstico realizado y un grupo de ellos no se encontraba bajo control. Por otra parte, la EPOC, dentro de las enfermedades respiratoria crónicas en Chile, corresponde a la causa de mayor carga de enfermedad (MINSAL, 2008).

Con aumento de tendencia en mortalidad y descenso en la tasa de egresos hospitalarios. El principal factor de riesgo identificable para desarrollar EPOC, corresponde al consumo de tabaco, exposición que afecta tanto al fumador activo como al fumador pasivo con una atribución causal del 87% de los casos de EPOC. Es prioritario avanzar en acciones que tiendan a un diagnóstico precoz, al buen manejo clínico y farmacológico de estas patologías junto con prevención de factores desencadenantes que permitan mantener una buena calidad de vida a la población beneficiaria. (IAAPS, 2015).

2.11 Objetivos Sanitarios

Las metas sanitarias específicas para cada sector de salud y los indicadores de actividad que posee cada establecimiento, están vinculadas a objetivos de mejoramiento de atención, los cuales van dirigidos a cada uno de los usuarios beneficiarios de los servicios. Cada meta en específica se vincula a través de indicadores de actividad y se relacionan con la eficacia, eficiencia, economía y calidad del servicio.

El de sector salud en su constante búsqueda de enfrentar los desafíos que afectan a la población, estableció en la década anterior una profunda reforma, en cuyos ejes establece la definición de Objetivos Sanitarios, los cuales guían el accionar del sector, así como el abordaje intersectorial.

De esta forma, se establece como imprescindible una visión amplia de la salud en la perspectiva de la producción social y el enfoque de los determinantes sociales de la salud, de manera que los Objetivos Sanitarios de la Década sean una Política de Estado más que solo sectoriales.

Es así que para el periodo 2011-2020 se plantean como Objetivos Sanitarios:

- Mejorar la salud de la población
- Disminuir las desigualdades en salud
- Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud.
- Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias. (Orientaciones Para La

Planificación Y Programación En Red , 2015).

2.12 Estrategias Sanitarias

Las estrategias sanitarias por definición corresponden a un conjunto de acciones limitadas en el tiempo, y la realidad de los pueblos, cuyo objetivo general es plasmado en propósitos concretos, cada uno de los cuales se plasma a su vez en resultados esperados y tareas.

A nivel nacional funcionan mediante planificaciones a corto, mediano y largo plazo con la finalidad de atender con eficacia, eficiencia y equidad los problemas prioritarios de salud del país.

Las estrategias propuestas para la década 2011-2020, se presentan en tres ámbitos:

- Aumentar la detección precoz y cobertura de la atención
- mejorar la calidad de la atención
- fortalecer la prevención secundaria.

La primera estrategia corresponde a aumentar la cobertura de personas en control en los programas de enfermedades respiratorias. En la actualidad, existe una cobertura total del 1,6% de la población inscrita y validada en los centros de Atención Primaria a nivel nacional . Para esto se espera aumentar la pesquisa en personas que consulten a servicios de urgencia, mediante su derivación a las salas IRA y ERA. (Estrategia Nacional De Salud Para El Cumplimiento De Los Objetivos Sanitarios De La Década 2011-2020).

Otro aspecto importante corresponde a la categorización adecuada de la severidad tanto del asma bronquial como la EPOC, utilizando puntuaciones clínico funcionales estandarizadas. Esto permite evaluar el impacto de las intervenciones sanitarias, orientando las estrategias terapéuticas individuales, aumentando la capacidad funcional, mejorando la calidad de vida de los pacientes y su grupo familiar, y reduciendo la utilización de recursos sanitarios (DEIS, 2010).

En esta misma área, existe evidencia que señala que programas de rehabilitación pulmonar en pacientes con enfermedad respiratoria crónica, permiten reducir las manifestaciones clínicas y colaborar en la reducción de las exacerbaciones de la enfermedad (Lacasse, Goldstei, Lasserson, Martin, 2008).

2.13 Índice De Actividad De La Atención Primaria (IAAPS)

Las IAAPS, establecen un conjunto de ámbitos a evaluar, con sus respectivos indicadores, de tal modo que funciona aplicando rebajas ante los incumplimientos.

Las prestaciones que evalúa se definen en el Decreto N° ... de fecha 201..., que determina el aporte estatal a municipalidades, firmado por: el Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y la Subsecretaría de Desarrollo Regional, respectivamente.

2.13.1 Criterios Utilizados En La Construcción Del IAAPS

La aplicación del Índice de Actividad de la Atención Primaria ha permitido evaluar la pertinencia de algunos indicadores y las dificultades en la medición de otros. Siempre en la perspectiva de perfeccionar el mecanismo de evaluación. Para el año 2015, el componente de Actividad General cuenta con 12 indicadores, el componente de Actividad con Continuidad de Atención, con dos indicadores (acceso a la atención de salud hasta las 20:00 horas y disponibilidad de fármacos trazadores) y el componente de la Actividad GES incluye 15 problemas de salud.

Selección de los ámbitos a medir:

- Que se enmarquen en los objetivos sanitarios vigentes.
- Que conduzcan al cumplimiento de las garantías en atención primaria en los problemas de salud incorporados al sistema GES.
- Que den cuenta de procesos de la atención primaria que enfatizan el cuidado de la salud a través del enfoque familiar y comunitario y/o su integración a la red asistencial.
- Que en su conjunto equilibren evaluación de aspectos cuantitativos y cualitativos.
- Que para la construcción de los indicadores se considere la población inscrita validada para establecimientos municipales y ONG en convenios y la beneficiaria estimada para los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud.
- Que estén incorporadas en sistemas de registros de uso habitual REM y minimicen los monitoreos especiales.

2.13.2 Componentes e Indicadores Del Índice De Actividad De La Atención Primaria

El Índice de Actividad de APS para el año 2015, tiene tres componentes:

- A. Componente Actividad General .
- B. Componente Actividad de Continuidad de Atención .
- C. Componente Actividad de GES.

2.13.3 Componente Actividad General : Indicadores Que Evalúan Oportunidad, Accesibilidad Y Equidad

“ Meta 11. Cobertura de Atención de Asma en Población general y EPOC en personas de 40 años y más ”.

Chile es uno de los países con mayor porcentaje de consultas por patologías respiratorias crónicas como asma bronquial en población general, y EPOC, en personas de 40 años y más; ambas incorporadas al sistema GES desde año 2006.

El asma bronquial en los últimos años ha aumentado la tasa de egresos hospitalarios y presentan una tendencia al aumento en la población menor de 20 años, se ha cuantificado que los hospitalizados, alrededor del 50% no tienen diagnóstico realizado y un grupo de ellos no se encuentra bajo control.

EPOC por su parte, presenta un aumento en la tendencia en mortalidad y descenso en la tasa de egresos hospitalarios.

Es importante priorizar el avance en las acciones que tiendan a un diagnóstico precoz, buen manejo clínico, farmacológico y prevención, que permitan mantener una buena calidad de vida a la población beneficiaria. (Índice De Actividad De Atención Primaria, 2015).

2.14 Calidad De Vida En Pacientes Crónicos Respiratorios

En 1948, la OMS definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Este término ha evolucionado desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud. Tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad, se dejan influir por las experiencias personales y por las expectativas de una persona.

Considerando que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud. Es por eso que existen diferentes interpretaciones entre el paciente, la familia, y el equipo de salud, así como discrepancias en su evaluación, lo cual es el paciente quien debe emitir el juicio perceptivo de calidad de vida.

Esto quiere decir, el estado de salud percibido por los pacientes, conocido también como calidad de vida relacionada con la salud, es el resultado de la interacción de múltiples factores fisiológicos y psicológicos y su alteración es consecuencia, en gran parte, de los síntomas, de los trastornos de la esfera emocional, así como de las limitaciones físicas y del papel social que ocasiona la enfermedad. Es evidente, por tanto, que en la EPOC, como en otras enfermedades crónicas limitantes, las medidas fisiológicas de uso habitual en la evaluación de la gravedad no proporcionan toda la información necesaria para conocer o deducir el estado de salud de los pacientes. Para ello, es necesario utilizar instrumentos apropiados y diseñados para este fin, como los cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud.

Los estudios en pacientes con EPOC han demostrado, en efecto, que su calidad de vida se correlaciona de forma débil o moderada con las pruebas de función pulmonar y, como cabría esperar por todo lo anteriormente mencionado, más consistentemente con la disnea y la limitación al esfuerzo. En esta misma línea, un cuestionario de calidad de vida específico para la EPOC, evidenciaron que la disnea, la tos, las sibilancias, la ansiedad y la distancia recorrida en la prueba de los 6 min explicaban un 72% de la varianza de la puntuación total del cuestionario, mientras que el FEV1 no se asoció de forma significativa. (Velarde, Ávila, 2002)

Por último, Schwartzmann (2003) sostiene que el aumento en la esperanza de vida hace que la calidad de vida sea el objetivo primordial en la atención de estos pacientes. A nivel general las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes. (Vinaccia, Quiceno, Zapata y Cols, 2006).

Comienza desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un período de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación (Brannon y Feist, 2001), hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica, en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida (Latorre y Beneit, 1994).

2.15 Encuestas De Calidad De Vida

2.15.1 Copd Assessment Test (Cat)

A pesar de la disponibilidad de las guías prácticas clínicas para manejar la EPOC, como la Global Initiative, se continuó la evidencia, que sugiere que una proporción sustancial de los pacientes no están alcanzando el nivel de éxito de tratamiento que puede ser posible.

Además de las evaluaciones clínicas de rutina, un paso crítico en la gestión es obtener, por parte del paciente, información confiable y válida sobre el impacto de la EPOC en su estado de salud. Esto incluiría información sobre los síntomas diarios, limitación de la actividad y otras manifestaciones de la enfermedad. Una herramienta de evaluación estandarizada centrada en el paciente, que cubre los atributos clave de la salud de la EPOC, debe facilitar recopilación de información y mejorar la comunicación entre el paciente y el clínico. Además de una puntuación general, una herramienta ideal debe ser capaz de identificar áreas específicas de mayor gravedad para servir como centro de coordinación para la gestión selectiva o la evaluación de los objetivos de gestión, mejorando así tanto el proceso como el resultado de la atención.

Una herramienta breve que es fácil de completar e interpretar, podría ser más incorporada fácilmente en la atención de rutina con métodos para desarrollar un instrumento simple y fiable . (Jones, Harding, Berry y Cols, 2009).

El CAT es un cuestionario estandarizado, breve y sencillo que ha sido recientemente desarrollado para ser utilizado en la práctica clínica asistencial. En la actualidad no existen umbrales de CAT que permitan recomendar una modificación en la pauta terapéutica, aunque la Guía GOLD recomienda usar 10 unidades como punto de corte de gravedad para intensificar el tratamiento.

Para orientar sobre la gravedad de los pacientes y el impacto de la enfermedad se recomiendan los umbrales reconocidos en el desarrollo y validación del cuestionario. (Miravittles, Soler, Calle y Cols, 2012).

El cuestionario CAT se compone de ocho elementos, cada uno se presenta como una escala diferencial de 5 puntos y proporciona una puntuación de 40 que indica el impacto de la enfermedad. Se completa por el paciente y el resultado está disponible de inmediato sin necesidad de cálculo.

El resultado total de la puntuación obtenida en cada ítem individual corresponde a:

- 0 a 10: leve impacto.
- 11 a 20: moderado impacto.
- 21 a 30 grave impacto.
- 31 a 40 muy grave impacto. (James, Hogg, Nolan y Cols, 2011).

2.15.2 European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D)

En la última década, ha habido un creciente interés en la investigación de la CVRS de las personas en el campo de la salud pública.

Médicos, investigadores y responsables políticos reconocen cada vez más la importancia de medir la CVRS, puesto que su evaluación precisa los resultados de clínica y fisiológica ayudando a integrar el modelo biomédico de la salud con el de la ciencia o la calidad de vida.

La evaluación de la CVRS puede ayudar a mejorar la Salud, toma de decisiones y el costo utilidad del tratamiento, siendo una versión válida y fiable.

El cuestionario EQ- 5D, diseñado por el Grupo de Investigación EuroQoL en 1990 tiene las mismas características y ventajas tanto para niños, adolescentes, adultos y personas de edad avanzada. Es breve, fácil de administrar, y proporciona información para diferentes dimensiones de la salud, así como un valor de índice que se puede utilizar para evaluar el estado de salud. (Gusi, Perez, Delgado, Olivares, 2014).

Este instrumento, de gran aceptación internacional, está validado para diferentes contextos culturales, entre ellos el español. Además, el EQ-5D ha sido recomendado por varios autores para los estudios de evaluación económica de tecnologías sanitarias. Se trata de un cuestionario diseñado de tal forma que pueda ser administrado en condiciones de medición variadas: por correo, autoadministrado o mediante entrevista.

El EQ-5D está compuesto por tres partes; la primera permite al encuestado definir el estado de salud según el sistema de clasificación multiatributo EQ-5D, compuesto por 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión), y en cada una de ellas existen 3 niveles de gravedad (1, 2 o 3). (Pradas, Antoñanzas, Martínez, 2009).

Combinando los valores de los diferentes niveles de cada dimensión, el EQ-5D permite clasificar el “estado de salud” de un individuo en uno de los 243 posibles combinaciones de estados de salud. Por ejemplo, no teniendo problemas de movilidad, ni con el cuidado personal ni la actividad habitual, pero con algunos problemas de dolor/malestar y algún grado de angustia/depresión se define un único estado de salud, conocido como 11122 y que corresponde a los niveles de cada una de las cinco dimensiones.

El EQ- 5D, tiene tres componentes; sistema descriptivo de EQ-5D, Escala Visual Análoga y el Índice de EQ-5D.

Sistema descriptivo EQ 5D: el encuestado indica su estado de salud marcando la respuesta más apropiada a su condición de salud en ese momento, en cada una de las 5 dimensiones. Se puede determinar así, un perfil descriptivo sencillo, de la percepción subjetiva de la salud del encuestado en estas cinco dimensiones.

La Escala Visual Análoga: ofrece un método sencillo para valorar la auto-percepción del estado actual de salud, utilizada es una escala vertical de 20 cm graduada en unidades en que, en su tope presenta 10 puntos representando el “mejor estado imaginable de salud” y en su parte más baja 0 puntos, para graficar el “peor estado imaginable de salud”.

Índice EQ-5D: este convierte el resultado de las 5 dimensiones del sistema descriptivo de EQ-5D en un índice agregado del estado de salud, a través de la aplicación de los resultados de un conjunto estándar de preferencias ponderadas y derivadas de estudios de una población general. Por tanto, este Índice puede ser considerado como una valoración social del estado de la salud del encuestado, en contraste a la auto-evaluación de su estado de salud .(Calidad de vida relacionada a la salud en población general, Chile 2005).

3. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La importancia de este estudio es poder demostrar de manera cuantitativa y cualitativa el cumplimiento de la meta sanitaria propuesta por el ministerio de salud, meta N°11: Cobertura de Atención de Asma en Población general y EPOC en personas de 40 años y más, para programas IRA-ERA en el CESFAM Lucas Sierra, Conchalí; demostrando las estrategias utilizadas y test de calidad de vida de los usuarios en relación a su ingreso.

4. JUSTIFICACIÓN

- Dado el aumento de enfermedades respiratorias en Chile y el mundo, y el bajo control de estas, es necesario tener idea del impacto sanitario que tienen y las estrategias que nos llevan a sumar personas a la cobertura en atención de salud para el cumplimiento de la meta sanitaria 2015, propuesta por el ministerio de salud en Chile.
- Los principales beneficiados con el estudio son el personal salud de la comuna de Conchalí y ministerio de salud con fines de prevalencia y estadística a nivel nacional.
- Es el primer trabajo que se realiza sobre el tema de metas sanitarias, puesto que solo este año se incrementó el objetivo de cobertura de atención de Asma en población general y EPOC en personas de 40 y mas años para los programas IRA-ERA

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Son efectivas las estrategias utilizadas para el cumplimiento de la meta N° 11: “Cobertura de Atención de Asma en Población general y EPOC en personas de 40 años y más” para los programas IRA Y ERA en el CESFAM Dr. Lucas Sierra, Conchalí; durante el periodo de Marzo-Mayo 2015.?

6. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICO

Objetivo General

Demostrar el cumplimiento de la meta sanitaria para los programas IRA-ERA; meta N°11: Cobertura de Atención de Asma en Población general y EPOC en personas de 40 años y más, para programas IRA-ERA en el CESFAM Dr. Lucas Sierra, Conchalí; periodo de Marzo-Mayo 2015.

Objetivos Específicos (Estrategias)

- Actualizar tarjetero pacientes crónicos.
- Recordar al personal sanitario CESFAM Conchalí.
- Revisar citaciones del usuario con otros profesionales de salud del CESFAM.
- Participar en operativos.
- Citar en domicilio.
- Evaluar la satisfacción respecto a calidad de vida de aquellos usuarios reingresados a control.

7. METODOLOGÍA TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es de carácter transversal, ya que se realizó el estudio en verificar el cumplimiento de metas sanitarias para los programas IRA-ERA en CESFAM Dr. Lucas Sierra, Conchalí, en un periodo de tiempo desde Marzo a Mayo de 2015.

También es de tipo descriptivo, ya que da a conocer la información del cumplimiento de metas realizadas en CESFAM Dr. Lucas Sierra, Conchalí.

La presente investigación presenta un enfoque cualitativo, ya que se evaluó la realidad del cumplimiento de la meta sanitaria propuesta por el ministerio de salud.

Asimismo, tiene un enfoque cuantitativo debido a que se recopilaron los datos de Marzo a Mayo de 2015 de toda la muestra de personas que asisten al CESFAM, además de las personas que presentan inasistencia.

8. POBLACIÓN DE ESTUDIO

8.1 Delimitación Cualitativa de la población:

La población de la investigación está constituida por la cantidad de personas con enfermedades respiratorias; Asma en población general y EPOC en personas de 40 años y más, inasistentes (<1 año), o pacientes pasivos (< o = 1 año), que formen parte del programa IRA- ERA en el CESFAM Dr. Lucas Sierra, comuna de Conchalí, región metropolitana, Chile.

8.2 Delimitación cuantitativa de la población:

El tamaño de la población está dado por el número de pacientes inscritos en el CESFAM Dr. Lucas Sierra Conchalí hasta el año 2015 que están inasistentes a controles. Constatando la cantidad de rescates efectivos de pacientes inasistentes y pasivos, mediante las estrategias sanitarias utilizadas.

Por consiguiente la población es heterogénea, subclasificada por sectores, estando constituida por los siguientes estratos:

- Pacientes inasistentes y Pasivos sector azul
- Pacientes inasistentes y Pasivos sector verde
- Pacientes inasistentes y pasivos sector amarillo.

8.3 Tamaño de la Muestra:

Muestreo por conveniencia, mediante una selección intencionada de sujetos dada la accesibilidad y proximidad de estos.

Tabla 1.1 : Total de rescates efectivos para el cumplimiento de la meta sanitaria N°11, mediante el uso de estrategias.

| SECTOR | PACIENTES INASISTENTES | PACIENTES PASIVOS | RESCASTES EFECTIVOS | PACIENTES BAJO CONTROL IRA | PACIENTES BAJO CONTROL ERA |
|-----------------|------------------------|-------------------|---------------------|----------------------------|----------------------------|
| Sector azul | 15 | 44 | 19 | 22 | 248 |
| Sector verde | 16 | 27 | 20 | 19 | 226 |
| Sector Amarillo | 13 | 30 | 25 | 24 | 223 |
| Total | 44 | 101 | 64 | 65 | 697 |

Fuente: Elaboración propia.

UNIVERSO: 145
N: 64

9. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes inscritos en el CESFAM Dr. Lucas Sierra, Conchalí.
- Pacientes que participen del programa IRA o ERA.
- Población general con diagnóstico de Asma.
- Pacientes EPOC de 40 años y más.
- Pacientes con registro de inasistencia a controles menor, mayor o igual a un año.

Criterios de exclusión:

En principio excluidos todos los pacientes que no cumplieran con los criterios de inclusión, además de:

- Pacientes bajo control.
- Pacientes retirados del CESFAM.

10. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó a través del uso de las estrategias; mediante la actualización de los tarjeteros de control de cada paciente, recordando al personal sanitario del CESFAM la existencia de la meta sanitaria N°11 para su oportuna derivación a sala IRA- ERA, revisando las citas del usuario con otros profesionales de salud del CESFAM, participando en operativos realizados en juntas vecinales aledañas a la comuna según sector, donde se realizaron citas a los usuarios en domicilio.

Para la evaluación respecto a calidad de vida de aquellos usuarios reingresados a programas IRA-ERA, se utilizaron instrumentos elaborados y validados para medir la calidad de vida en el paciente con enfermedad crónica: Copd Assessment Test (CAT) para pacientes EPOC; y European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D) para pacientes Asma; esta recolección de datos se realizó mediante un método de administración vía telefónica.

11. VARIABLES

11.1 Variable dependiente:

La variable dependiente; es aquella característica, propiedad o cualidad de una realidad o evento que estamos investigando. Es el objeto de estudio, sobre la cual se centra la investigación en general. También la variable independiente es manipulada por el investigador, porque el investigador puede variar los factores para determinar el comportamiento de la variable.

- Conocer la efectividad de las estrategias utilizadas para el cumplimiento de la meta sanitaria N° 11: Cobertura de Atención de Asma en Población general y EPOC en personas de 40 años y más, para programas IRA-ERA en el CESFAM Dr. Lucas Sierra, Conchalí “.

11.2 Variable Independiente:

La variable independiente es aquella propiedad, cualidad o característica de una realidad, evento o fenómeno, que tiene la capacidad para influir, incidir o afectar a otras variables. Se llama independiente, porque esta variable no depende de otros factores para estar presente en esa realidad en estudio.

- Conocer el perfil de los usuarios inasistentes respecto al cumplimiento de las metas.
- Conocer las debilidades que provoca no asistir continuamente a los controles.
- Identificar el problema del porque no asistieron, las personas al CESFAM Dr. Lucas Sierra.
- Evaluar la satisfacción de cada persona a la cual se le realizo la visita para volver a ser asistente del CESFAM Dr. Lucas Sierra.
- Demostrar la importancia de asistir continuamente a los controles periódicos.

12. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

- **Orientaciones IAAPS 2015: Indicadores IAAPS 2015 1º Corte:**
 - N°11
 - **Componente:** cobertura de atención en Asma en población inscrita y EPOC en Personas de 40 y más años.
 - **Indicador:** (N° de personas con diagnóstico de Asma bajo control y N° de personas de 40 y más años con diagnóstico de EPOC bajo control/N° de personas esperadas según prevalencia en Asma y EPOC .
 - **Meta :** 22%..
 - **Medio de verificación DEIS:** Población estimada según Prevalencia (Población Inscrita Validada de 3 y más años x 10% + Población Inscrita Validada de 40 y más años x 8%) .

- **NUMERADOR :**
 - **1° Corte a Marzo:** Población en Control Otros Programas a Diciembre 2014, más ingresos, menos egresos acumulados de Enero a Marzo .
 - **2° Corte a Junio:** Población en Control Otros Programas a Junio 2015 .

- **COPD Assessment Test:** Este cuestionario tiene el objetivo de medir el impacto que la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) está teniendo en el bienestar y la vida diaria. (Vía telefónica).

- **Cuestionario EQ5D:** La encuesta EQ5D es un instrumento que se ocupa para medir la percepción del estado de salud de las personas , principalmente para control de Asma en mayores de 18 años. (Vía telefónica).

13. CRONOGRAMA: CARTA GANTT



14. ANÁLISIS DE DATOS

14.1 Resultados

- **Tabla 1 Global.**

Tabla 1.2: Tabla global.

| Segmento | Total Pacientes | Participación | Actividad | Estrategia | Actividad | Detalle por Paciente | Participación | Total Pacientes | Reingreso por patología | | | | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------|---------------|-----------|-------------------------|--|--|--------------------|-----------------|-------------------------|---------------------|--------------------------|-----------|----------|------------------------|--------|----|---|
| | | | | | | | | | Patologías | Casos | Gravedad | | | | | | |
| Población total según prevalencia | 3 años y más | 2.939 | 71,9% | Rescate por estrategias | Reingresos | Recordatorios funcionarios por domicilio | 4 | 14,8% | Asma | 13 | Leve | 10 | Moderado | 3 | Severo | 0 | |
| | 40 años y más | 1.148 | 28,1% | | | Rascatte en domicilio | 5 | 18,5% | | | | | | | | | |
| Pacientes por sector | Inasistentes | 15 | 25,4% | Rescate por estrategias | Egresos | Operativos | 8 | 29,6% | EPOC | 7 | Sin Antecedentes | No aplica | | | | | |
| | Pasivos | 44 | 74,6% | | | Derivación Funcionarios | 4 | 14,8% | | | | | | | | | |
| | Inasistente | 16 | 37,2% | | | Citación directa | 6 | 22,2% | | | | | | | | | |
| | Pasivos | 27 | 62,8% | | | Fallecidos | 9 | 24,3% | | | | | | | | | |
| | Inasistente | 13 | 30,2% | | | Alta Médica | 10 | 27,0% | | | | | | | | | |
| | Pasivos | 30 | 69,8% | | | Abandono | 18 | 48,6% | | | | | | | | | |
| Meta de Pacientes | Cumplimiento de Meta | Mes dic-14 | 762 | 97% | Cuestionario CAT- COPD Assessment Test | Impacto en bienestar y calidad de vida | Número de personas | Participación | 9 | Dimensiones (eq-5D) | Movilidad | 9 | Moderado | 7 | Severo | 3 | |
| | | mar-15 | 796 | 101% | | | | | | | Leve impacto (0-10) | 2 | 22% | Cuidado Personal | 13 | 3 | 2 |
| | | abr-15 | 808 | 102% | | | | | | | Moderada impacto (11-20) | 4 | 44% | Actividades Habituales | 10 | 6 | 2 |
| | | may-15 | 815 | 104% | | | | | | | Grave impacto (20 y más) | 3 | 33% | Dolor/Males | 6 | 10 | 2 |
| | | | | | | | | | | | Muy grave impacto | 0 | 0% | Angustia/Depresión | 9 | 7 | 3 |

Fuente: Elaboración propia.

La presente Tabla 1.2, revela todos los datos utilizados en dicho estudio.

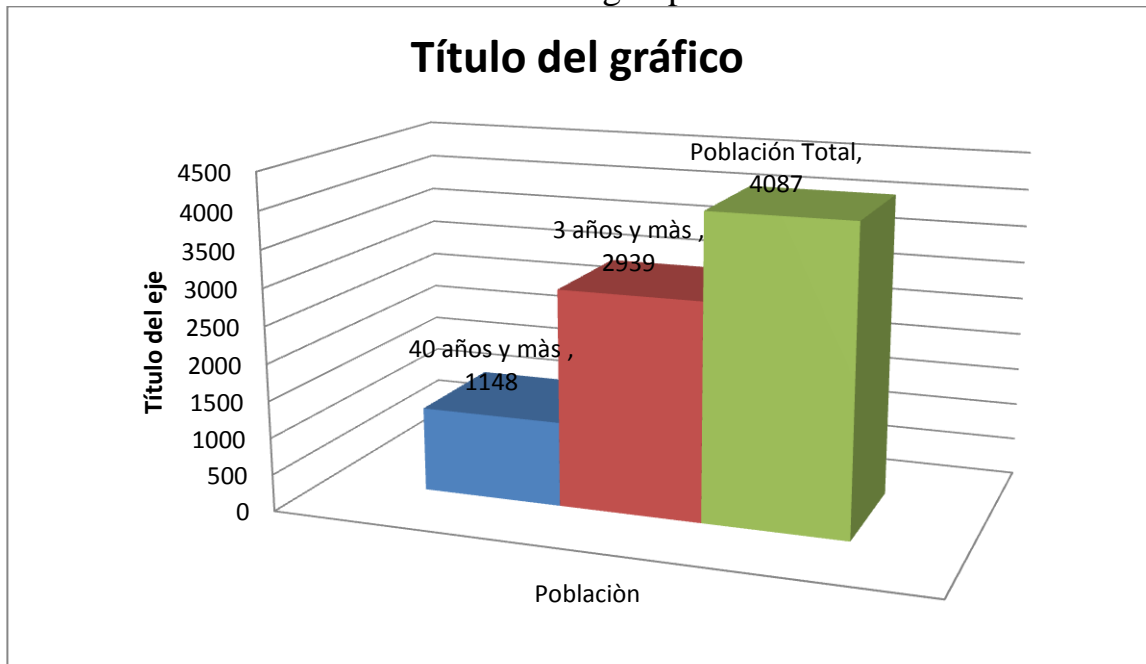
- **Población total según prevalencia en IRA-ERA:**

Tabla 1.3 : Población total según prevalencia.

| Población | |
|------------------|--------------------|
| 3 años y más | 2939 |
| 40 años y más | 1148 |
| | Total: 4087 |

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 1.1: Población total según prevalencia IRA-ERA.



Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a lo observado en el gráfico 1.1, la mayor parte de la población del CESFAM Dr. Lucas Sierra, corresponde a personas de 3 años y más, con un número de 2939; le sigue las personas que fluctúan entre los 40 años y más, que corresponde a 1148. Con un total de 4087 personas que se atienden en dicho CESFAM por enfermedades respiratorias.

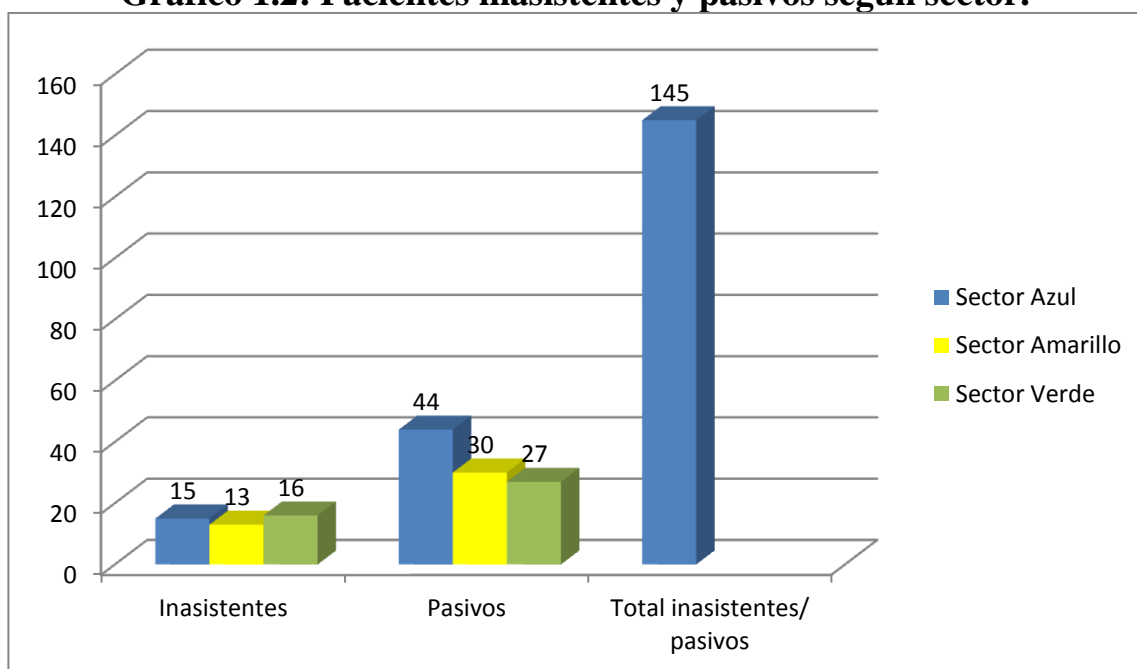
- Sector:

Tabla 1.4: Pacientes inasistentes y pasivos según sector.

| Sector | Inasistentes | Pasivos | |
|-----------------|--------------|---------|------------|
| Sector Azul | 15 | 44 | |
| Sector Verde | 16 | 27 | |
| Sector Amarillo | 13 | 30 | 145 |

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 1.2: Pacientes inasistentes y pasivos según sector.



Fuente: Elaboración propia.

El siguiente gráfico 1.2, muestra la cantidad de pacientes inasistentes y pasivos según sectores (azul, amarillo, verde). Los pacientes inasistentes corresponden a los que dejaron de ir a control durante un año, la suma de los 3 sectores en pacientes inasistentes, corresponde a 44. Y los pacientes pasivos corresponden a los que dejaron de ir a control de rutina por más de un año, y la suma de los 3 sectores de pacientes pasivos corresponden a 101. Se demuestra que en el CESFAM Dr. Lucas Sierra, hay más pacientes que se encuentran pasivos que inasistentes.

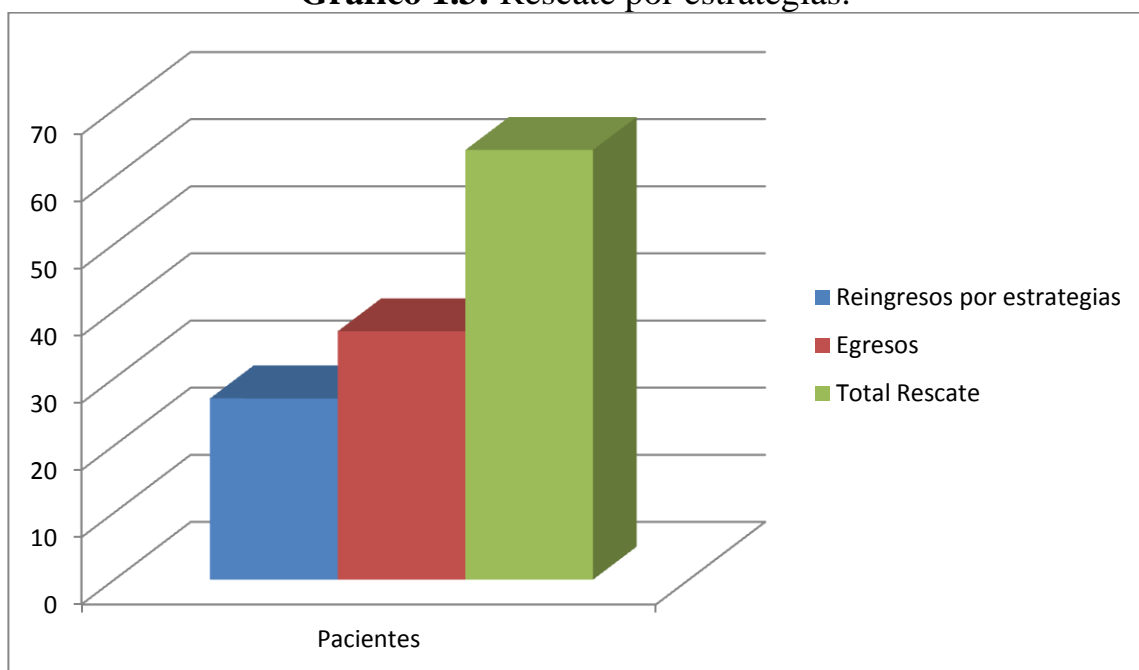
- **Rescate por estrategias:**

Tabla 1.5: Rescate por estrategias.

| | |
|--|----|
| Reingresos por estrategias | 27 |
| Egresos | 37 |
| Total: 64: 8,2% meta sanitarias | |

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 1.3: Rescate por estrategias.



Fuente: Elaboración propia.

El gráfico 1.3 nos muestra el número de rescate que se realizaron en CESFAM Lucas Sierra, por diferentes estrategias, siendo un total de 64 rescates, los cuales se dividen en reingresos que son 27 pacientes y egresos (fallecimiento, abandono, alta médica) que son 37 pacientes. Los 64 rescates corresponde a un 8,2% de la meta sanitaria.

- **Estrategias de Rescates:**

Tabla 1.6: Estrategias de Rescate.

| Estrategias | 27 |
|--|-----------|
| Recordatorios funcionarios por citación | 4 |
| Rescate en domicilio | 5 |
| Operativos | 8 |
| Derivación Funcionarios | 4 |
| Citación directa | 6 |

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1.4: Estrategias de rescate



Fuente: Elaboración propia.

El siguiente gráfico 1.4, da a conocer las diferentes estrategias que se utilizaron para el rescate de pacientes. Siendo la más efectiva por operativos, que equivale a un número de 8 personas, luego por citación directa que equivale a un número de 6 personas, lo sigue con menor éxito la derivación por funcionarios y recordatorios funcionarios por citación, estas 2 tipos de estrategias corresponden a un número de 5 personas cada una; y por ultima estrategia fue por rescate a domicilio solo con un número de 4 personas. En total, se rescataron 27 personas.

- **Egresos:**

Tabla 1.7: Egresos.

| | |
|--------------------|-----------|
| Egresos | 37 |
| Fallecidos | 9 |
| Alta Médica | 10 |
| Abandono | 18 |

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1.5: Egresos.



Fuente: Elaboración propia

El gráfico 1.5 nos muestra el número de egresos que se constataron al hacer los rescates. Los egresos en total fueron 37, los cuales 18 de ellos fueron por abandono, es decir, no participar más en consultorio, negarse a recibir ayuda; 10 de ellos estaban con alta médica, es decir, sin patología respiratoria; y 9 de ellos se encuentran fallecidos.

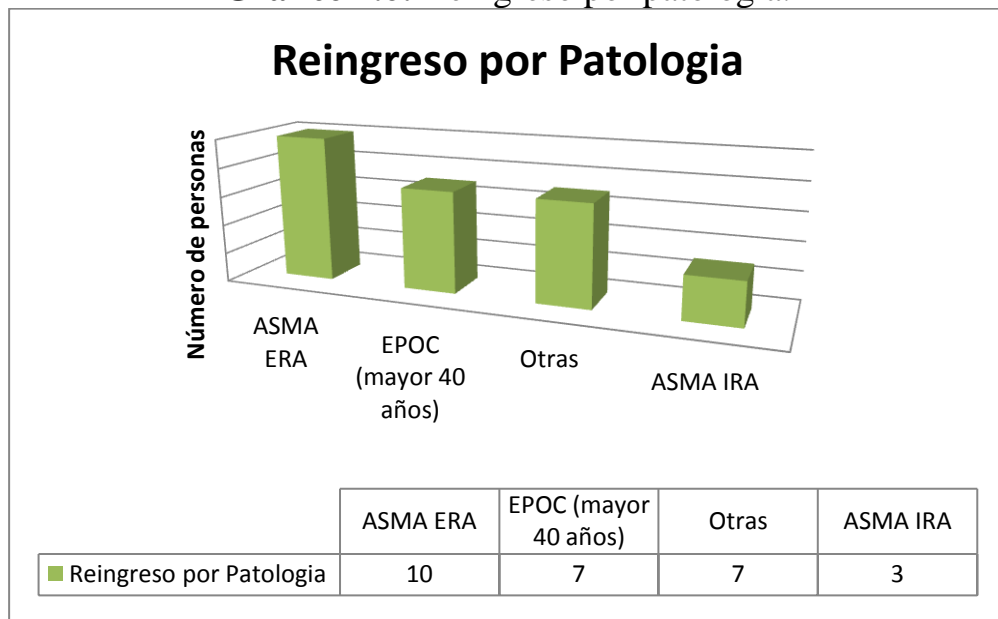
- **Reingreso por patología**

Tabla 1.8: Reingreso por patología

| Patologías | 27 |
|------------|----|
| Asma ERA | 10 |
| EPOC | 7 |
| Otras | 7 |
| Asma IRA | 3 |

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 1.6: Reingreso por patología.



Fuente: Elaboración propia

El gráfico 1.6, muestra los reingresos que se realizaron con los diferentes tipos de rescates, pero según patologías. Siendo el mayor número de personas que reingresaron fueron con patología Asma, que equivale a 13 personas, de ellas 10 por ERA, y 3 por IRA, siguen con un mismo valor de reingresos por patología EPOC y otras (bronquiectasias, LCFA), equivalen a 7 personas casa patología. Cabe destacar que en comuna de Conchalí tiene una contaminación de aire que equivale a un 56,3 %, esto podría indicar el alto porcentaje de personas con Asma.

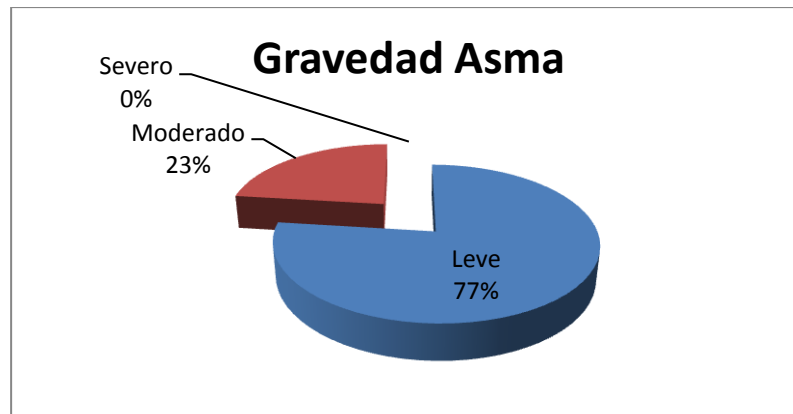
- **Gravedad Asma:**

Tabla 1.9: Gravedad del Asma

| Gravedad | 13 |
|-----------------|-----------|
| Leve | 10 |
| Moderado | 3 |
| Severo | 0 |

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 1.7: Gravedad del Asma



Fuente: Elaboración propia.

Dado las patologías que reingresaron, una de ellas corresponde a Asma, y este gráfico 1.7, nos muestra el reingreso de personas, pero según la gravedad del Asma en que se encuentran. El mayor número de personas tiene un Asma leve 77%, lo sigue moderado con un 23%, y severo no se encuentra ningún paciente que reingreso. 0%.

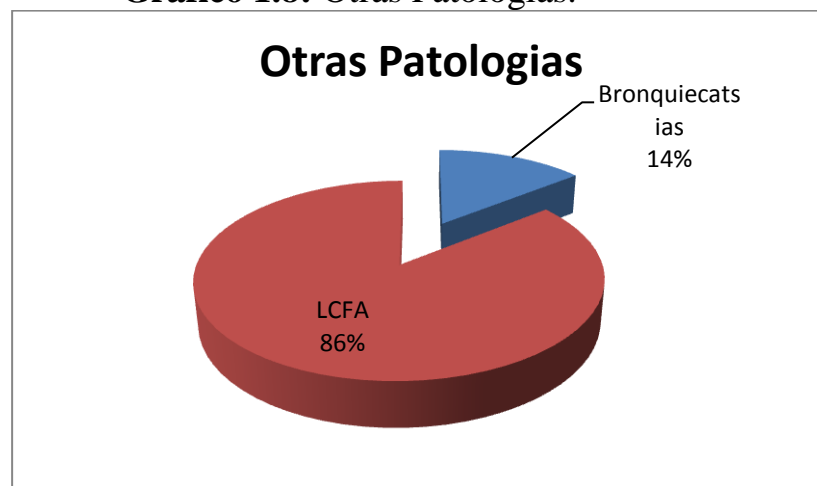
- **Otras Patologías:**

Tabla 1.10: Otras Patologías.

| | |
|-------------------------|----------|
| Otras Patologías | 7 |
| Bronquiectasias | 1 |
| LCFA | 6 |

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1.8: Otras Patologías.



Fuente: Elaboración propia.

El siguiente gráfico 1.8, muestra el número de personas que reingresaron por otras patologías (bronquiectasias y LCFA). La mayor cantidad de personas dentro del reingreso es por LCFA, que corresponde a un 88% y lo sigue Bronquiectasias solo con un 14 %.

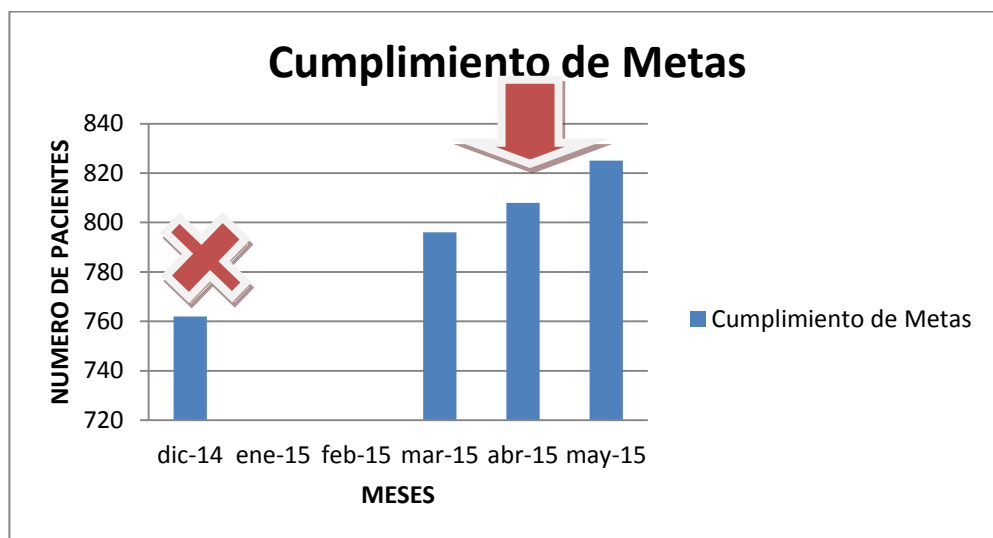
- **Cumplimiento de Metas:**

Tabla 1.11: Cumplimiento de Metas.

| META | 788 | 100% |
|-----------------------|------------|-------------|
| DICIEMBRE 2014 | 762 | 97% |
| MARZO 2015 | 796 | 101% |
| ABRIL 2015 | 808 | 102% |
| MAYO 2015 | 825 | 104% |

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1.9: Cumplimiento de Metas.



Fuente: Elaboración propia.

El siguiente gráfico 1.9, muestra el cumplimiento de metas 2014-2015. La meta para ser cumplida debe pasar 100% que equivale a 788 personas. En diciembre 2014 se realizaron diferentes estrategias de rescate para poder cumplir la meta, no llegando a 100% sino al 97% que equivale a 762 personas. En 2015 se realizó diferentes estrategias de rescate, pasando la meta en los 3 meses se puso en marcha las estrategias de rescate. En marzo 2015 se logró un 101% que equivale a 796 personas. En abril 2015 se logró 102% que equivale a 808 personas, y mayo 2015 se logró un 104% que equivale a 825 personas; logrando con las diferentes estrategias de rescate sobrepasar la meta establecida por el Ministerio de Salud.

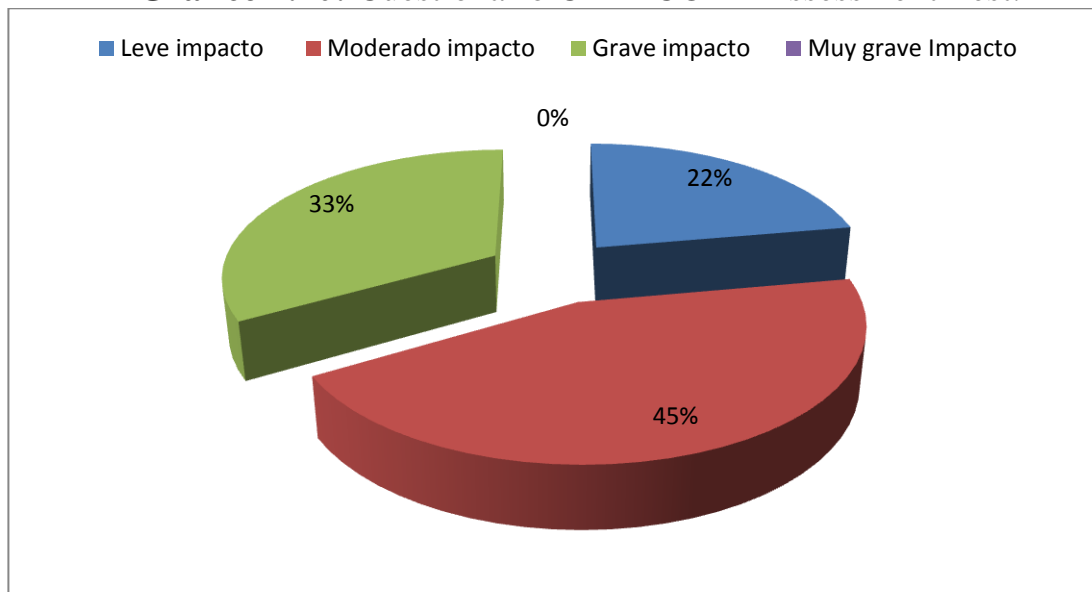
- **Cuestionario CAT- COPD Assessment Test**

Tabla 1.12: Cuestionario CAT- COPD Assessment Test

| Impacto en bienestar y calidad de vida | Número de personas |
|---|---------------------------|
| Leve impacto (0-10) | 2 |
| Moderada impacto (11-20) | 4 |
| Grave impacto (20 y más) | 3 |
| Muy grave impacto | 0 |

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1.10: Cuestionario CAT- COPD Assessment Test.



Fuente: Elaboración propia.

El gráfico 1.10, muestra el impacto que existe en la calidad de vida en un paciente con EPOC. Siendo mayor el número de personas que se encuentra en un moderado impacto, que equivale a un 45% de la población; siguiendo con un grave impacto 33%; y con leve impacto un 22%. En esta población nadie, es decir un 0%, arrojo un muy grave impacto en la calidad de vida con patología EPOC

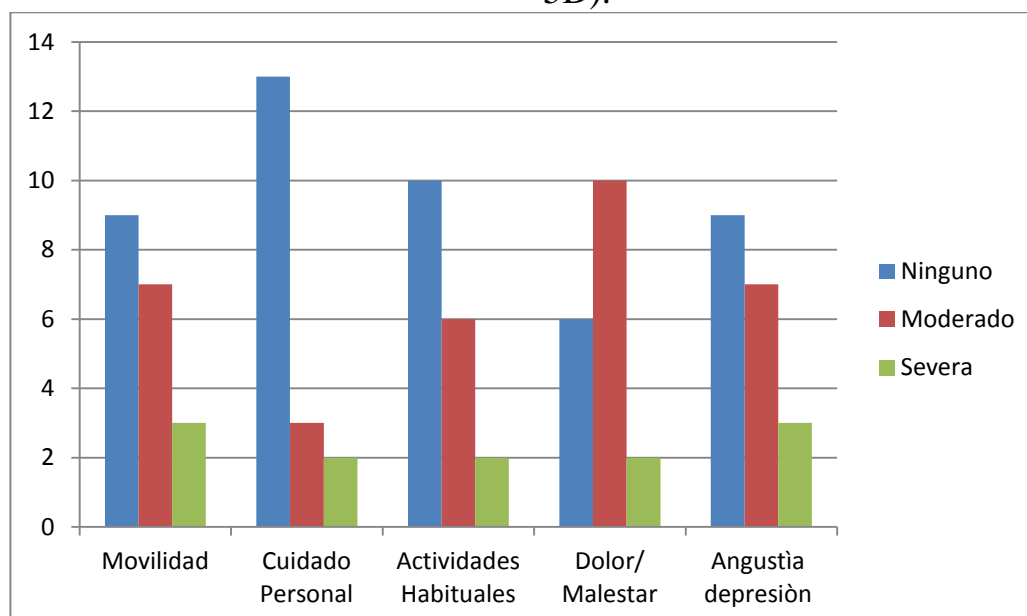
- **Cuestionario European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D)**

Tabla 1.13: Cuestionario European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D).

| Dimensión | Ninguno | Moderado | Severo |
|------------------------|---------|----------|--------|
| Movilidad | 9 | 7 | 3 |
| Cuidado Personal | 13 | 3 | 2 |
| Actividades Habituales | 10 | 6 | 2 |
| Dolor/Malestar | 6 | 10 | 2 |
| Angustia/ Depresión | 9 | 7 | 3 |

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1.11: Cuestionario European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D).



Fuente: Elaboración propia.

El siguiente gráfico 1.11, nos muestra a través del Cuestionario European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D), como se ve afectada la calidad de vida en un paciente con Asma. Viéndose más afectado el dolor y malestar, siguiendo de angustia, luego movilidad, actividades habituales, y por último el cuidado personal.

15. DISCUSIÓN

En Chile el sector de salud público es quien cumple el mayor índice de cobertura en atenciones de tipo crónica, especialmente enfermedades respiratorias. Es el desarrollo económico y político quien ha llevado a este sistema a generar acciones sanitarias que permitan y/o fomenten la prevención de las enfermedades, la curación y rehabilitación de estas; es por ello que nace la atención primaria en salud haciendo énfasis en la promoción y prevención, inserta en un ámbito comunitario. Desde entonces el modelo de atención de salud familiar toma un alto impacto en coberturas, atendiendo y resolviendo los principales problemas de salud de la comunidad.

De aquí entonces nacen las metas sanitarias impuestas por el ministerio de salud y a la cual nos hemos abarcado insertándonos en dichos modelos, logrando de este modo generar estrategias que resultasen novedosas para el cumplimiento de la meta sanitaria n° 11 *“Cobertura de Atención de Asma en Población general y EPOC en personas de 40 años y más ”*; (primera vez otorgada para los programas IRA-ERA e impuesta para ser cumplida por un Kinesiólogo), mediante el trabajo se priorizo el avance en las acciones que tendían a un diagnóstico precoz, buen manejo clínico, farmacológico y prevención, para de este modo lograr una buena calidad de vida en la población (esta última mediante la valoración del índice CAT y cuestionario EQ-5D).

El Porcentaje de meta impuesto por los indicadores IAAPS equivalente a un 22% , fue cumplido a través del uso de dichas estrategias las cuales vemos un 104% cumplidas equivalente a una cobertura de 825 pacientes en donde el 22 % solo correspondería a 788 pacientes impuestos para el cumplimiento sanitario, eso quiere decir un porcentaje mayor al 100 % donde el éxito del trabajo es completamente evidenciadle.

Es por ello que si como profesionales de Salud y en base a nuestros conocimientos y herramientas nos preguntamos, ¿ si somos capaces de cumplir una meta sanitaria relacionada en un ámbito respiratorio, porque no podríamos cumplir otras metas sanitarias?. Así y de esta manera nos planteamos la posibilidad que sin duda algunas seríamos capaces de trabajar en otras tareas sanitarias las cuales actualmente son otorgadas a otros profesionales de salud, tales como enfermeras; dentro de dichas tareas encontramos:

- Cumplimiento de la meta sanitaria N°3: Cobertura de examen de medicina preventiva (EMPAM) del adulto de 65 años y más.
- Cumplimiento de la meta sanitaria N°9: Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor de niños (as) de 12 a 23 meses bajo control.
- Cumplimiento de meta sanitaria N°10: Tasa de visita domiciliaria integral.

Somos profesionales de salud íntegros, tenemos manejos académicos en áreas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, conocemos de manera específica cada detalle del desarrollo psicomotor en niños, sabemos pesquisar de manera íntegra la funcionalidad del adulto mayor, somos expertos en movimiento y en integración de tratamiento, por lo tanto somos quienes deberíamos trabajar en muchas más áreas y no solo el cumplimiento de una meta sanitaria respiratoria crónica. Esto nos abre puertas en temas de empleabilidad, es una herramienta clara y real para la lucha de valoración de nuestro trabajo, demostrando que somos sin duda un profesional idóneo para cualquier labor sanitaria.

Por otro lado la pesquisa de pacientes fallecidos puede ser representativo del total de muertes en el grupo IRA-ERA y así favorecer al ser detectados del cumplimiento de meta.

16. CONCLUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo demostrar el cumplimiento de la meta sanitaria para los programas IRA-ERA; meta N°11: Cobertura de Atención de Asma en Población general y EPOC en personas de 40 años y más, para programas IRA-ERA en el CESFAM Dr. Lucas Sierra, Conchalí; periodo de marzo-mayo 2015.

La meta sanitaria número 11, para que sea cumplida, se habla de una cobertura de un 22% de la población total, esto quiere decir que en CESFAM Dr. Lucas Sierra, la cobertura de la población es de 788 personas para que la meta este al 100% cumplida.

Para comprobar el cumplimiento de la meta sanitaria, así también nuestro objetivo, primero se realizó una intervención mediante rescate de pacientes, siendo un total de N;64 de un universo de 145 pacientes, los cuales se dividen en reingresos que son 27 pacientes y egresos (fallecimiento, abandono, alta médica) que son 37 pacientes. Dentro de los reingresos existen diferentes estrategias de rescate, siendo la más efectiva por operativos, luego por citación directa, lo sigue con menor éxito la derivación por funcionarios y recordatorios funcionarios por citación, y por última estrategia fue por rescate a domicilio solo con un número de 4 personas.

En Diciembre de 2014 se realizó por primera vez la meta sanitaria, la cual no se cumplió ya que llegó solo a 762 personas. En Marzo 2015 hasta Mayo 2015, a través de nuestra intervención mediante estrategias de rescate, la Meta número 11, cumplió a cabalidad lo establecido por el Ministerio de Salud, sobrepasando el 100% en los 3 meses donde se intervino. Dicho lo anteriormente se ve una mejora en función a las diferentes estrategias que utilizamos para el rescate de pacientes.

Junto con demostrar el cumplimiento de la meta número 11, decidimos realizar un segundo aporte de nuestra tesis, y evaluamos la calidad de vida en pacientes inasistentes al CESFAM, ya que se ve afectada la calidad de vida, debido a que no hay un buen control de la patología (manejo clínico y farmacológico).

Se evaluaron solo las personas que logramos reingresar, mediante las estrategias de rescate, estas encuestas explicadas a continuación, se realizaron de forma llamada telefónico.

Para medir la calidad de vida, utilizamos dos encuestas que están certificadas, una de ellas es "Cuestionario CAT- COPD Assessment Test", realizada en personas con EPOC, y mide el bienestar y la calidad de vida. La otra encuesta "Cuestionario European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D)", realizada en personas con Asma, a diferencia de la otra encuesta, esta mide diferentes dimensiones en la calidad de vida de las personas.

Según los resultados de la encuesta CAT, la mayoría de las personas, dio el resultado que su patología tiene un impacto moderado en su calidad de vida, esto quiere decir que se ve afectado por su enfermedad en casi su mayoría de tiempo. Para ello es recomendable asistir a los controles rutinarios, quizás bajaría el impacto de la patología en la calidad de vida.

La encuesta “Cuestionario European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D)”, habla de diferentes dimensiones en cómo afecta la calidad de vida, viéndose más afectado el dolor y malestar, siguiendo de angustia, luego movilidad, actividades habituales, y por último el cuidado personal.

Junto como se planteo en la discusión, el estudio revela que es importante tener más kinesiólogos en el lugar, ya que, el trabajo que nosotras realizamos para el cumplimiento de metas, fue exitoso, debido a esto es necesario tener más profesionales de la salud encargados de esto.

Además creemos necesario una nueva investigación respecto a este línea de metas sanitarias, pues nos dimos cuenta que hay otra meta que la pueden realizar los kinesiólogos, que es la meta 4: evaluación de desarrollo psicomotor.

BIBLIOGRAFÍA

- Alejandro Goic G, Rodolfo Armas M. (2003). Descentralización en salud y educación: La experiencia chilena. *Rev. méd. Chile* v.131 n.7 .
- Andrea Catherine Rey-Gamero, Naydú Acosta-Ramírez. (2013). El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 12 (25): 28-39.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- Camilo Bass del Campo. (2012). Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutivead de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios?. *Medwave*;12(11):e5571 doi: 10.5867.
- Cecilia Reyes G., Rafael Silva O. Fernando Saldías P. (2011). Xii. Costo-Efectividad De La Rehabilitación Respiratoria En Pacientes Con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *Rev. Chil Enf Respir*, 27: 153-158
- Celli BR, MacNee W. (2004) Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur Respir J.*;23: 46.
- Claudio Olmos., Pedro Mancilla., Luis Martínez., Pedro Astudillo. (2015). Epidemiología De Las Consultas Respiratorias De Adultos En Santiago De Chile Desde 2003 A 2008. *Rev. Med Chile*, 143: 30-38.
- Dr. Irma Rosa López Pérez. (2007). Herencia en asma trabajos de revisión. La Habana, Cuba. CP 10400
- Elizabeth Velarde-Jurado, MC, Carlos Ávila-Figueroa, MC, DC. Evaluación de la calidad de vida. (2002). *salud pública de México / vol.44, no.4*.
- Enrique Molina Esquivel, Luis A. Brown Colás, Vicente Prieto Díaz, Mariano Bonetgorbea. Liliam Cuéllar Luna. (2001). Crisis De Asma Y Enfermedades Respiratorias Agudas. Contaminantes Atmosféricos Y Variables Meteorológicas En Centro Habana *Rev. Cubana Med Gen Integr*, 17(1):10-20
- DEIS MINSAL 2010, Ministerio de Salud, Departamento de estadísticas. Estadísticas Vitales.
- DEIS MINSAL 2014, Ministerio de Salud, Departamento de estadísticas. Estadísticas vitales.
- Departamento De Estadísticas E Información De Salud 2015
- Fernando Saldías P. (2013). Recomendaciones Para El Diagnóstico, Manejo Y Prevención De La Influenza En Chile. Período 2013 . *Rev. Chil Enf Respir* , 29: 31-38

- Fonseca. (1998). Programa Educativo para el control de Asma. Hospital “Luis Gómez López”. Servicio de Neumología. 18.
- Giraldi B., Guido, Astudillo O., Pedro y Zúñiga H., Felipe. (2001). El programa IRA en Chile: hitos e historia. . Revista. chilena Pediatría. 72: 10-12.
- Gonzalo Valdivia C. (2005). Epidemiología De La Neumonía Del Adulto Adquirida En La Comunidad. Rev. Chil Enf Respir, 21: 73-80.
- Guido Girardi B., Pedro Astudillo O. Felipe Zúñiga H. (2001). El programa IRA en Chile: hitos e historia. Rev. chil. pediatr. v.72 n.4 .
- Hugo Amigo C., Marcia Erazo B., Manuel Oyarzún G., Sergio Bello S., Armando Peruga U.(2006). Tabaquismo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica: determinación de fracciones atribuibles. Rev. Méd Chile; 134: 1275-1282.
- Hugo Neffen., Santiago Vidaurreta., Ana Balanzat., Mónica Silvia De Gennaro., Verónica Giubergia., Jorge F. Maspero., Ricardo J. Saranz., Alejandro M. Teper. (2012). Asma de difícil control en niños y adolescentes. Estrategias diagnóstico-terapéuticas. Medicina (B. Aires); 72: 403-413.
- Índice De Actividad De Atención Primaria 2015. Orientación Técnica Y Metodología De Evaluación.
- Informe Final Evaluación En Profundidad Programa De Reforzamiento De La Atención Primaria De Salud. Ministerio De Salud 2010.
- Jaime Gofin, Rosa Gofin. (2007). Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2/3).
- James W Dodd., Lauren Hogg., Jane Nolan., Helen Jefford., Amy Grant., Victoria M Lord., Christine Falzon., Rachel Garrod., assandra Lee., Michael I Polkey., Paul W Jones., William D-C Man., Nicholas S Hopkinson. (2011). The COPD assessment test (CAT): response to pulmonary rehabilitation. A multicentre.
- Juan-Carlos Vázquez-García., Jorge Salas-Hernández A., Rogelio Pérez Padillaa. María Montes De Oca. (2014). Salud Respiratoria En América Latina: Número De Especialistas Y Formación De Recursos Humanos. Arch Bronconeumol, 50(1):34-39
- Lacasse Y, Goldstein R, Lasserson TJ, Martin S (2008). Rehabilitación pulmonar para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>

- Latorre, P. & Beneit, J.M. (1994). *Psicología de la salud: Aportaciones para los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Lumen.
- *Manual Operativo Programas de Salud Respiratoria* (2014).
- Marc Miravittles., Juan José Soler-Cataluña., Myriam Calle., Jesús Molina., Pere Almagro., José Antonio Quintano., Juan Antonio Riesco., Juan Antonio Trigueros., Pascual Piñera., Adolfo Simón., José Luis López-Campos., Joan B. Soriano., Julio Ancochea. (2012). *Guía Española de la EPOC (Ges EPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable*. *Aten Primaria*; 44(7):425- 437
- María Rosa Güell Rous., Salvador Díaz Lobato., Gema Rodríguez Trigo., Fátima Morante Vélez., Marta San Miguel., Pilar Cejudo., Francisco Ortega Ruiz., Alejandro Muñoz ., Juan Bautista Galdiz Iturri., Almudena García., Emilio Servera. (2014). *Rehabilitación respiratoria*. *Arch Bronconeumol.*, 50(8):332–344.
- Mario Rovere. (2013). *Atención Primaria de la Salud en Debate*. *Saúde em Debate • Rio de Janeiro*, v. 36, n. 94, p. 327-342.
- Martín Becerril-Ángeles, Rosario Pérez-Chavira, Nora Martínez-Aguilar (2011). *Tratamiento del asma persistente y de difícil control: actualización de la terapia anti IgE*. *Rev. Alergia Mex*, 58(Supl. 1):1-18
- Mauricio Ruiz C.(2008). *Guía clínica de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Parte I: diagnóstico*. *Rev. Hosp Clin Univ Chile*; 19; 15 – 20.
- Ministerio de Salud (MINSAL) Gobierno de Chile (2008). *Informe final estudio de carga y carga atribuible*. Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, y Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud. 2008
- N. Gusi., M.A. Pérez-Sousa., M. Gonzalo-Delgado., P.R. Olivares. (2013). *Validity and reliability of the Spanish EQ-5D-Y Proxy version* *An Pediatr (Barc)*; 81(4):212- 219 .
- P.W. Jones., G. Harding., P. Berry., I. Wiklund., W-H. Chen# and N. Kline Leidy.(2009). *Development and first validation of the COPD Assessment Test*. *Eur Respir J*; 34: 648–654.
- *prospective study*. *Thorax*; 66:425e429. doi:10.1136/thx.2010.156372.
- Roberto Pradas Velasco., Fernando Antoñanzas Villar y María Puy Martínez Zárata. (2009). *Utilización del cuestionario European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D) para valorar la variación de la calidad de vida relacionada con la salud debida a la gripe*. *Gac Sanit*;23(2):104–108.

- Stefano Vinacci., Japcy Margarita Quiceno., Carla Zapata., Susana Obesso., Diana Carolina Quintero. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Psicología desde el caribe issn 0123-417X N° 18*: 89-108.
- Tania Gavidia., Jenny Pronczuk. Peter D. Sly. (2009). Impactos Ambientales Sobre La Salud Respiratoria De Los Niños. *Carga Global De Las Enfermedades Respiratorias Pediátricas Ligada Al Ambiente. Rev. Chil Enf Respir*, 25: 99-108
- Víctor Becerril-Montekio, Lic en Ec, M en Soc, Juan de Dios Reyes, MC, MSP, Annick Manuel, MC, MSP. (2011). Sistema de Salud en Chile. *Salud Publica Mex*;53 supl 2:S132-S143.

Bibliografía web

- Calidad de vida relacionada a la salud (HR-QoL) En Población General. Chile 2005 Departamento de Estudios y Desarrollo. Mayo .2006. Extraído el 15 de julio del 2015.
http://www.supersalud.gob.cl/568/articles-2727_recurso_2.pdf
- Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Metas 2011-2020, elige vivir san. Extraído el 7 de mayo del 2015.
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
- Guía clínica AUGE. Asma bronquial en adultos. Serie guías clínicas MINSAL, 2013. Extraído el 21 de abril del 2015.
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/95542bbbc24aeb8e04001011f01678c.pdf>
- Guía clínica AUGE. Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años. Serie guías clínicas MINSAL, 2011. Extraído el 10 de junio del 2015.
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637f08646e04001011f014e64.pdf>
- Guía clínica AUGE. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC. Serie guías clínicas MINSAL,2013. Extraído el 12 de abril del 2015.
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637e78646e04001011f014e64.pdf>
- Manual Operativo Programas de Salud Respiratoria. División de Atención Primaria Unidad de Salud Respiratoria 2015. Extraído el 7 de marzo del 2015.
http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Manual_operativo_Programas_de_Salud_Respiratoria.pdf

- Orientaciones IAAPS 2015. Indicadores IAAPS 1° Corte . Extraído el 9 de junio del 2015.
<http://estadisticas.ssosorno.cl/2015/FuentesDatos/15/1%C2%BA%20CORTE.pdf>
- Subsecretaria de redes asistenciales. División de atención primaria. Orientaciones Para La Planificación Y Programación En Red, 2015. Extraído el 5 de mayo del 2015.
http://web.minsal.cl/sites/default/files/Orientaciones_red_2015.pdf

ANEXOS

ANEXO N°1 CONSENTIMIENTO INFORMADO



FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD
Escuela de Kinesiología

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Santiago, ____ de ____ 2015.

Yo, _____

R.U.T. N° _____, manifiesto voluntariamente mi consentimiento para ser parte del trabajo de tesis de pre-grado, correspondiente al grado académico de licenciado (a) en kinesiología de las alumnas; Camila Javiera Astudillo Escobar y Dámary Constanza Donoso Marín, pertenecientes a la universidad Católica Silva Henríquez, quienes basaran su investigación en “Efectividad de las estrategias utilizadas para el cumplimiento de la meta sanitaria N°11: Cobertura de Atención de Asma en Población general y EPOC en personas de 40 años y más, para programas IRA-ERA en el CESFAM Dr. Lucas Sierra, Conchalí

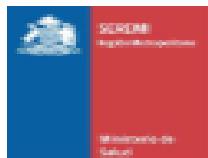
Esta autorización acierta el uso de todos los datos estadísticos, con propósitos científicos y docentes.

Reafirmo que se me ha entregado toda la información pertinente a este estudio, de los objetivos, justificaciones y etapas de la investigación y con ello manifiesto mi decisión de participar y acompañar durante toda la investigación.

FIRMA USUARIO _____ **RUT:** _____

FIRMA INVESTIGADORES

ANEXO N°2 APÉNDICE1: ENCUESTA EQ-5D



Apéndice 1: Encuesta EQ-5D y

Marque con una cruz como esta (x) las afirmaciones que describen mejor su estado de salud en el día de hoy:

Movilidad

No tengo problemas para caminar

Tengo algunos problemas para caminar

Tengo que estar en cama

Cuidado Personal

No tengo problemas con mi cuidado personal

Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo

Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades Habituales (Ej. trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas,) actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

No tengo problemas para realizar mis actividades habituales

Tengo algunos problemas para realizar mis actividades habituales

Tengo que estar en cama

Dolor/ Malestar

No tengo dolor ni malestar

Tengo un dolor o malestar moderado

Tengo mucho dolor o malestar

Angustia / Depresión

No estoy angustiado o deprimido

Estoy moderadamente angustiado o deprimido

Estoy muy angustiado o deprimido

ANEXO N°3 CUESTIONARIO CAT- COPD ASSESSMENT TEST



CUESTIONARIO CAT - COPD Assessment Test

Nombre

Fecha Actual

Marque con una cruz como esta (x) las afirmaciones que describen mejor su estado de salud en el día de hoy:

| | | Puntuación | | | | | | |
|---|--|------------|---|---|---|---|---|---|
| Nunca toso | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre estoy tosiendo | <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/> |
| No tengo flema en el pecho | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Tengo el pecho completo de flema | <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/> |
| No siento ninguna Opresión en el pecho | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siento mucha opresión en el pecho | <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/> |
| Cuando subo una Pendiente o un tramo de escaleras, me falta el aire. | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Cuando subo una pendiente o un tramo de escalera me falta el aire | <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/> |
| No me siento limitado para realizar actividades domésticas | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Me siento muy limitado para realizar actividades domésticas | <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/> |
| Me siento seguro de salir De casa A pesar de la Enfermedad pulmonar que padezco | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Me siento seguro de salir de casa a pesar de la enfermedad pulmonar que padezco | <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/> |
| Duelmo sin problemas | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Tengo problemas para dormir debido a la enfermedad que padezco | <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/> |
| Tengo mucha energía | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | No tengo ninguna energía | <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/> |
| PUNTUACION TOTAL | | | | | | | | <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/> |

ANEXO N°4 INDICADORES IAAPS 2015

ORIENTACIONES IAAPS 2015

INDICADORES IAAPS 2015 1º CORTE (Enero a Marzo)

| | | | | | |
|----|--|---|-----|-----|---|
| 11 | Cobertura de atención de Asma en población general y EPOC en personas de 40 y más años | <p>(Nº de personas con diagnóstico de Asma bajo control + Nº de personas de 40 y más años con diagnóstico de EPOC bajo control / Nº de Asmáticos, esperados según prevalencia + Nº de EPOC de 40 y más años, esperados según prevalencia) *100</p> <p>Prevalencia Estimada En población de 3 y más años para asma: 10% En población de 40 y más años para EPOC: 8%</p> | 22% | 8,0 | <p>REM P03. Sección A. (Asma) Celdas C15 + C16 + C17 + (EPOC) Celdas C18 + C19 (Más) REM A23 (2015). Sección B. (Asma) Celdas C28 + C29 + C30 + (EPOC) Celdas C31 + C32 (Menos) REM A23 (2015) Sección C. Celdas (Asma) C41 + (EPOC) C42 ----- Población estimada según Prevalencia (Población Inscrita Validada de 3 y más años x 10% + Población Inscrita Validada de 40 y más años x 8%)</p> <p>NUMERADOR 1º Corte a Marzo: Población en Control de Asma Bronquial + EPOC a Diciembre 2014, más ingresos, menos egresos acumulados de Enero a Marzo. 2º Corte a Junio: Población en Control de Asma Bronquial + EPOC a Junio 2015. 3º Corte a Agosto: Población en Control de Asma Bronquial + EPOC a Junio 2015, más ingresos, menos egresos Julio y Agosto. 4º Corte a Octubre: Población en Control de Asma Bronquial + EPOC a Junio 2015, más ingresos, menos egresos Julio a Octubre. 5º Corte a Diciembre: Población en Control de Asma Bronquial + EPOC a Diciembre 2015.</p> |
|----|--|---|-----|-----|---|

ANEXO N°5 ESTRATEGIA: RECORDATORIO META IAAPS SALA IRA-ERA

Recordatorio Meta IAAPS

Sala IRA-ERA

- Todos los pacientes con diagnóstico de enfermedad respiratoria crónica (Asma, EPOC, Fibrosis Quística, Fibrosis Pulmonar, LCFA, etc), y que usen inhaladores de manera permanente deben estar en control en Sala IRA (hasta los 19 años) o ERA (mayores a 20 años).
- Revisar en Ficha electrónica y carnet de CESFAM. Si no ha asistido a control dentro de los últimos 6 meses o registra inasistencia, derivar a sector para retomar control con médico (IRA) o SOME Central para retomar control con kinesiólogo (ERA).
- Consultar ante cualquier duda.

ANEXO N°6 ESTRATEGIA: REVISION DE CITACIONES

| RUT | NOMBRE | SECTOR | CITACIÓN | FUNCIONARIO | AVISO FUNCIONARIO | ASISTE |
|-----|--------|--------|------------|--------------|-------------------|--------|
| | | | 01-04-2015 | O Veloz | SI | NO |
| | | | 02-04-2015 | TP Palma | NO | NO |
| | | | 02-04-2015 | M Godoy | SI | NO |
| | | | 06-04-2015 | M Bravo | NO | NO |
| | | | 06-04-2015 | M Reales | NO | NO |
| | | | 06-04-2015 | K Fuentes | SI | NO |
| | | | 06-04-2015 | K Villarroel | SI | SI |
| | | | 06-04-2015 | K Fuentes | SI | SI |
| | | | 07-04-2015 | M Muñoz | SI | NO |
| | | | 07-04-2015 | M Godoy | SI | NO |
| | | | 08-04-2015 | K Villarroel | | |
| | | | 09-04-2015 | EU Barros | | |
| | | | 09-04-2015 | TP Palma | | |
| | | | 09-04-2015 | K Villarroel | | |
| | | | 09-04-2015 | TP Palma | | |
| | | | 13-04-2015 | Ma Cabrera | | |
| | | | 14-04-2015 | K Fuentes | | |
| | | | 17-04-2015 | TP Herrera | | |
| | | | 20-04-2015 | EU Barros | | |
| | | | 20-04-2015 | M Bravo | | |
| | | | 20-04-2015 | TP Herrera | | |
| | | | 21-04-2015 | M Bravo | | |
| | | | 22-04-2015 | TP Herrera | | |
| | | | 24-04-2015 | TP Palma | | |
| | | | 27-04-2015 | M Bravo | | |
| | | | 27-04-2015 | M Inostroza | | |

ANEXO N°7 ESTRATEGIA: CITACIONES EN DOMICILIO

Sala ERA (Enfermedades Respiratorias del Adulto)

CESFAM Dr. Lucas Sierra

Nombre: _____

Inasistente a Sala ERA desde: _____

Diagnóstico: _____

Citación con Kinesiólogo: _____

Beneficios de asistir:

- Mantenerse bajo control
- Tratamiento (inhaladores)
- Vacuna Antiinfluenza
- Reducción de los síntomas/ Mejor calidad de vida

No asistir a control significa pérdida de estos beneficios y alta del Programa ERA.

Asistirá: SI ___ NO ___

Si su respuesta es NO, indicar motivo:

RUT: _____ Firma: _____