

EL PROGRAMA IRA EN EL 2010



Ministerio de Salud, Chile
Unidad de Salud Respiratoria

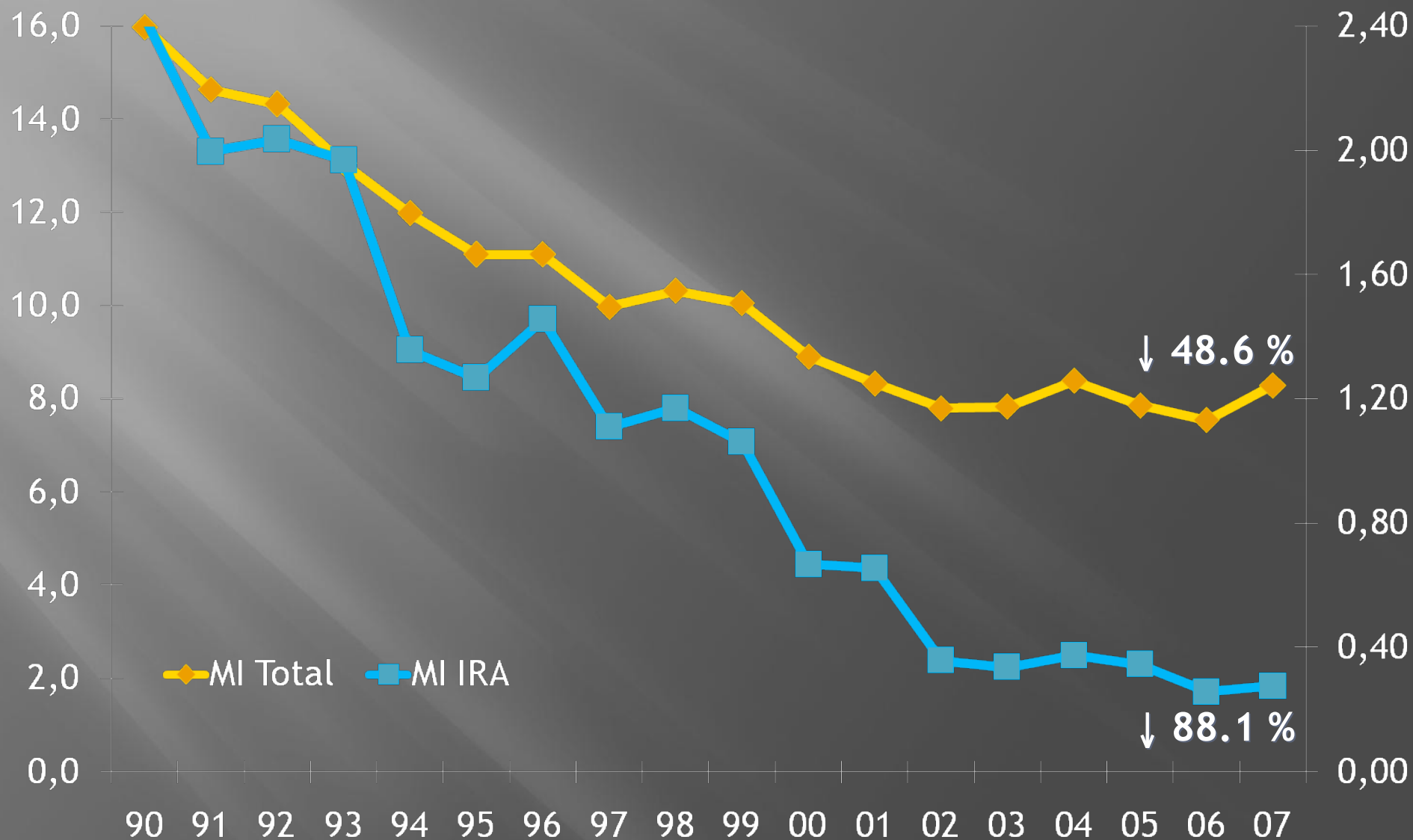
La clínica vs. la epidemiología

- ▣ Importancia de la neumología pediátrica para la totalidad de la población y no sólo para los pocos casos graves del hospital
- ▣ En esta línea de desarrollo de la especialidad:
 - El “paciente” es la comunidad
 - La “enfermedad” se diagnostica sobre la base de indicadores epidemiológicos
 - El “tratamiento” consiste en aplicar estrategias de intervención

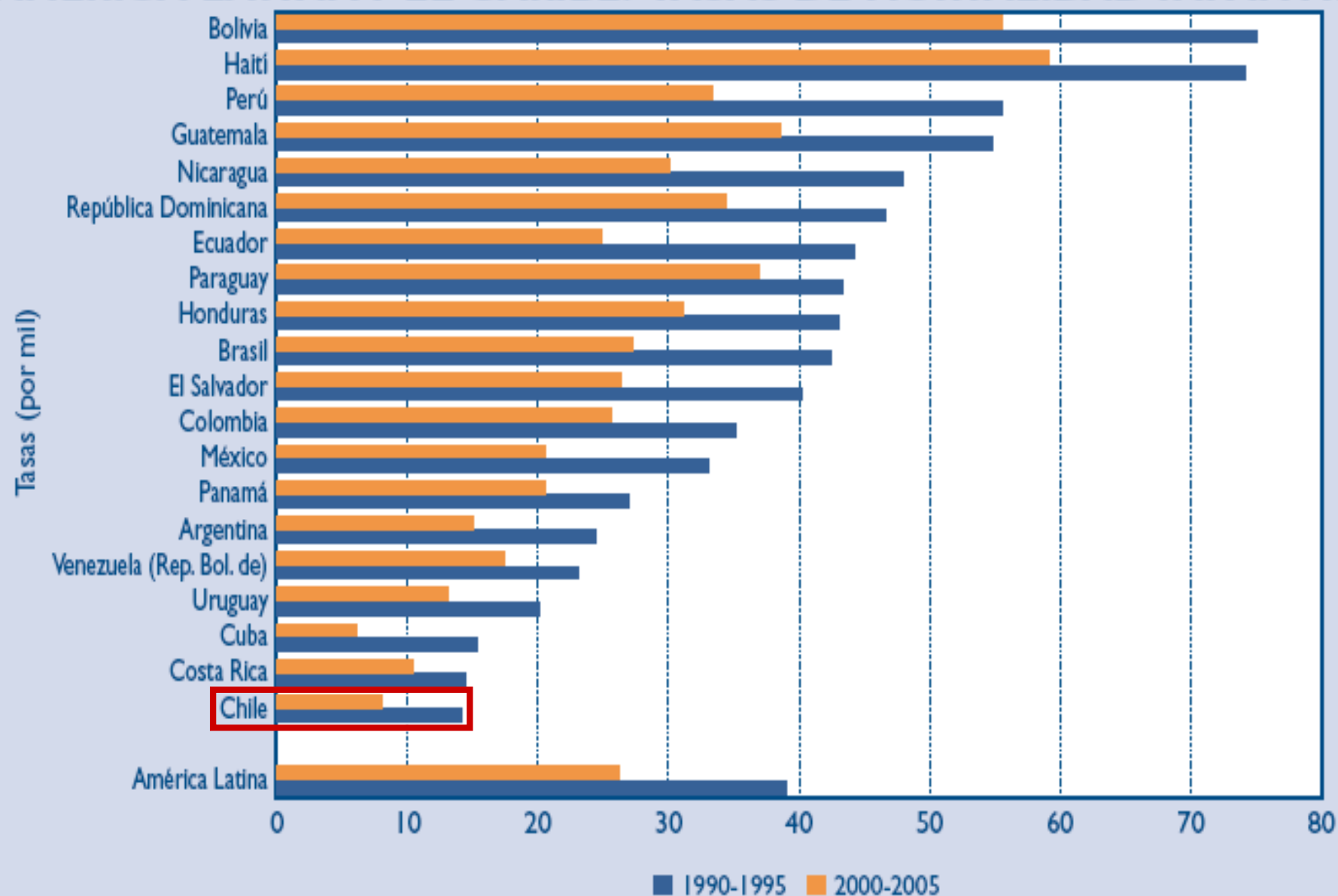
Contexto epidemiológico

- ▣ Desde 1990, las infecciones respiratorias agudas han tenido en Chile un manejo de salud pública regular y sistemático
- ▣ Esta modalidad ha resultado altamente exitosa
- ▣ Hace poco más de una década fallecían cada año **760** niños < 1 año por neumonía. En el 2007 esta cifra fue sólo de **45** en todo el país

Mortalidad Infantil Total y por IRA Chile 1990-2007 (Tasas por 1000 RNV)



AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de estimaciones y proyecciones de población vigentes y Naciones Unidas, Objetivos de desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe (LC/G.2331-P), J.L. Machinea, A. Bárcena y A. León (coords.), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), agosto, 2005. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.107.

Tendencias de la Mortalidad Infantil por Todas las Causas y por Neumonía en la Década de los 80

	Canada	Cuba	Chile	Argentina	Uruguay	Paraguay
Todas las causas	↓ 5.9 %	↓ 5.9 %	↓ 4.7 %	↓ 4.8 %	↓ 2.4 %	↓ 5.9 %
Neumonía	↓ 15.8 %	↓ 8.2 %	↑ 2.8 %	↓ 8.4 %	↓ 4.6 %	↓ 3.8 %

Fuente: OPS 1989

La única propuesta que había (OPS)

- ❑ Taquipnea sin estridor ni tiraje: neumonía
- ❑ Conducta: que cualquier trabajador de la salud le diera antibióticos
- ❑ Útil para países con alta mortalidad por neumonías bacterianas y sin posibilidad de atención médica precoz u oportuna
- ❑ Ninguna de esas condiciones se cumplía en Chile y por lo tanto el modelo no servía

Atención Primaria a fines de los 80

- ▣ Sin capacitación ni recursos
- ▣ Sin posibilidades de trabajo comunitario



Se requería una propuesta innovadora

Programa IRA en Chile

Conceptos para la Innovación

- ❑ La mayor parte de los niños con taquipnea tienen SBO y no neumonía
- ❑ Los fallecidos por neumonías virales lo hacen por hipoxemia y no por infección séptica
- ❑ La atención primaria habitualmente carece de capacitación y recursos
- ❑ Es necesario conocer la realidad local para tomar buenas decisiones

Programa IRA en Chile

Aspectos innovadores destacables I

- ▣ Nuevo rol de los profesionales en APS
 - Médico con formación en neumología pediátrica
 - Kinesiólogo adiestrado en la especialidad
- ▣ SBO comprendido como una IRA
- ▣ Transferencia de tecnología a la APS: aumento capacidad resolutiva
- ▣ Bases técnicas fundamentadas en estudios propios, realizados en el medio nacional

Programa IRA en Chile

Aspectos innovadores destacables II

- ▣ Aplicación de puntaje de riesgo como predictor de morir por neumonía
 - Focalizar educación comunitaria
 - “Rompefilas” para la atención
- ▣ Uso de puntaje clínico (Score de Tal modificado) para evaluar gravedad SBO
- ▣ Aerocámara en lactantes
- ▣ Hospitalización abreviada
- ▣ Oxígeno y NO antibióticos

Puntaje de riesgo de morir por neumonía

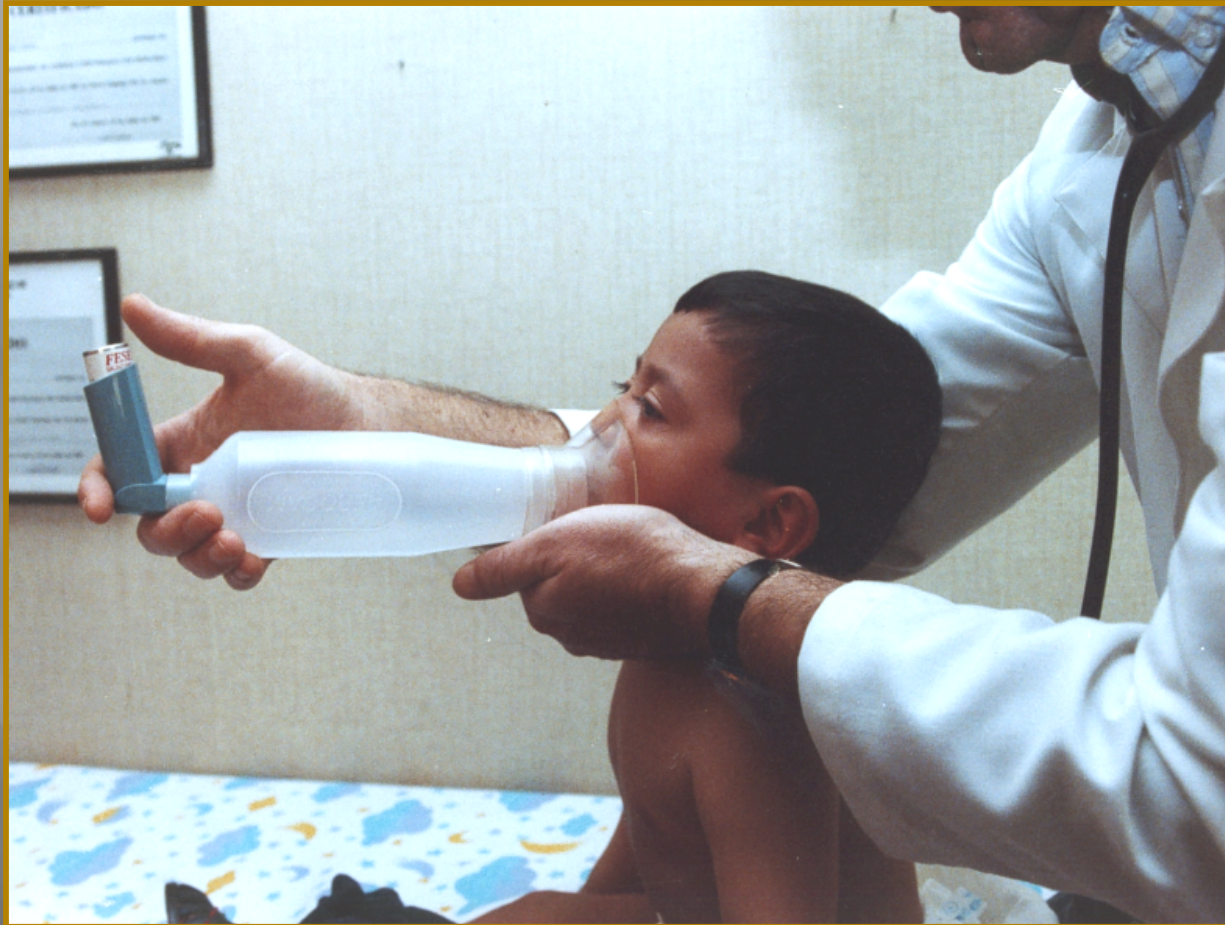
FACTOR DE RIESGO	RR (p1/p2)	log RR	PUNTAJE
Malformaciones Congénitas	225,7	2,30	11
Tabaquismo Materno	16,4	1,21	6
Hospitalización Anterior	14,7	1,17	6
Desnutrición	12,0	1,08	5
Baja Escolaridad	8,3	0,68	4
Bajo Peso de Nacimiento	4,2	0,62	3
Lactancia Materna Insuficiente	4,1	0,61	3
Madre Adolescente	3,2	0,50	2
SBOR	3,1	0,49	2

Puntaje de gravedad, episodio agudo de SBO

	FREC. RESPIR		SIBILANCIAS	CIANOSIS	RETRACC.
	< 6 m.	≥ 6 m.			
0	≤ 40	≤ 30	NO (*)	NO	NO
1	41-55	31-45	Fin espiración con fonendoscopio	Perioral con el llanto	(+)
2	56-70	46-60	Inspirat. y espirat. con fonendoscopio	Perioral en reposo	(++)
3	> 70	> 60	Audibles sin Fonendoscopio	Generalizada en reposo	(+++)

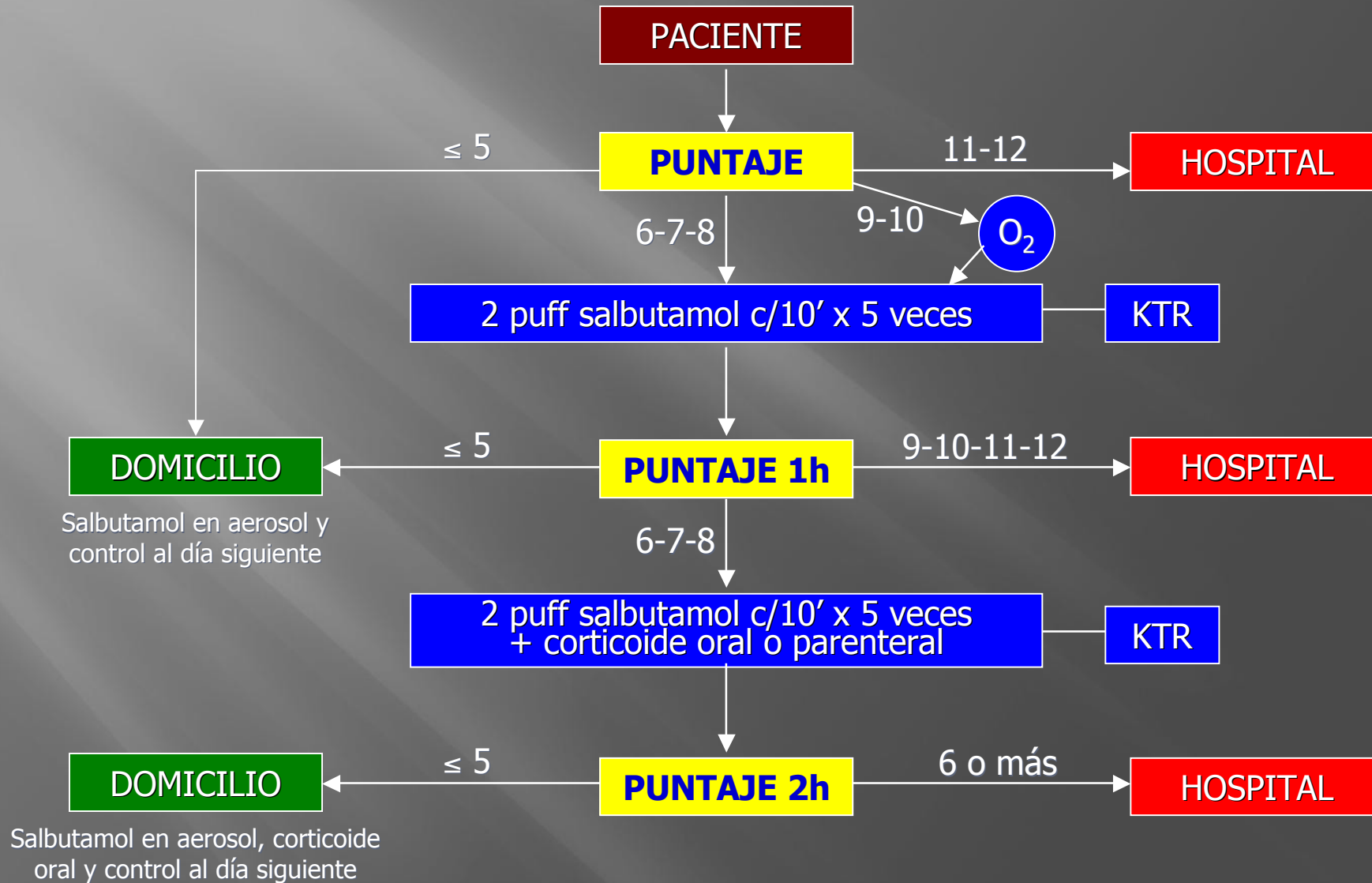
(*) Si no hay sibilancias por insuficiente entrada de aire debe anotarse 3 puntos

Aplicación de IDM con aerocámara



Desarrollo del concepto de Hospitalización Abreviada

Hospitalización Abreviada



Áreas Estratégicas Asistencial

- ▣ SBO
- ▣ Kinesiólogo
- ▣ Sala IRA
- ▣ Oxígeno
- ▣ Cambio en arsenal terapéutico
- ▣ Transferencia tecnológica

Áreas Estratégicas

Capacitación y Educación

- ▣ Profesionales del Programa:
 - Cursos nivel central, evaluados
 - Capacitación continua semanal
- ▣ Equipos de APS
 - Cursos de capacitación
 - Reunión semanal con médico IRA
- ▣ Comunidad:
 - Factores de riesgo y grados de severidad
 - Campañas de comunicación social
 - Afiches, cartillas
 - Imagen corporativa

Áreas Estratégicas

Investigación - Evaluación

- ▣ Científica
 - Cursos y Congresos nacionales e internacionales
 - Publicaciones
- ▣ Operacional
 - Vigilancia epidemiológica
 - Observación sistemática de indicadores
- ▣ Jornadas nacionales de evaluación anual
- ▣ Evaluaciones regionales

*“Las sales de rehidratación oral y la **hospitalización abreviada** constituyen los aportes más importantes del siglo XX a la pediatría ambulatoria”*

Prof. Julio Meneghello



Resultados Programa IRA 1990-2009

- ▣ Equidad en salud: salud más equitativa y de mejor calidad técnica a la población más vulnerable del país
- ▣ ↑ accesibilidad y credibilidad de APS
- ▣ Inserción de 536 Salas IRA en todo el país
- ▣ Creación y operación permanente de un sistema de vigilancia epidemiológica

Resultados Programa IRA 1990-2009

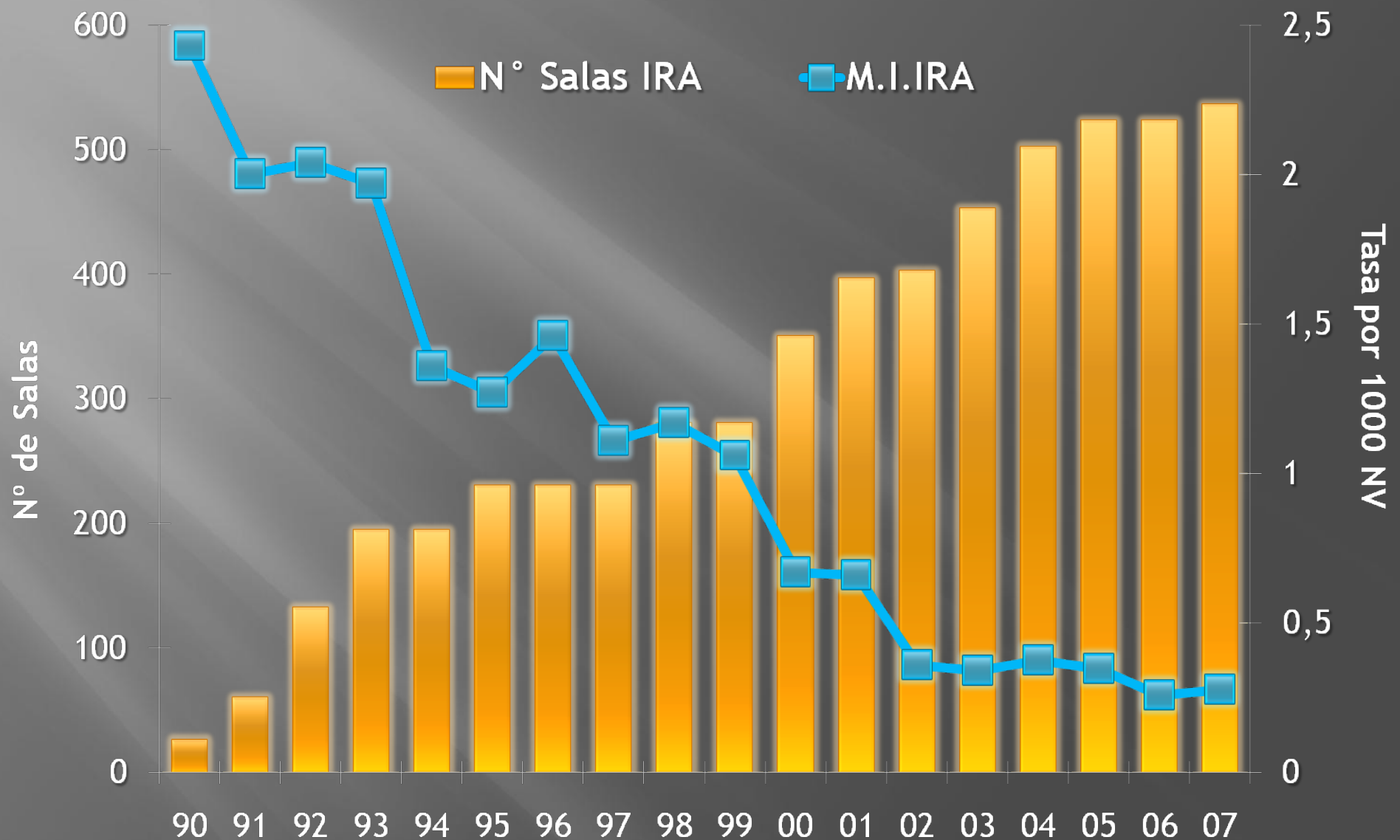
Logros de orden cualitativo

- ▣ Normas Nacionales Unificadas de IRA
- ▣ Creación de modelo docente-asistencial
 - Redignificación de la APS
 - Campo laboral atractivo en el Sistema Público
- ▣ Modernización arsenal terapéutico APS
 - Cambio cultural en uso de aerosoles
 - Gran reducción en uso de fármacos técnicamente inapropiados (mucolíticos, antitusivos, etc.)

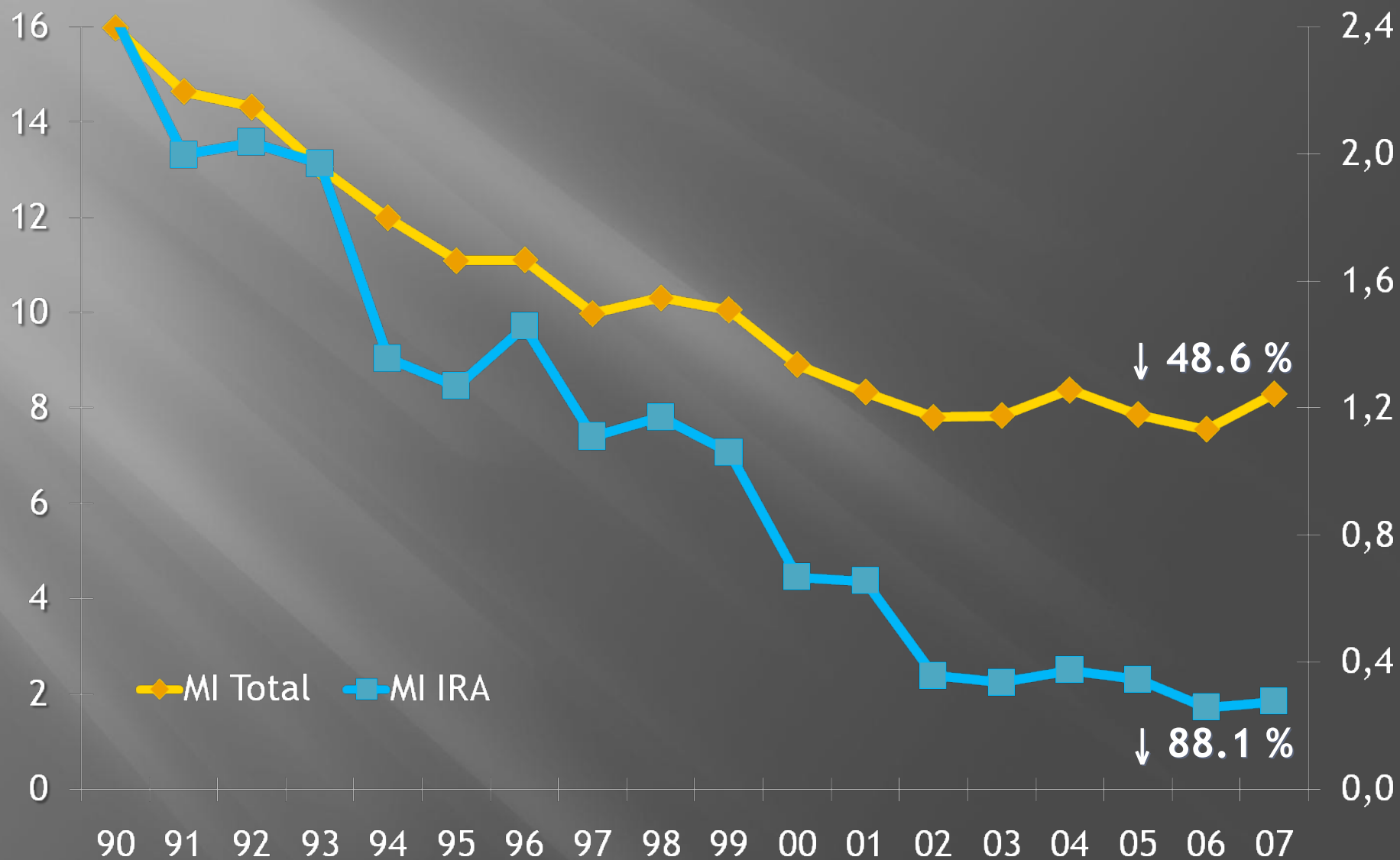
Resultados Programa IRA 1990-2009

- ▣ ↓↓ mortalidad infantil por neumonía
- ▣ ↓↓ hospitalizaciones por SBO, en beneficio de pacientes con neumonía
- ▣ ↓ infecciones intrahospitalarias por ADV y otros agentes

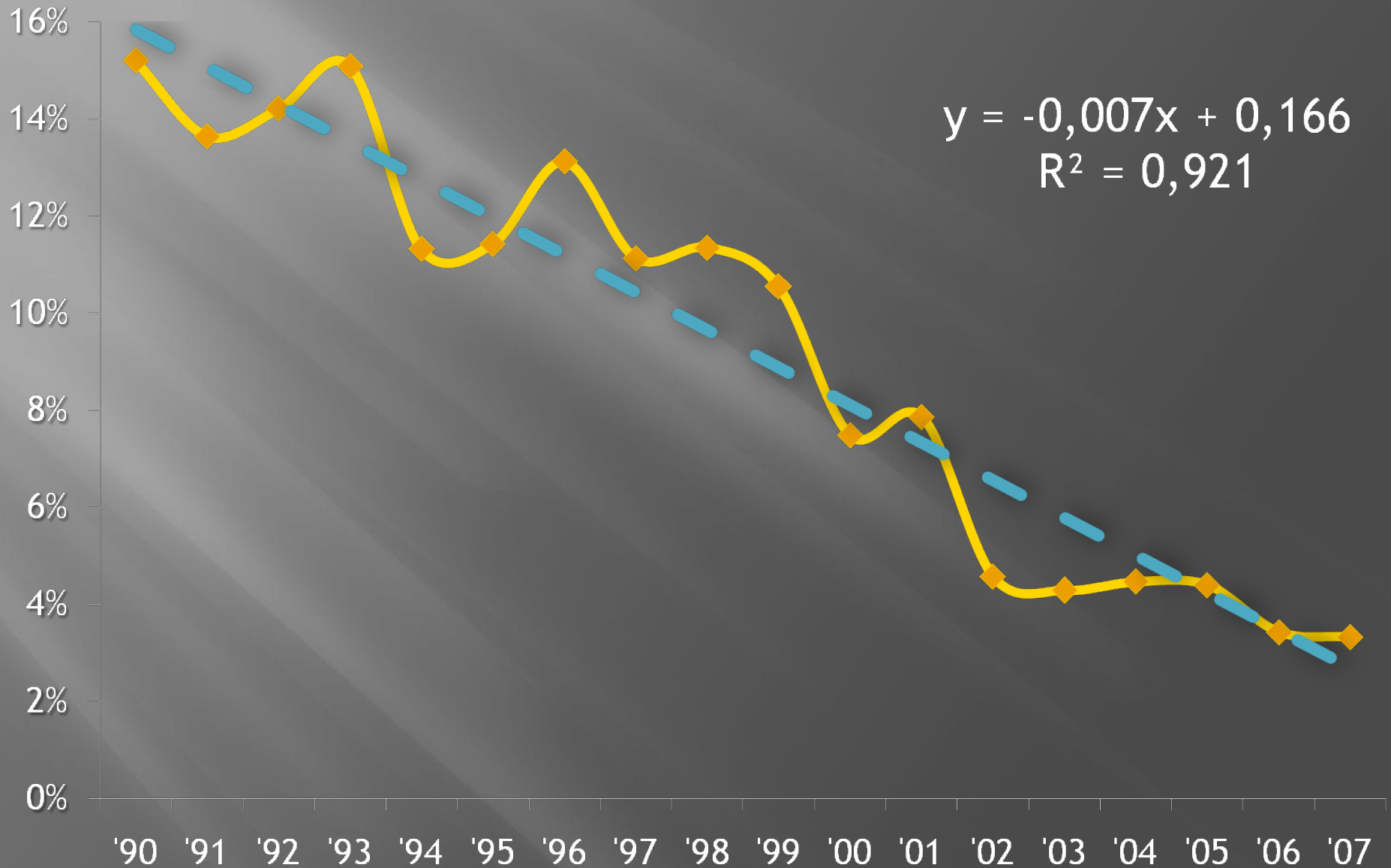
Chile 1990-2007. Mortalidad Infantil por IRA vs. Número de Salas IRA



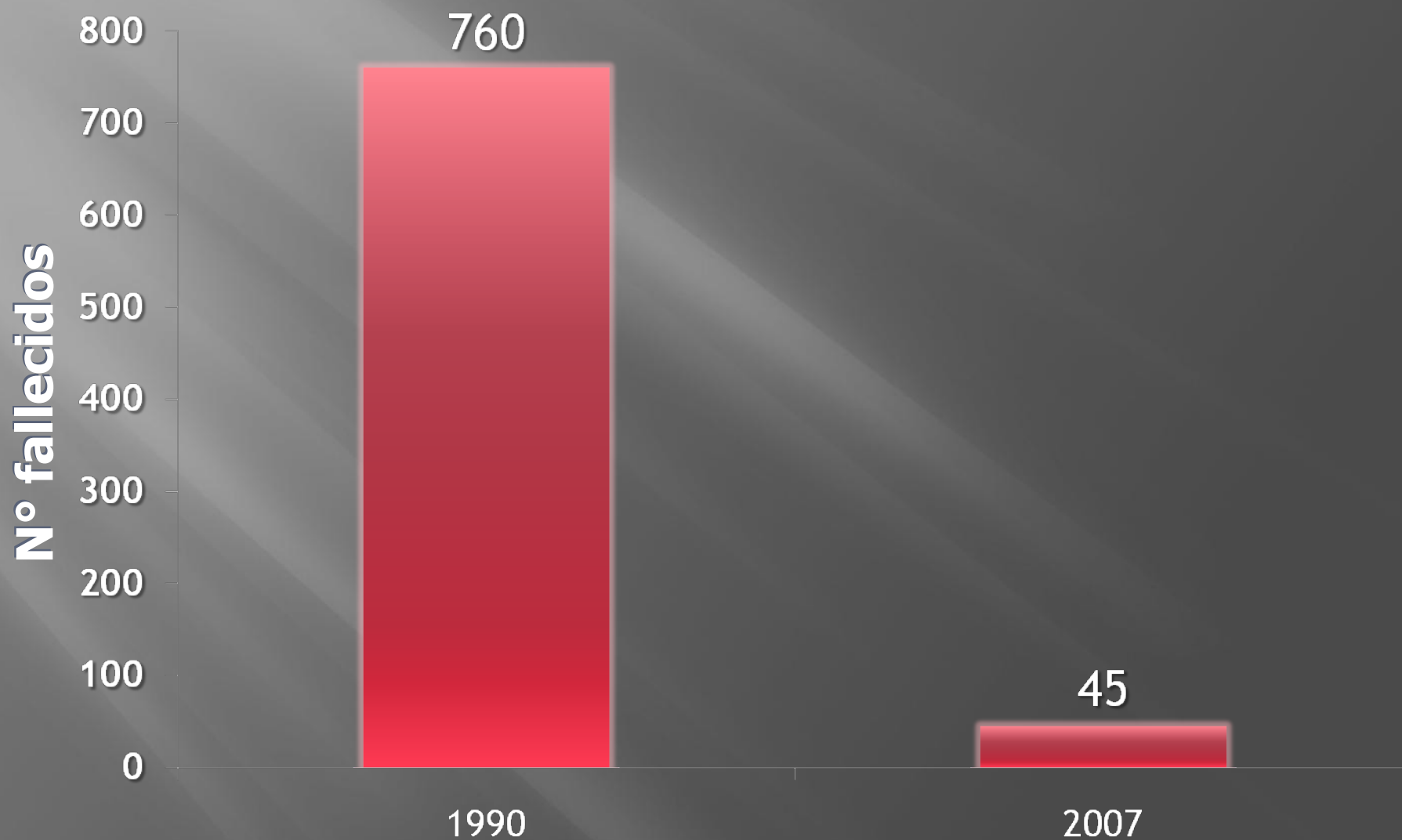
Mortalidad Infantil Total y por IRA Chile 1990-2007 (Tasas por 1000 RNV)



Proporción de la Mortalidad Infantil por IRA en la Mortalidad Infantil Total. Chile 1990-2007



Nº de fallecidos por neumonía Menores de 1 año. Chile 1990 y 2007



Resultados Programa IRA 1990-2006

Evaluaciones Independientes

- ▣ El proyecto PRAPS mejor evaluado en adecuación e impacto
(MIDEPLAN)
- ▣ El programa MINSAL mejor evaluado en satisfacción del usuario
(Colectivo Atención Primaria - Comudef)
- ▣ Correlación significativa de los recursos usados, con población beneficiaria
(PRAPS, Minsal)

Resultados Programa IRA 1990-2006

Evaluaciones Financieras Externas

- Alto rendimiento costo-beneficio en morbilidad: **1/3,5**

(CIAPEP, Escuela de Economía, Pontificia U. Católica)

- Alto rendimiento costo-beneficio en mortalidad: **1/7,1**

(Escuela de Economía, U.C. Cardenal Silva Henríquez)

- Área deseable de expansión en inversión social

(Dirección de Presupuesto, Ministerio de Hacienda)

Evaluación Costo-Beneficio CIAPEP, 1995

Editorial Diario "El Mercurio" 04/01/96

Ernesto Fontaine

El Programa IRA

EL MERCURIO — Jueves 4 de Enero de 1996

El segundo "proyecto" estudiado por mis alumnos de Ciapep 95 fue una evaluación ex post del Programa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Allá por 1986, en función de un diagnóstico que indicaba que la mortalidad infantil (menores de un año) por IRA iba en aumento, y que cerca del 60 por ciento de los niños que morían por esta causa lo hacían en sus domicilios o en el trayecto hacia un Servicio de Urgencia Hospitalario (SUH), el Ministerio de Salud inició un programa IRA piloto. Fue finalmente emprendido de lleno en septiembre de 1990.

Antes del programa, los niños que sufrían síndrome bronquial obstructivo podían ser tratados adecuadamente sólo en los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH), siendo que la mayor parte de ellos eran hospitalizados y, por tanto, quedaban expuestos así a las infecciones intrahospitalarias. Dados de alta, debían seguir un tratamiento de kinesioterapia, el cual se brindaba en los Consultorios de Especialidades (CE) adosados a los hospitales. Las distancias y los costos de movilización desde sus domicilios al centro hospitalario desincentivaban a la población a acudir oportunamente al SUH, y también a

continuar con el tratamiento kinesioterápico en el CE, lo cual contribuía a agravar y a prolongar la enfermedad, llegándose por ello a cuadros neumónicos —que "siempre" llevan a la hospitalización—, a que la enfermedad fuese recurrente, a que los niños tuviesen secuelas de por vida o a que falleciesen prematuramente.

El programa fue concebido para "acercar" la atención de salud a la población objetivo y mejorar la capacidad resolutive del Sistema Nacional de Salud en el nivel primario. Específicamente, dotar a los Consultorios Generales Urbanos (CGU) de recursos físicos y humanos suficientes para que ellos pudieran "in situ" tener la capacidad de brindar las atenciones a los pacientes afectados por IRA. Con esto, en vez de tener que recurrir a los centros hospitalarios para recibir atenciones de urgencia y de kinesioterapia, la población tendría la posibilidad de acudir a su CGU, el cual está ubicado más cerca de sus domicilios.

En efecto, debido a que el programa incluye la habilitación de las llamadas Salas de Hospitalización Abreviada, propende a evitar la hospitalización que antes se hacía casi automá-

ticamente cuando acudían a los SUH. En estas salas, los niños —acompañados por sus madres— son atendidos y observados por personal especializado durante un lapso de dos horas; sólo si al cabo de ellas no logran su mejoría, son enviados al SUH para su hospitalización. A su vez, la incorporación de kinesiólogos al CGU ha aumentado significativamente el número de atenciones en este campo, pues al acercar su oferta a la población objetivo se le ha reducido el costo de acceder a este servicio, en circunstancias de que antes debían recurrir al Consultorio de Especialidades para recibirlo.

La novedosa metodología de evaluación elaborada por el grupo fue aplicada al Servicio de Salud Metropolitano Sur; específicamente, a dos de sus CGU y al SUH y al CE del Hospital Exequiel González Cortés, donde los consultorios derivan a sus pacientes. Los resultados indicaron que el Programa IRA ha tenido una rentabilidad social significativa. Sus beneficios principales se asocian a la liberación de días-cama hospitalarios y al aumento en las prestaciones de kinesioterapia: para IRA en los CGU y para otras afecciones en el CE del centro hospitalario.

Programa IRA en Chile

Líneas de Desarrollo Consolidadas

- ▣ Vigilancia epidemiológica
- ▣ Campaña de Invierno
- ▣ Programa de Surfactante
- ▣ Equipamiento camas complejas
- ▣ Programa de Asma
- ▣ Programa de Oxigenoterapia Ambulatoria
- ▣ Programa de Fibrosis Quística
- ▣ Programa de Asistencia Ventilatoria Domiciliaria
- ▣ Piloto Prevención de Infecciones por VRS

Programa IRA en Chile

Perspectivas

- ▣ Genéricas
 - Uso del modelo en otros programas
 - “Exportación” del modelo
- ▣ Específicas
 - Vacuna antineumocócica
 - Screening neonatal FQ
 - Transplante pulmonar

**Muchas
Gracias**