

“EnREDando al IRAB”

Estrategia de gestión para el seguimiento de pacientes pediátricos con Infecciones
Respiratorias Agudas Bajas

Tipo de trabajo: Trabajo de investigación con enfoque cuantitativo

Categoría temática: Gestión/Administración de Servicios de Salud

Autorxs:

Cuello, Angela Itati. DNI: 28371022. Medica Generalista. Jefa de Salud Integral de
Niñez y Adolescencia.

Monsalvo, Solange Yanina. DNI: 32861089. Medica Generalista.

Moscetta, Maria Soledad. DNI: 31181096. Lic. Obstetrica. Directora de Maternidad
e Infancia.

Pérez, Mariela Fernanda. DNI: 23297840. Medica pediatra.

Participantes: Cortes, Barbara. Medica Generalista.

Dirección General de Maternidad e Infancia, Secretaría de Salud y Ambiente,
Municipio de Moreno.

Dirección: Av. Del Libertador 750

Teléfono: 0237-4669100 (Int. 2019)

Fecha de realización: Septiembre, 2023.

Trabajo inédito

“ENREDANDO AL IRAB”- ESTRATEGIA DE GESTION PARA EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES PEDIATRICOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS
Cuello, Angela I. Monsalvo, Solange Y. Moschetta, Maria S. Perez, Mariela F.
Dirección General de Maternidad e Infancia del Municipio de Moreno Dirección: Av. Libertador 750, Edificio Centro Integral de Salud Infantil 1er Piso, Moreno, Bs As. CP: 1744 Teléfono: 0237-4669100 (Int. 2019) yanina.monsalvo@gmail.com
Trabajo de Investigación con enfoque Cuantitativo
Gestión/Administración de Servicios de Salud
<p>Las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB) cómo causa de mortalidad infantil, representan un grave problema de salud pública.</p> <p>El presente trabajo tiene como objetivo describir como se organizan, desde la gestión, las estrategias vinculadas al Programa IRAB en el municipio de Moreno y conocer sus resultados.</p> <p>Se realizo un trabajo con enfoque cuantitativo de tipo Observacional descriptivo que se aplico de manera transversal y restrospectiva.</p> <p>Se obtuvieron resultados similares a años anteriores, pero con una estrategia fortalecida desde muchos aspectos. Esto es debido el trabajo comprometido de todos los eslabones de la estrategia.</p> <p>El programa IRAB se encuentra consolidado en el Municipio y las redes aportan un pilar fundamental para el desarrollo del mismo.</p>
Palabras Clave: IRAB, Pediatría, Redes, Atención Primaria.
Soporte Técnico: Cañón y Pantalla

INTRODUCCION

Las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB) cómo causa de mortalidad infantil, representan un grave problema de salud pública.

El presente trabajo tiene como objetivo describir como se organizan, desde la gestión, las estrategias vinculadas al Programa IRAB a nivel local y conocer sus resultados.

Sabemos que el mismo presentará evidencia que nos permitirá realizar una planificación con perspectiva epidemiológica en el marco de una red integrada de salud según las necesidades de la población y sabiendo que el fin último es garantizar el acceso a la atención, promoviendo la longitudinal y la continuidad en los cuidados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el año 2020, inmersos aun en la pandemia que significo el COVID-19 a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizo un llamamiento a mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños. Con este fin, desde hace algunos años, se vienen dando discusiones a nivel mundial que abordan la reducción de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) junto a la Tasa de Mortalidad en menores de 5 años (TMM5), como parte de una estrategia mundial entendiendo a estos indicadores como los principales para medir niveles y alteraciones relacionadas al bienestar de la niñez. (Departamento de estadísticas, 2023)

Desde 1990, la Tasa mundial de mortalidad de niños menores de 5 años se redujo en un 59% y paso de 93 defunciones por 1000 nacidos vivos en 1990, a 38 defunciones por 1000 nacidos vivos en 2021. Esto implica, que en 1990 1 de cada 11 niños moría antes de los 5 años, mientras que en 2021 la proporción fue 1 cada 26. (OMS, 2020)

En todo el mundo, las enfermedades infecciosas, entre ellas la neumonía, la diarrea y el paludismo siguen siendo las principales causas de defunción de niños menores de 5 años.

A nivel regional, se han hecho grandes progresos en la reducción de la mortalidad y morbilidad infantiles utilizando intervenciones basadas en pruebas y nuevos conocimientos y tecnologías. La TMI tuvo una disminución en la región del 67% y paso de 53,8 a 17,9 por 1000 nacidos vivos entre 1990 y 2015; siendo las enfermedades infecciosas (infecciones respiratorias, diarrea, tuberculosis, meningitis, entre otras) el segundo grupo de causas de muerte. (OMS, 2020)

En Argentina la TMI disminuyó a 8 por mil nacidos vivos en 2021, disminuyendo en comparación con la de 2020 cuando había sido de 8,4 por mil. Si bien esta reducción de la TMI se viene sosteniendo en los últimos años, la causa del descenso se asocia a razones multifactoriales que implican múltiples programas y planes destinados a mejorar la salud de los niños menores de un año. La TMM5 también es un indicador que viene en descenso, pasando de 9,9 por mil en 2020 a 9,5 por mil en 2021, representando un descenso de un 4%. (Departamento de estadísticas, 2023)

A nivel local, en el Municipio de Moreno, la TMI del año 2021 fue de 8,8 por mil. Representando para el municipio la tasa más baja de los últimos 10 años (la TMI en 2001 era de 17,9 por mil, lo cual significa una reducción del 50,8%). Sin embargo, como se pudo ver incluso con algunas provincias, se encuentra por encima del promedio nacional e incluso dentro de la región sanitaria a la que pertenece, es el municipio con la mayor TMI superando también el promedio regional.¹

La TMM5 sin embargo, para el mismo año presentó un valor de 9,8 por mil presentando una reducción del 27% con respecto al año anterior en que se registró una tasa de 13,4 por mil. A pesar de que la reducción se viene sosteniendo en los últimos años, la TMM5 sigue estando por encima del promedio nacional.²

Las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB) ocasionan un impacto importante en el sistema de salud: generan alrededor del 70% de las consultas y el 50% de las internaciones durante el período invernal. (Ministerio de Salud de la Nación, 2012)

La gran mayoría de las IRAB están representadas por el síndrome bronquial obstructivo (SBO), según datos publicados por la OMS. La necesidad de dar respuesta efectiva a este problema estacional dio origen en 2002 al Programa IRA (Infecciones Respiratorias Agudas), refrendado por una resolución ministerial en 2006.

La estrategia de atención consiste en la definición de caso, con un protocolo de actuación estandarizado; la organización de los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) y de hospitales en salas de pre-hospitalización y Salas de Internación Abreviada (SIA); planillas de registro de los pacientes atendidos que incluyen ítems sobre riesgo de morir por IRA (consolidados). Contempla la entrega de medicación para continuar el tratamiento en el

¹ Fuente de datos: Estadísticas locales realizadas por el Programa de Vigilancia Epidemiológica Municipal.

² Fuente de datos: Dirección de estadísticas e Información de la Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

hogar, y por último, la Contrarreferencia del niño internado por IRAB (en los hospitales pediátricos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el hospital Nacional Posadas y el Sor Ludovica de La Plata) al municipio donde tiene su domicilio, para su seguimiento posterior. (Guido Girardi B., 2001)

Esta intervención sanitaria, motivada por el elevado número de muertes infantiles evitables por IRA en la provincia, apunta a mejorar la organización de los servicios mediante una normativa común, que evite tanto las internaciones tardías como las innecesarias.

A nivel local, en el Municipio de Moreno y en conjunto con otros efectores de la región se vienen desarrollando las redes de derivación que tratan de garantizar que todos los pacientes accedan no sólo a la consulta inicial sino a los controles subsiguientes.

Si bien la estrategia del programa IRAB propone lineamientos y normativas que intentan organizar los servicios y recursos, es claro también que la estrategia de dicho programa depende en gran medida de la gestión de cada región y municipio en particular; y ya que su funcionamiento es vital como parte de estas Redes de Cuidado que se generan en pos de mejorar el acceso a la salud y reducir el riesgo de morir por IRA, es que surgen las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son y cómo se organizan las estrategias de gestión y atención de las IRAB en el Municipio de Moreno? ¿Cuál es la situación de las IRAB en el Municipio de Moreno? ¿Cuál es la efectividad de la nueva estrategia IRAB en el Municipio de Moreno?

JUSTIFICACIÓN

Dadas las elevadas tasas de Morbilidad y mortalidad que significan las infecciones respiratorias y sus consecuencias, resulta de especial interés conocer cómo se implementa la estrategia IRAB que intenta garantizar el acceso a la atención y evaluar el funcionamiento de los procesos involucrados.

La presente investigación surge de la necesidad de analizar la nueva estrategia de seguimiento de pacientes con IRAB que se incorpora a la que ya venía funcionando, y que se lleva adelante desde la Secretaría de Salud del Municipio de Moreno con el propósito de identificar el número de pacientes ingresados al programa y cuántos de ellos acceden efectivamente en tiempo y forma a los controles post alta que les corresponden evitando así las reinternaciones y por consiguiente el incremento en el riesgo de morir por IRA.

La investigación busca proporcionar información que será útil para mejorar la estrategia de implementación a nivel local determinando sus resultados. Además de mejorar el conocimiento del alcance que tiene la problemática a nivel local, afianzar las redes establecidas promoviendo la intersectorialidad y la interdisciplina entre los distintos niveles de atención de la salud pública local.

Esta investigación será relevante para afianzar un mayor conocimiento sobre las IRAB, sus formas de presentación, sus características particulares y sus necesidades de intervención a nivel local y presentara evidencia que nos permitirá planificar con perspectiva epidemiológica en el marco de una red integrada de salud y según las necesidades de la población.

OBJETIVO GENERAL

Describir y analizar la estrategia de gestión implementada por el Municipio de Moreno, a través del Programa IRAB, para la referencia y contrarreferencia de pacientes durante los meses de Abril-Agosto del año 2023.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- i. Identificar las distintas estrategias del Programa IRAB en el Municipio de Moreno durante los meses Abril- Agosto del año 2023.
- ii. Describir socio demográficamente a la población en seguimiento por el Programa IRAB del Municipio de Moreno durante los meses Abril-Agosto de 2023 y determinar prevalencia de población de riesgo.
- iii. Describir la situación de las IRAB en el Municipio de Moreno, durante los meses de Abril-Agosto de 2023.
- iv. Analizar la red de referencia y contrarreferencia de pacientes IRAB durante los meses Abril-Agosto de 2023 y determinar la frecuencia de respuesta efectiva.

IDENTIFICACION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

➤ Identificar estrategias del Programa IRAB: Enumerar las estrategias, descripción de cada una de ellas (Recurso humano, insumos, materiales, infraestructura). Procesos y subprocesos involucrados.

➤ Describir socio demográficamente a la población en seguimiento por el Programa IRAB: Edad, sexo, domicilio (área programática de referencia).

➤ Determinar prevalencia de población de riesgo: Proporción de pacientes con factores de riesgo para IRAB (Falta de lactancia materna, vacunas incompletas, desnutrición, prematurez, bajo peso al nacer, asistencia a guardería y/o hermanos escolarizados, madre adolescente), proporción de pacientes con factores de riesgo para IRAB grave (edad < 3 meses, inmunodeficiencias, cardiopatías, enfermedad pulmonar crónica, prematurez, bajo peso al nacer, desnutrición), frecuencia de pacientes con primer episodio, episodios previos, internaciones.

➤ Describir la situación de las IRAB en el Municipio de Moreno: Formas y frecuencia de presentación, grupos etarios mayormente afectados.

➤ Analizar la red de referencia y contrarreferencia y determinar la frecuencia de respuesta efectiva: N° total de consultas referenciadas en el periodo, n° de consultas IRAB totales, n° de consultas IRAB totales por código de riesgo, n° de consultas IRAB por efector de salud, porcentaje de contacto efectivo total, porcentaje de contacto efectivo por efector.

MARCO TEORICO

Mortalidad infantil

La TMI es un indicador del estado de salud de los niños y de la población en su conjunto y de las condiciones socioeconómicas en las que se encuentran. Además, es un indicador sensible de la accesibilidad y la calidad de los sistemas de servicios de salud.

Existe un conjunto de factores que influyen y determinan el nivel de la mortalidad infantil: biológicos, demográficos, socio-económicos, culturales, ambientales, de atención de la salud y geográficos.

La mortalidad de menores de 5 años posibilita reflejar tanto la mortalidad infantil como de la primera infancia, lo cual puede hacer llamar la atención sobre una tasa elevada de mortalidad entre niños mayores de un año.

La tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de 5 años ha sido motivo de análisis de algunos estudios realizados en Argentina. En ellos hablaban de una estabilidad en el indicador desde 1994, manteniéndose cercana a 2 por mil, con un leve descenso hacia el año 1999 y un cambio desfavorable luego del 2003. Este incremento en la

tasa hacia el año 2003 coincidió con la epidemia de bronquiolitis que desbordó y saturó la internación pediátrica de varias provincias.

Así como con otros componentes de la mortalidad infantil, la tasa de mortalidad específica por Infección Respiratoria Aguda Baja (IRAB) muestra grandes variaciones entre las provincias. Los factores socio-económicos, la mala calidad de la atención de los servicios en acciones preventivas y curativas para los niños y la no consideración de los factores de riesgo para determinar la modalidad de la atención, intervienen en la mortalidad infantil por IRAB provocando problemas de accesibilidad a los servicios, la falta de seguimiento longitudinal de los pacientes en riesgo y malas condiciones de derivación de los pacientes graves.

¿Qué son las IRAB?

Las IRA constituyen una importante causa de morbimortalidad, fundamentalmente entre los niños menores de 5 años, las personas mayores de 65 años y aquellas que presentan ciertas condiciones que aumentan el riesgo para desarrollar complicaciones que pueden derivar en formas graves.

La vigilancia epidemiológica de las IRA resulta esencial para detectar precozmente el ascenso estacional del número de casos en cualquier época del año y lugar del país; la identificación de los grupos poblacionales afectados; y la frecuencia, distribución y características de los agentes etiológicos involucrados. Dicha información permite direccionar las acciones de promoción, prevención y control, fortaleciendo la capacidad de respuesta de los servicios de atención en particular, y del sector salud en su conjunto.

Las IRA se clasifican en altas y bajas. Las IRA altas son: resfrío común, faringitis y faringoamigdalitis; otitis media aguda y adenoiditis. Las IRA bajas abarcan la neumonía, la laringitis (en los niños), la traqueítis, la bronquitis y los cuadros considerados bajo la denominación de "Síndrome Bronquial Obstructivo" (SBO). La mayoría de los casos de IRAB corresponden a episodios agudos de SBO. La Bronquiolitis es la IRAB más frecuente en el menor de 2 años. (Ministerio de Salud de la Nación, 2012)

El mayor porcentaje de las IRAB son de etiología viral. El Virus Sincicial Respiratorio (el 70% de los casos, más frecuente en invierno); Influenza (más frecuente en otoño); Parainfluenza, Adenovirus y Rinovirus, de los virus más frecuentemente asociados. En los

últimos años han cobrado relevancia virus emergentes tales como el virus de la influenza pandémico en el 2009 y desde el 2020 el SARS-COV2.

Numerosas investigaciones hablan de la importancia de conocer la epidemiología de las IRAB, sin embargo, la influencia de factores locales (geográficos, climáticos, socioeconómicos, culturales) hace necesario que cada región tenga sus propios registros y evaluaciones. Esto incluye la identificación de factores de riesgo, dada la importancia que estos presentan en la posibilidad de implementar medidas efectivas de control y/o prevención. (Ver Anexo 1. Factores de riesgo para IRAB)

Programa IRAB

En el año 2002, se lanzó el Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas en niños menores de 6 años. El mismo sentaba sus bases en algunas experiencias que se desarrollaban ya en algunas provincias, siendo Tucumán en aquel momento la que alcanzaba el mayor grado de desarrollo. El mismo, se proponía como una estrategia que había demostrado en la región ser efectiva para descender la mortalidad infantil.

El crecimiento de las provincias comprometidas fue en progresivo aumento hasta llegar al año 2004 con el lanzamiento de la “Campaña de Invierno” (CI) que se desarrolló entre los meses de abril y septiembre por medio de la planificación y la gestión de los recursos, capacitación, gestión de camas, referencia y contrarreferencia para la adecuada derivación de los niños, medidas de control y vigilancia epidemiológica.

El Programa IRAB propone un modelo de atención diferente basado en la capacitación de los equipos, incrementando la capacidad resolutive, integrando y jerarquizando al rol de enfermería dentro del equipo de salud. El mismo se ajusta al marco legal sobre competencias e incumbencias para el personal de enfermería y la norma nacional, basada en la evidencia científica, respalda la actividad de todo el equipo de salud.

El programa requiere de un área física diferenciada y específica en las salas de guardia de los hospitales y/o centros de salud. El sector debe permitir la atención de varios niños simultáneamente y el recurso humano de enfermería debería estar asignado a esta tarea exclusivamente.

Es fundamental la provisión de insumos como Oxígeno, aerocámaras, tubuladuras, aspiradores, medicación y planillas para registro. La estrategia de atención consiste en clasificar al paciente con un puntaje dado por signos presentes en el momento de la consulta

y sin dejar de tener en cuenta los antecedentes personales, para que luego se adopte una determinada conducta terapéutica y se le brinde al paciente los insumos necesarios para la atención. (Ver anexo 2. Protocolos de actuación en consultas IRAB) (Ministerio de Salud de la Nación, 2012)

El programa IRAB municipal funciona en el Municipio de Moreno desde el año 2007. Con el transcurso de los años se ha mejorado el trabajo intersectorial, ya que el único hospital local corresponde al ámbito provincial mientras que las 42 unidades sanitarias tienen dependencia municipal.

Referencia y Contrarreferencia

El sistema de Referencia y Contrarreferencia es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, con el objetivo de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud. Es importante contar con un sistema de comunicación que permita que este usuario fluya en forma segura y eficiente a través de esta red.

Longitudinalidad, Continuidad, Accesibilidad

La atención centrada en la persona y no solo en la enfermedad (integralidad), mantenida a lo largo del tiempo por el mismo profesional (longitudinalidad), prestada a un mismo paciente por diferentes profesionales en distintos niveles (continuidad), accesible para el conjunto de la población (accesibilidad) y coordinada entre los profesionales del primer nivel asistencial y otros especialistas (coordinación), definen la esencia de la atención primaria (AP) y le confieren su inigualable valor.

Interdisciplina

Se refiere al trabajo de cooperación e integración entre dos o más disciplinas y su enfoque es la obtención de síntesis que traspasan los límites de las disciplinas participantes. Si para la multidisciplina el carácter de interacción es la yuxtaposición, para la interdisciplina es la integración de conceptos, metodologías, y prácticas.

Intersectorialidad

La intersectorialidad es entendida como la integración de los distintos sectores del municipio y los diferentes actores de la comunidad en el proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y toma de decisiones para mejorar las condiciones sociales y

sanitarias en los espacios donde viven las personas, el territorio. El territorio es el lugar donde se articulan las políticas públicas con las características propias que el mismo tiene, pero también es entendido como el resultado de una relación dinámica en cuyo contexto se configuran los problemas y se forjan también las soluciones.

MATERIALES Y METODOS

El presente trabajo fue diseñado bajo el planteamiento del enfoque cuantitativo debido que este es el que mejor se adapta a las características y necesidades de la investigación. Se realizó un estudio observacional descriptivo que se aplicó de manera transversal y retrospectiva.

Descripción del ámbito del estudio: Moreno es un partido de la Provincia de Buenos Aires ubicado al noroeste de la Capital Federal a 37 kilómetros de la misma. Forma parte del segundo cordón del conurbano bonaerense. Tiene una extensión de 186 km², comparable a la superficie de la Ciudad de Buenos Aires. El 50% se caracteriza como zona urbana, el 23% como zona complementaria urbana y el 27% como zona rural. Según los datos provisionales del Censo 2022, su población total es de 574.374 habitantes con una densidad poblacional de 2.848,66 habitantes por kilómetro cuadrado. El partido de Moreno cuenta con dos hospitales provinciales: Hospital Zonal General de Agudos Mariano y Luciano de la Vega (HMLV) y la Maternidad Estela de Carlotto, una Unidad de Pronto Atención de 24hs (UPA24) y una red de 42 unidades sanitarias dependientes de la Secretaría Salud del Municipio.

Las fuentes de información que fueron consultadas son: Base de datos Drive compartida con HMLV, Base de datos Drive del HMLV sector Neonatología; Base de datos Drive compartida con Hospital Posadas; Base de datos de pacientes derivados desde US; Base de datos de pacientes contrarreferenciados de Otros hospitales; Base de datos Drive (Google forms), de pacientes atendidos en guardia HMLV y UPA 24; Sistema de seguimiento de patologías incorporado en julio 2023. Se consultaron además epicrisis de pacientes externados del HMLV. Las bases de datos existentes contaban con datos filiatorios, antecedentes personales, edad, sexo, domicilio, fecha de ingreso y egreso en el caso de internación, diagnósticos, unidad sanitaria de referencia y acciones realizadas.

RESULTADOS

La estrategia IRAB como tal es llevada adelante desde la secretaria de Salud y Ambiente del Municipio de Moreno por el equipo de la Dirección General de Maternidad e Infancia (DGMI). El mismo está conformado por la Directora de Maternidad e Infancia, la jefa de Salud Integral de Niñez y Adolescencia, una pediatra que viene trabajando con IRAB desde el 2008, una médica generalista que trabaja con IRAB desde el 2020, tres enfermeras encargadas sobre todo de las acciones realizadas de referencia y contrarreferencia y una administrativa que es la encargada de sistematizar información proveniente de las unidades sanitarias. El programa IRAB comprende las siguientes estrategias (Figura 1).



FIGURA 1. ESTRATEGIA DE ABORDAJE INTEGRAL

CIRCUITO DE ATENCIÓN

Organización de la Atención en las US: Todos los años se realizan capacitaciones destinadas a enfermería con material actualizado, protocolos estandarizados y circuitos de atención y derivación. Se encuentran a cargo de una pediatra del equipo de la DGMI y

contemplan no solo a los enfermeros que ya vienen trabajando en las unidades sanitarias sino también a los enfermeros que ingresan con las becas IRAB cada año.

Así mismo, se realizan capacitaciones todos los años para directores y coordinadores zonales explicando circuitos de información y de referencia y contrarreferencia, contemplando que pudiese haber cambios de gestión.

Administración de las Becas IRAB: Las becas IRAB, son incentivos económicos ofrecidos por la Provincia para la contratación de recurso humano para reforzar los servicios que lo necesiten. Junto con la Dirección de Unidades Sanitarias se organiza la distribución teniendo en cuenta la capacitación previa, experiencia y demanda zonal. Este año, ingresaron un total de 24 enfermeros/as y una persona con función administrativa.

Abastecimiento de Insumos: Todos los años se realiza una proyección del consumo de medicación destinada a resolver los cuadros de IRAB (Salbutamol aerosol, aerocámaras, espaciadores, betametasona, budesonide, ibuprofeno, amoxicilina, etc.). Se planifica la distribución semanal por zona, por unidad sanitaria y postas de salud. Si bien el abastecimiento se planifica en función a la demanda de años anteriores y con vistas a la demanda que se espera para el corriente año, existe un trabajo coordinado con Farmacia para sostener un stock base de medicación por semana para cada unidad sanitaria, de modo que se pueda satisfacer la demanda y no se generen faltantes.

Hasta el año 2022 el control de stock de las unidades sanitarias se encontraba bajo la coordinación de la Dirección General de Maternidad e Infancia. Desde el año 2023 la incorporación de un sistema informático para el área de farmacia posibilitó que el stock de insumos en época de IRAB, se gestione con la participación directa de las unidades sanitarias y que exista un stock en tiempo real, acortando los tiempos en la reposición y abastecimiento. Esto permitió también realizar modificaciones en los stocks base de cada unidad sanitaria basadas en la demanda real. (Ver anexo 3. Planificación de Stock)

CIRCUITO DE INFORMACION

Comprende al registro y sistematización de datos correspondientes a acciones realizadas en el marco del programa:

Registro de consultas diarias por Unidad Sanitaria: se realiza en planilla (consolidado) provincial (Ver Anexo 4. Planilla consolidado Provincial). La confeccionan los profesionales de enfermería y/o médicos de las US de manera diaria. En forma semanal se

entrega a la DGMI donde se sistematiza la información que posteriormente es compartida con la Región Sanitaria VII Bs As. Permite realizar un monitoreo de consultas semanal, número de consultas por zona sanitaria municipal, identificar pacientes en riesgo y organizar la entrega de insumos acorde a la demanda.

Informe periódico a Región Sanitaria (vía correo electrónico): Semanalmente se envía la base de datos Access donde se sistematiza la información proveniente de las unidades sanitarias. Desde la DGMI se analiza esa información por Semanas Epidemiológicas (SE) con el fin de poder realizar comparaciones con años anteriores. (Ver Anexo 5. Calendario de Semanas Epidemiológicas)

Desde la SE 15 hasta la semana 33 se registraron en las US 4670 consultas por IRAB con un pico en las semanas 22. Durante las semanas 22 y 23 la frecuencia semanal de consultas fue superior a 500 con un descenso progresivo a partir de la semana 24. (Ver anexo 5). Como se verá más adelante, esta distribución es similar a la de los egresos hospitalarios por IRAB.

Registro de derivaciones: si bien la mayoría de las consultas se resuelven en el primer nivel de atención, una pequeña proporción de pacientes requerirá de una evaluación en el segundo nivel (hospital local) y un número menor aún, necesitará internación. Resulta de interés poder identificar estos casos para mejorar y/o facilitar la atención dentro de los circuitos establecidos en el programa. Este interés radica en que aquellos que son derivados y que, luego de intervenciones en los servicios de emergencias son enviados nuevamente al domicilio, puedan reingresar al circuito de acompañamiento. Cada caso derivado desde las US es notificado a la DGMI mediante un grupo de WhatsApp donde se encuentran los principales referentes involucrados. Desde la Dirección se realiza la evaluación del destino de cada caso: internación, observación en guardia, manejo ambulatorio y el resultado es notificado a la US que realizó la derivación. Se realiza además seguimiento telefónico para evaluar la accesibilidad a futuros controles, entrega de medicación, verificación de pautas de alarma etc. Los resultados de este circuito se presentan en el apartado referencia y contrarreferencia.

Registro de consultas ambulatorias: Guardia HMLV, UPA. Este registro que corresponde a la nueva estrategia de referencia y contrarreferencia tuvo 2 momentos en el periodo analizado. Desde el 14/04 y hasta el 30/06 el registro se realizaba mediante un Google forms que se cargaba inmediatamente después de que los pacientes eran atendidos en la guardia del HMLV y de la UPA 24. El mismo, era completado por promotoras de

salud/enfermeros, en el caso del HMLV; y por personal administrativo en la UPA 24. Luego de esa primera carga de datos los pacientes eran referenciados según código de riesgo asignado por los profesionales, para continuar controles en US (amarillos y verdes) o para ser visitados por SAME (rojo). Así mismo, esa información podía ser visualizada desde cada unidad sanitaria y desde el SAME, para coordinar la atención de esos pacientes, realizar búsquedas activas y dar devolución de los pacientes contrarreferenciados.

Desde el 01/07 hasta el 31/08, se comenzó a utilizar una aplicación diseñada en un principio para la contingencia IRAB pero con el fin de darle continuidad el resto del año. La misma lleva el nombre de Sistema de Seguimiento de Patologías. Para la instalación de esta aplicación se realizaron capacitaciones durante los meses previos dirigidas a Directores de Unidades Sanitarias, Promotoras, Enfermeros, personal administrativo, etc.

CARACTERIZACION DE LA POBLACION

Para caracterizar a la población se tomaron los datos obtenidos de las bases de datos de internación de los distintos efectores y los datos obtenidos de la nueva estrategia de referencia y contrarreferencia de consultas ambulatorias. Se excluyeron las consultas notificadas por las unidades sanitarias mediante el consolidado por la deficiencia de datos de los registros.

Se registraron un total de 2563 consultas en el periodo comprendido entre el 16/04 y el 31/08 de 2023. De ese total, 1932 consultas correspondieron a consultas por IRAB y los 631 restantes fueron excluidos del análisis por presentar otros diagnósticos y/o por no pertenecer al rango etario objeto el programa IRAB. (Ver Anexo 5. Gráficos y Tablas de Análisis/Tabla de consultas totales por semanas epidemiológicas)

Se tomo el total de consultas IRAB del periodo (n=1932) y se realizó la caracterización socio demográfica. La mediana de la edad de los pacientes fue de 21 meses con un rango entre 0 y 71. El 57,76% (n=1116) de las consultas correspondieron a pacientes menores de 2 años y de estas el 14,24% (n=159) fueron de pacientes menores de 3 meses. El 56,15% de las consultas (n= 1058) fueron pacientes masculinos.

Del total de consultas recibidas (n=1932), un 99,22% (n=1917) correspondían a pacientes con domicilio en el Municipio de Moreno, mientras que hubo además porcentajes menores de otros municipios (General Rodríguez 0,31% (n=6); Merlo 0,21% (n=4); La Matanza 0,1 % (n=2); José C. Paz 0,05% (n=1); Lujan 0,05% (n=1); San Miguel 0,05% (n=1)).

Los diagnósticos que se presentaron se muestran en la siguiente tabla, siendo Bronquiolitis (BQL) con un 30,43% (n=588) el más frecuente, junto con Síndrome bronco obstructivo/obstrucción bronquial recurrente (SBO/BOR) que presento una frecuencia del 29,04% (n=561). (Ver anexo 5)

En cuanto a la caracterización de riesgo de la población, del total de consultas IRAB (n=1932), un 12,52% (n=242) presentaban su primer episodio de IRAB. Un 11,74% (n=227) habían presentado episodios previos, de los cuales el 38,76% (n=88) presentaba 1 episodio previo y el 35,22 % (n=31) de ellos había requerido internación; el 61,67% (n=140) restante había presentado más de 1 episodio previo y de estos el 62,85% (n=88) había requerido 1 o más internaciones.

El 10,14% (n=196) de las consultas que provenían del HMLV (n=7), Otros hospitales (n=50) y derivados de US (n=139) no contaban con la información en los registros para definir la existencia de episodios previos.

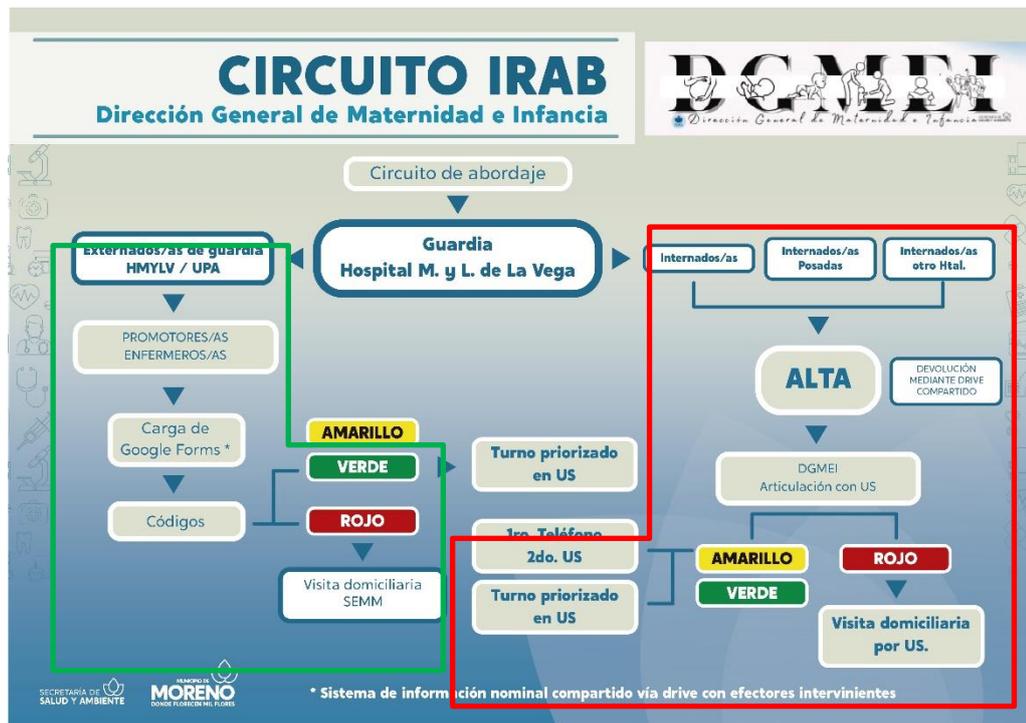
El 65,58% (n=1267) de las consultas provenían del nuevo circuito de referencia con la guardia del HMLV y la UPA 24, tampoco se contaba con información para la caracterización.

Del total de consultas que englobaban a los pacientes con primer episodio (n=242), pacientes con 1 o más episodios previos (n=227) y los pacientes del HMLV, otros hospitales y derivados (n=196); se realizó además una caracterización en cuanto a la presencia o ausencia de factores de riesgo para IRAB y para IRAB grave. Siendo la falta de lactancia materna con un 23,01% (n=153) y la desnutrición con un 24,06% (n=160) los factores de riesgo más frecuentemente encontrados. (Ver Anexo 5. Gráficos y tablas de análisis/Caracterización por factores de riesgo)

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Los circuitos involucrados en la referencia y contrarreferencia se muestran en la figura

FIGURA 2. CIRCUITO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



Las acciones en referencia y contrarreferencia constituyen hace varios años uno de los ejes de trabajos centrales de la Dirección.

En particular, dentro del programa IRAB, estas acciones se despliegan en tres circuitos:

- 1) Circuito de derivaciones desde las US hacia el segundo nivel de atención.
- 2) Contacto y acompañamiento post egreso hospitalario de población externada por causa IRAB de hospitales locales y de referencia: HMLV, Hospital Posadas, Hospital JP Garrahan y otros.
- 3) Circuito de referencia y contrarreferencia ambulatoria dentro del ámbito municipal (involucra al HMLV, servicio de emergencias municipal, UPA y Unidades Sanitarias)

- 1) Derivaciones desde la US al hospital local:

De un total de 139 derivaciones por IRAB, un total de 118 (84,89%) se realizaron mediante el SAME. De ese total un 28% (n=39) requirieron internación. El 64,03% de las derivaciones provinieron de Moreno Sur. (Ver Anexo 5. Gráficos y tablas de análisis/Derivaciones de US según forma y zona)

2) Egresos hospitalarios:

Durante todo el año la Dirección General de Maternidad e Infancia realiza acciones que involucran la referencia y contrarreferencia de pacientes externados del HMLV, del Hospital Posadas y de otros hospitales (hospital Garrahan, Sor Ludovica de la Plata, Gutiérrez). Durante el periodo de IRAB estas redes se potencian y se reorganizan para dar respuesta efectiva al mayor porcentaje de las consultas. Estas acciones implican la recepción de los pacientes, la georreferencia de los mismos, la gestión de turnos y/o vinculación con la unidad sanitaria de referencia para continuar los controles. Los pacientes son referenciados con un código de color según el riesgo y las acciones a implementar están determinadas por esa codificación. Realizando un seguimiento telefónico en el caso de los códigos amarillo y verde; y seguimiento con visita domiciliaria en el caso de los códigos rojos. (Ver figura - Recuadro rojo)

Durante el periodo 14/04 al 31/08, se registraron un total de 1001 egresos hospitalarios, de los cuales un 52,55% (n=526) correspondían a IRAB. Mediante las acciones realizadas se obtuvo un 88,4% (n=465) de contacto efectivo. Sin embargo, cabe destacar que algunos resultados analizados por efector superan el 90% de contactos efectivos. Ver Anexo. Gráficos y tablas de análisis/Acciones realizadas con egresos hospitalarios.

De total de consultas registradas como egresos (n=526) se obtuvo una mediana de 11 días (siendo el mínimo 0 días y el máximo 51 días). Se excluyeron un total de 77 egresos por no contar con datos para caracterizar.

3) Circuito de referencia y contrarreferencia ambulatorio:

Este año se puso en marcha una nueva estrategia para el seguimiento de pacientes, la misma consistía en contrarreferenciar a los pacientes que fueron atendidos en la Guardia del HMLV y en la Guardia de la UPA 24 que no requirieron internación, para que fueran evaluados según el código de riesgo en las unidades sanitarias y/o por el SAME (ahora Servicio de Emergencias Médicas de Moreno). Esta estrategia se proponía como una propuesta superadora de trabajo entre los distintos efectores e implicaba el compromiso de los distintos actores. El objetivo radicaba en poder dar respuesta a esa demanda de atención, pero basada en el riesgo del paciente y, por lo tanto, dar respuesta en el nivel de atención necesario de modo que esto permita optimizar los recursos disponibles.

Así fue como previas reuniones con los diferentes actores y/o decisores (Jefes de servicio de pediatría del HMLV, Jefes de guardia de pediatría del HMLV, Jefes de enfermería

del HMLV, Directores del HMLV, Directora de la UPA24, Directora de Maternidad e Infancia, Jefa de Salud Infantil del Municipio de Moreno, Directora de Salud Comunitaria del Municipio, Subsecretario de Salud y Secretaria de Salud del Municipio); se fueron estableciendo los nuevos procesos de trabajo. Estos incluían un nuevo sistema de registro (Google Forms/Hoja de cálculo) donde se registrarían a los pacientes atendidos en la guardia (datos filiatorios, datos de contacto, adulto responsable, diagnóstico, clasificación de riesgo por colores, US de referencia, y si se retiraba con medicación); por otro lado, contemplaba la entrega de medicación en la guardia como una forma de no dilatar el comienzo del tratamiento, y para dar respuesta a las consultas que se generaban en la guardia en horarios donde no funcionaba la farmacia del HMLV y las unidades sanitarias estuvieran cerradas.

De un total de 1414 registros (obtenidos del drive de seguimiento más el informe obtenido del nuevo sistema de seguimiento de patologías), obtuvimos que un 89,6% (n=1267) correspondían a consultas IRAB. El pico de consultas se registró en la semana epidemiológica 22 en consonancia con el pico de consultas registradas en las unidades sanitarias y el pico de egresos hospitalarios. Para observar los registros por SE se sugiere ver Anexo 5. Gráficos y tablas de análisis/Registros Guardia HMLV/UPA por SE.

Del total de consultas atendidas en la guardia del HMLV (n=1175), un 77,53% (n=911) registraban haberse retirado con medicación. Mientras que del total de consultas atendidas en la guardia de la UPA 24 (n=92), este porcentaje fue de 71,74% (n=66). Si evaluamos la totalidad de la estrategia, un 77,11% (n=977) de las consultas se retiraron con medicación.

Del total de consultas IRAB (n=1182), un 93,29% (n=1182) correspondían a códigos amarillos y verdes, representando estos las consultas cuyo seguimiento debía realizarse por las unidades sanitarias; el 6,71% (n=85) restante correspondían a códigos rojo, cuyo seguimiento se realizaría por el SAME.

En cuanto al seguimiento realizado por las unidades sanitarias se obtuvo que del total de consultas IRAB (n=1182), un 34,6% (n=409) realizaron control en las unidades sanitarias; un 17,17% (n=203) no realizó control y un 48,22% (n=570) no presentan datos de seguimiento alguno. A su vez, de ese 17,17% que no realizó control, se realizó búsqueda activa en el 82,76% (n=168) dando como resultado un contacto efectivo en el 56,55% (n=95). Por lo tanto, la estrategia tuvo un porcentaje de contacto efectivo de 42,64% (n=504).

DISCUSION

El programa IRAB se ha sostenido en el municipio desde sus comienzos hasta la actualidad y a lo largo de los años se han realizado modificaciones que incluyen la ampliación de la red y la incorporación de nuevas herramientas, incluyendo las tecnológicas, para su fortalecimiento.

La trayectoria de este programa ha favorecido su fortalecimiento, comenzando con la capacitación del equipo de salud que se transmite hacia los nuevos integrantes. Esto resulta fundamental considerando que este tipo de problemática encuentra su resolución en el primer nivel de atención siendo excepcional la necesidad de cuidados de mayor complejidad y jerarquiza el rol de enfermería como pilar de la atención en los centros de salud. Un pequeño porcentaje de pacientes requerirán, por factores de riesgo personales y/o ambientales, cuidados hospitalarios e internación. Aquí se encuentra otro aspecto relevante en cuanto a la capacitación de los equipos de atención primaria: la identificación precoz de aquellos niños en riesgo de morir por IRAB. Los resultados hallados en el análisis se encuentran en concordancia con estas afirmaciones.

El desarrollo a nivel nacional y provincial de protocolos de atención estandarizados, así como la presencia de factores de riesgo conocidos y fáciles de identificar se complementa con la importancia de utilizar los instrumentos definidos para la detección de estos pacientes tales como las planillas de consolidación. Además de constituir un registro son un insumo para poder intervenir en el seguimiento.

Con la consolidación del programa a lo largo de los años se ha consolidado la utilización de canales formales. Uno de estos canales es la realización de derivaciones dentro del municipio mediante el sistema de emergencias y la notificación a la DGMEI con los datos necesarios para el seguimiento individualizado. Esto permite mejorar la accesibilidad y evitar la concurrencia del paciente por diversos centros o evitar demoras innecesarias. En el análisis que realizamos reconocemos discrepancias en cuanto a las zonas que conforman la organización del sistema de salud, elementos que nos permitirá implementar modificaciones a futuro.

Con varios años de trabajo la red conformada por los hospitales también se encuentra fortalecida. En general se ha consolidado y la comunicación ha logrado ser bastante fluida. Aún hay efectores que no se incorporaron y donde se internan pacientes que residen en el partido de Moreno. Esto se presenta como una ventana de oportunidad

para el próximo año. Es importante resaltar que en los últimos años se visualiza la importancia de la continuidad de los cuidados post egreso hospitalario. Resuelto el problema que motivó la internación se puede ofrecer la continuidad de controles, es posible detectar otras áreas para intervenir, otros problemas de salud del paciente o grupo familiar, incluyendo necesidades de diversa índole. Esto permite desarrollar planes de trabajo intersectorial de acuerdo a las necesidades de cada caso. De esta manera los cuidados que podamos ofrecer desde el sistema de salud estarán centrados en la persona y no solamente focalizados en un problema específico que se ha resuelto.

Dentro de las últimas herramientas que han permitido la consolidación del programa cabe destacar el uso de sistemas informáticos. Progresivamente se han incorporado herramientas como las planillas de Google drive para trabajo colaborativo, formularios de Google, mapas para georreferencia, siempre dentro del ámbito institucional, con respeto por la confidencialidad de la información y datos personales de las personas. Las herramientas incorporadas han permitido, por ejemplo, contar con información en tiempo real o el acceso a información necesaria para el seguimiento como las epicrisis. La reciente incorporación de una aplicación diseñada de acuerdo a los objetivos del programa se vislumbra como promisorio, será necesario el acompañamiento de los equipos para fortalecer su utilización. En cuanto a los circuitos de información consideramos fundamental el acceso a los datos de mortalidad ya que actualmente no se cuenta con datos actualizados consolidados que incluyan a las muertes que se producen en los diversos efectores.

En relación a los resultados expuestos y su comparación con años previos el porcentaje de contacto efectivo ha ido mejorando progresivamente a la vez que se han ampliado estrategias y ejes de trabajo.

Desde el año 2022 se ha incorporado el circuito ambulatorio. Aunque aún debe mejorarse, es un nuevo sistema que brinda información y suma pacientes que antes no se incorporaban al circuito. Además, este sistema permitirá seguir trabajando la referencia y contrarreferencia con el hospital durante todo el año y para distintas patologías. Esta estrategia conjunta hospital provincial – sistema de salud municipal constituye una fortaleza de trabajo intersectorial.

Las acciones dentro del programa IRAB se complementan con otras líneas de cuidado de la DGMEI y la Secretaría de Salud a la cual pertenece tales como el programa

1000 días, acompañamiento integral de infancias, promoción de la lactancia materna, y el programa de inmunizaciones como pilares de la salud de niños y niñas.

CONCLUSION

El Programa IRAB se encuentra consolidado en el municipio y las últimas estrategias desarrolladas han contribuido con su fortalecimiento. La construcción de nuevas redes y la ampliación de las existentes son fundamentales para obtener aún mejores resultados. La evaluación periódica de las acciones permite detectar oportunidades de mejora.

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA

Departamento de estadísticas. (Febrero de 2023). *Ministerio de Salud de la Nación*. Obtenido de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/natalidad_mortalidad_infantil_2021.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. (2012). Obtenido de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/infecciones-respiratorias-bajas-modulo-de-capacitacion-para-el-personal-de-enfermeria>

OMS. (9 de Septiembre de 2020). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

Giachetto G, Martínez M, Montano A. Infecciones respiratorias agudas bajas de causa viral en niños menores de dos años. Posibles factores de riesgo de gravedad. *ArchPediatrUrug*. 2001;72(3):206-210.

Guido Girardi B., P. A. (2001). El programa IRA en Chile: hitos e historia. *Actualidades*, 292-300.

Mesa de Trabajo Intersectorial. Una herramienta para la gestión de Políticas Publicas. Ministerio de Salud de la Nación.

Las diferencias entre el trabajo Multidisciplinario, Interdisciplinario y Transdisciplinario. Universidad de Chile, Año 2020.

ANEXO 1. Formas clínicas de presentación de las IRAB

Síndromes clínicos de las IRAB en niños

Laringitis ("croup")	Tos ronca o disfónica, estridor inspiratorio, obstrucción laríngea.
Traqueobronquitis	Tos, ausencia de obstrucción laríngea y dificultad respiratoria. Estertores gruesos inspiratorios y espiratorios.
Bronquiolitis	Taquipnea Dificultad respiratoria, tiraje. Espiración prolongada Sibilancias y estertores crepitantes finos.
Neumonía	Fiebre, taquipnea Estertores crepitantes y evidencias de consolidación pulmonar en el examen físico o Rx de tórax.

Factores de Riesgo para padecer Infección Respiratoria

Del Huésped	Falta de lactancia materna Vacunación incompleta Prematurez/Bajo peso al nacer Desnutrición
Del Medio	Hacinamiento Época invernal Asistencia a guardería Madre analfabeta funcional Madre adolescente Contaminación ambiental Contaminación domiciliaria (tabaco, consumo de biomasa para calefacción o cocina)

Factores de Riesgo de Infecciones respiratorias agudas bajas graves

Edad menor a 3 meses
Inmunodeficiencias*
Cardiopatías congénitas
Enfermedades Pulmonares Crónicas
Prematurez/Bajo peso al nacer
Desnutrición
Alteraciones del neurodesarrollo (parálisis cerebral, enfermedades neuromusculares)

*En el caso de los pacientes con SIDA, se deberán considerar los gérmenes prevalentes en este grupo.

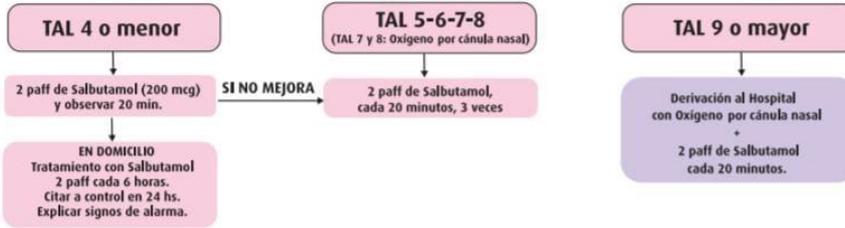
ANEXO 2. PROTOCOLOS DE ACTUACION

SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

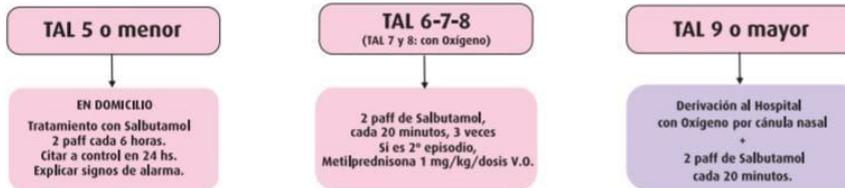
FLUJOGRAMA DE DECISIÓN TERAPÉUTICA SEGÚN PUNTAJE CLÍNICO DE TAL (CON FRECUENCIA CARDÍACA)

AL INGRESO, EVALUACIÓN INICIAL

PUNTAJE DE TAL
(Sin fiebre, sin Oxígeno, lo más tranquilo posible)



A LA HORA, SEGUNDA EVALUACIÓN



A LAS DOS HORAS, EVALUACIÓN FINAL



PUNTAJE CLÍNICO DE GRAVEDAD DE TAL

LEVE ≤ 4 • MODERADA = 5 a 8 • GRAVE = 9 a 12

Puntaje	FC	FR		Sibilancias	Uso de músculos accesorios
		< de 6 meses	> de 6 meses		
0	< de 120	< de 40	< de 30	NO	NO
1	120 - 140	40 - 55	30 - 45	Fin de espiración	Tiraje subcostal
2	140 - 160	55 - 70	45 - 60	Inspiración / Espiración	Tiraje subcostal e intercostal
3	> de 160	> de 70	> de 60	Audible sin estetoscopio	Tiraje generalizado

EL PUNTAJE MINIMO ES 0 Y EL MAXIMO 12

Por ejemplo, un niño mayor que presenta:
FC: 120-140; FR: 45-60; sibilancias al final de la espiración;
uso de músculos accesorios: NO
Tiene un puntaje clínico de 4. Se suma 1+2+1+0 respectivamente.

LAVADO DE MANOS

Antes y después de cada paciente con:
• Agua y jabón, o
• Alcohol gel

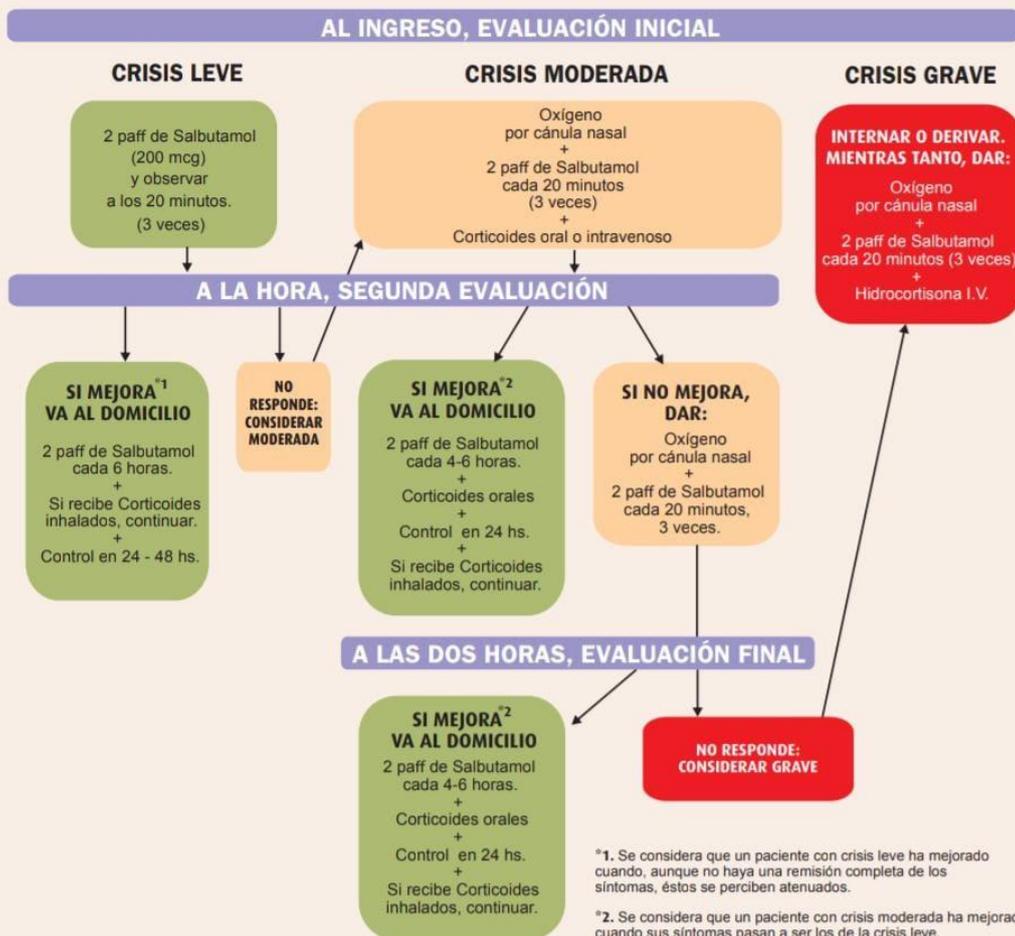
DERIVACIÓN ABSOLUTA PARA INTERNACIÓN:

- Edad menor de 1 mes.
- Enfermedad pulmonar crónica (displasia broncopulmonar, EPOC posviral, fibrosis quística).
- Enfermedad general: cardiopatía congénita, desnutrición, inmunodeficiencia, u otras.
- Apnea.

SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS

Algoritmo de tratamiento de la crisis

SIBILANCIAS RECURRENTES o BOR: Cuadro de sibilancias recurrentes y/o tos persistentes en un contexto clínico compatible con asma, habiéndose excluido otras entidades menos frecuentes.

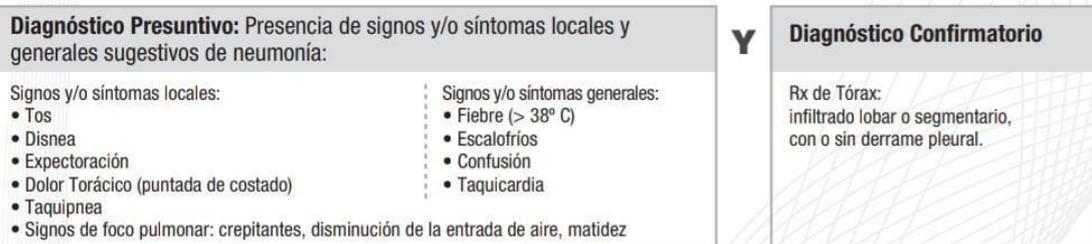


CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA CRISIS

SÍNTOMAS	CRISIS LEVE	CRISIS MODERADA	CRISIS GRAVE
DISNEA	Al caminar. Puede acostarse	Al hablar o llanto corto. Dificultad para alimentarse. Prefiere sentarse.	En reposo. Inclinado hacia adelante. No puede alimentarse
LENGUAJE	Pronuncia oraciones	Pronuncia frases cortas.	Sólo pronuncia palabras sueltas.
FRECUENCIA RESPIRATORIA	Normal	Aumentada.	Muy aumentada o disminuida.
USO DE MÚSCULOS ACCESORIOS	No.	Si.	Tiraje generalizado
SIBILANCIAS	Predominan al final de la espiración	Espiratorias / Inspiratorias.	Inspiratorias y espiratorias. "Silencio respiratorio" o ausencia en casos muy severos
PULSO (pulso/min)	< de 100 por min.	100 - 120 por min.	>120 por min.

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)

Diagnóstico y Manejo de Casos



EVALUAR SIGNOS DE GRAVEDAD

- Confusión Mental
- Frecuencia Respiratoria > 30 por minuto.
- TAs < 90 mmHg o TAd < 60 mmHg.
- Edad ≥ 65 años.
- Urea > 42 mg/dl (si está disponible).

Presenta 0-1 criterios de gravedad

Presenta 1-2 criterios de gravedad

Presenta 3 o más Variables

Manejo Ambulatorio

Evaluar necesidad de Hospitalización

Manejo Hospitalario

Si presenta 4 criterios: evaluar ingreso UCI

Manejo en Domicilio

(excepto riesgo social o condición clínica que indique internación)

- Administrar antibiótico.
- Evaluar la necesidad de una supervisión diaria del tratamiento.
- Citar a las 48-72hs para control.
- Dar información sobre la enfermedad y los signos de alarma.
- Indicar las vacunas antigripales y antineumococcica según Normas.
- Notificar el Caso.

Manejo Hospitalario

- Tomar muestras para estudios microbiológicos antes de iniciar tratamiento antibiótico.
- Diagnóstico virológico, (vigilancia centinela).
- Administrar antibiótico IV.
- Administrar Tratamiento antiviral según recomendaciones.
- Al alta, dar información sobre la enfermedad y los signos de alarma.
- Indicar las vacunas antigripal y antineumococcica según Normas.
- Notificar el Caso.

PAUTAS DE ALARMA PARA CONSULTA

- Fiebre persistente (más de 3 días).
- Dificultad respiratoria.
- Tos persistente.
- Aumento de la disnea.
- Trastornos de conciencia, letargia, somnolencia.
- Intolerancia a líquidos.
- Alteración del esputo, dolor torácico.
- Deshidratación.

INDICACIONES PARA LA REFERENCIA AL HOSPITAL

- Antibiótico IV según recomendaciones.
- Oxígeno, según saturometría.
- Antitérmicos, si el paciente está febril.
- Hidratación parenteral.

0-800-222-1002
www.msal.gov.ar



TABLA 1. Registro stocks de medicación

MEDICACION	STOCK INICIAL	STOCK BASE SEMANAL X US	STOCK SEMANAL DGMI (1)	STOCK SEMANAL SEMM (2)	STOCK SEMANAL TRANSBORDO (3)	STOCK SEMANAL OPERATIVOS (4)	STOCK SEMANAL CISI (5)
AMOXICILINA 500 SUSP	7077						
BETAMETASONA GOTAS	3408	50					
BUDESONIDE AEROSOL	5760	30	20	20	10	20	10
BUDESONIDE CON AEROCAMARA	121						
IBUPROFENO 2% SUSP	6814	50					
PARACETAMOL GOTAS	1858						
SALBUTAMOL AEROSOL	3500	20	120	25	20	20	20
SALBUTAMOL AEROSOL CON AEROCAMARA	2300	50	5		5	5	5

(1) El stock estaba destinado a cubrir la demanda de la nueva estrategia en el HMLV (se describe más adelante).

(2) El stock estaba destinado a cubrir la demanda de la nueva estrategia con el Servicio de Emergencias Médicas de Moreno (se describe más adelante).

(3) El stock estaba destinado a una posta de salud instalada en el transbordo de la estación de Moreno, pensado para cubrir la demanda del fin de semana.

(4) El stock estaba destinado a cubrir las demandas que pudieran aparecer en operativos de salud en el territorio.

(5) El stock estaba destinado a cubrir la demanda que pudiera surgir en el Centro Integral de Salud Infantil, situado a nivel central.

ANEXO 4. Calendario de Semanas Epidemiológicas

CALENDARIO EPIDEMIOLÓGICO | 2023

		SEMANA EPIDEMIOLÓGICA						
		D	L	M	M	J	V	S
ENERO	1	1	2	3	4	5	6	7
	2	8	9	10	11	12	13	14
	3	15	16	17	18	19	20	21
	4	22	23	24	25	26	27	28
	5	29	30	31	1	2	3	4
FEBRERO	6	5	6	7	8	9	10	11
	7	12	13	14	15	16	17	18
	8	19	20	21	22	23	24	25
	9	26	27	28	1	2	3	4
MARZO	10	5	6	7	8	9	10	11
	11	12	13	14	15	16	17	18
	12	19	20	21	22	23	24	25
	13	26	27	28	29	30	31	1
ABRIL	14	2	3	4	5	6	7	8
	15	9	10	11	12	13	14	15
	16	16	17	18	19	20	21	22
	17	23	24	25	26	27	28	29
	18	30	1	2	3	4	5	6
MAYO	19	7	8	9	10	11	12	13
	20	14	15	16	17	18	19	20
	21	21	22	23	24	25	26	27
	22	28	29	30	31	1	2	3
JUNIO	23	4	5	6	7	8	9	10
	24	11	12	13	14	15	16	17
	25	18	19	20	21	22	23	24
	26	25	26	27	28	29	30	1
JULIO	27	2	3	4	5	6	7	8
	28	9	10	11	12	13	14	15
	29	16	17	18	19	20	21	22
	30	23	24	25	26	27	28	29
	31	30	31	1	2	3	4	5
	AGOSTO	32	6	7	8	9	10	11
33		13	14	15	16	17	18	19
34		20	21	22	23	24	25	26
35		27	28	29	30	31	1	2
SEPTIEMBRE		36	3	4	5	6	7	8
	37	10	11	12	13	14	15	16
	38	17	18	19	20	21	22	23
	39	24	25	26	27	28	29	30
OCTUBRE	40	1	2	3	4	5	6	7
	41	8	9	10	11	12	13	14
	42	15	16	17	18	19	20	21
	43	22	23	24	25	26	27	28
	44	29	30	31	1	2	3	4
NOVIEMBRE	45	5	6	7	8	9	10	11
	46	12	13	14	15	16	17	18
	47	19	20	21	22	23	24	25
	48	26	27	28	29	30	1	2
DICIEMBRE	49	3	4	5	6	7	8	9
	50	10	11	12	13	14	15	16
	51	17	18	19	20	21	22	23
	52	24	25	26	27	28	29	30
	1	31	1	2	3	4	5	6

Dirección de Epidemiología



Ministerio de Salud Argentina

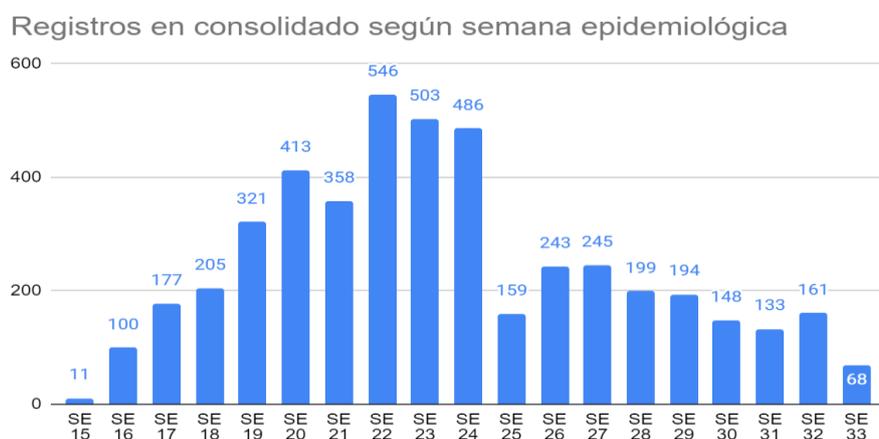
Disponible en: [Banco de Recursos de Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación | Calendario epidemiológico 2023](#)

ANEXO 5. Gráficos y Tablas de Análisis

Registro en consolidado provincial: Consultas en las 42 Unidades Sanitarias

- Fecha de la primera consulta registrada: 14-4-23 (SE 15, incompleta)
- Fecha de última consulta registrada: 16-8-23 (SE 33, incompleta)
- Número de consultas registradas: 4670

GRAFICO 1. Frecuencia de consultas por SE N=4670



Registros en Consolidado provincial por zona y por unidad sanitaria:

TABLA 2. Número de consultas por zona

Registros por zona		
Zona	Frecuencia	Porcentaje
Sur	1338	28,65
Cuartel V	1093	23,40
Trujui	948	20,30
Álvarez/ La Reja	548	11,73
Paso del Rey	471	10,09
Norte	272	5,82
Total	4670	100,00

Fuente: Consolidados entregados en la DGMI hasta el 04/09/2023

TABLA 3. Número de consultas por US

Registros por US	Frecuencia	Porcentaje
Atalaya	543	11,63
Sanguinetti	333	7,13
Molina Campos	326	6,98
Las Flores	250	5,35

6 de enero	228	4,88
El Vergel	222	4,75
Cortejarena	212	4,54
Juramento	201	4,30
Casasco	201	4,30
San Carlos	201	4,30
Altos de la Reja	184	3,94
Parque del Oeste	164	3,51
Villanueva	143	3,06
Corsi	131	2,81
La Victoria	123	2,63
25 de mayo	122	2,61
Catonas	117	2,51
San Jorge	115	2,46
Pavón	114	2,44
Anderson	105	2,25
La Reja Grande	88	1,88
Santa Brígida	59	1,26
San José	59	1,26
La Perla	57	1,22
Paso del Rey	54	1,16
Bongiovanni	44	0,94
Mariló	36	0,77
Los Paraisos	34	0,73
Los Hornos	31	0,66
Cortez	25	0,54
Reja Centro	25	0,54
Martín Fierro	24	0,51
Villa Escobar	24	0,51
San Ambrosio	20	0,43
La Esperanza	17	0,36
Francisco Álvarez	15	0,32
Pque. Paso del Rey	15	0,32
La Fortuna	8	0,17

Total	4670	100,00

GRÁFICO 2. Porcentaje de derivaciones realizadas desde las US e internación posterior

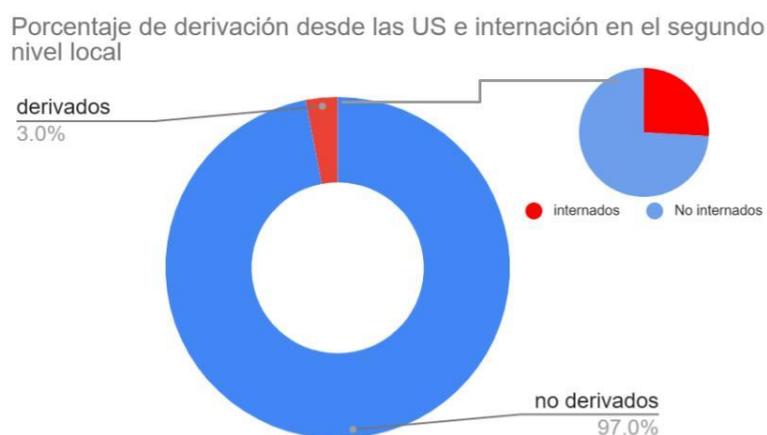


TABLA 4. Caracterización de los diagnósticos

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
BQL	588	30,43%
SBO/BOR	561	29,04%
LARINGITIS	200	10,35%
N/C	139	7,19%
SBO	116	6%
NMN	95	4,92%
IRAB N/E	80	4,14%
BQL/NMN	75	3,88%
SBO/NMN	56	2,90%
CRISIS ASMÁTICA	20	1,04%
BQL/COVID	1	0,05%
SBO/COVID	1	0,05%
TOTAL	1932	100%

TABLA 5. Referencia y contrarreferencia. Acciones de seguimiento realizada en egresos hospitalarios.

EFECTOR	FREC. DE REF.	Contacto DGMI	Contacto US	Desc. sin contacto	Desc. sin dev.	No desc.	Sin datos de seguimiento o	Internado al momento del	Otro partido	Pendiente rdo por fecha de informe
---------	---------------	---------------	-------------	--------------------	----------------	----------	----------------------------	--------------------------	--------------	------------------------------------

								contacto		
HMLV INT PEDIATRIA	Código amarillo (n=240)	186	18	4	22	8	2	0	8	0
	Código rojo (n=16)	11	1	1	2	1	0	0	1	0
	Egresos IRAB (n=65)	59		3	0	0	2	1	0	0
HMLV INT NEO	Egresos IRAB (n= 15)	13	1	0	0	1	0	0	1	0
OTROS HOSP. (GARRAHAN)	Egresos IRAB (n=50)	43	1	0	0	3	2	0	0	1
POSADAS	Código amarillo (n=4)	4	0	0	0	0	0	0	0	0
	Código rojo (n=136)	115	13	0	2	2	4	0	0	0
TOTAL	526	465		8	26	15	10	1	10	1
PORCENTAJE	100%	88,40%		1,52%	4,94%	2,85%	1,90%	0,19%	1,90%	0,19%

Referencias:

Contacto DGMEI: contactados telefónicamente desde nivel central

Contacto US: referenciados a US y contactados mediante búsqueda activa

Descentralizados sin contacto: referenciados a US, búsqueda activa realizada, pero sin contacto efectivo

Descentralizados sin devolución: referenciados a US sin resultado de las acciones realizadas para la búsqueda del paciente.

No descentralizados: no contactados desde DGMEI, datos no enviados a US

Sin datos de seguimiento: sin datos registrados en planilla del nivel central

Egresos hospitalarios HMLV, Servicio de Pediatría

Egresos hospitalarios registrados entre el 14-4 y 30-6-23 (Fuente: planilla compartida Google drive (DGMEI - HMLV))

Egresos hospitalarios registrados entre 1-7 al 31-8 (Fuente: nuevo sistema de seguimiento de patologías)

TABLA 6. Egresos HMLV por SE

SE	Frecuencia	IRAB (n)	No IRAB (n)
15 (inc)	Sin registro		
16	23	16	7
17	25	14	11
18	21	11	10
19	23	18	5
20	28	24	4
21	43	42	1
22	42	35	7
23	37	36	1
24	44	42	2
25	19	16	3
26	sin registro		
27	2	2	0
28	13	10	3
29	1	1	2
30	8	5	3
31	8	5	3
32	15	10	5
33	13	11	2
34	16	12	4
35	6	3	3
S/D	14	8	6
Total	402	321	81

Fuente: planilla compartida Google drive (DGMEI - HMLV) hasta SE 26

Sistema de seguimiento de patologías Inergram: SE 27 a 35.

Hubo un total de 14 consultas que no pudieron asignarse a semanas epidemiológicas por errores en las fechas de egreso cargadas.

GRAFICO 3. Frecuencia de egresos hospitalarios (HMLV) por SE

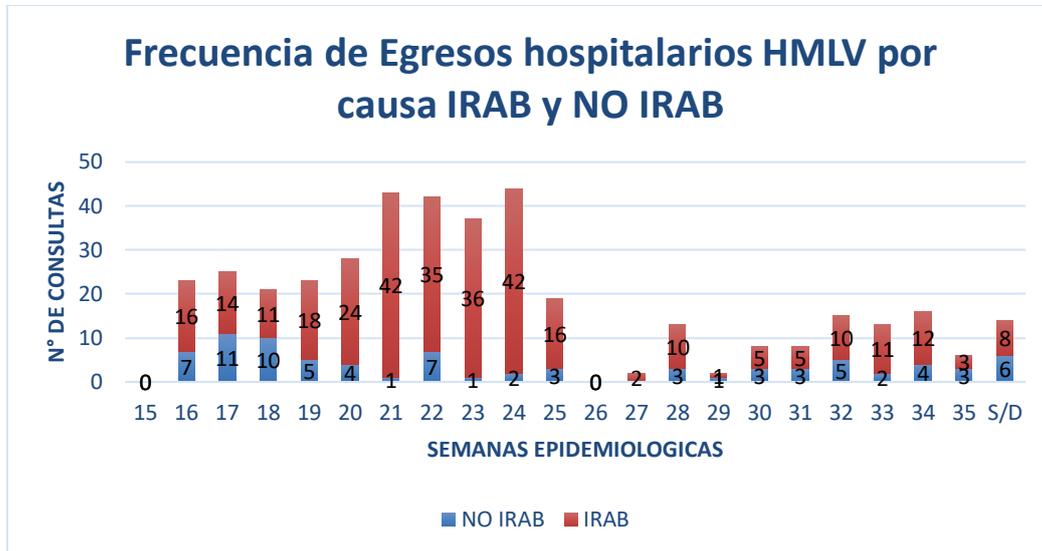
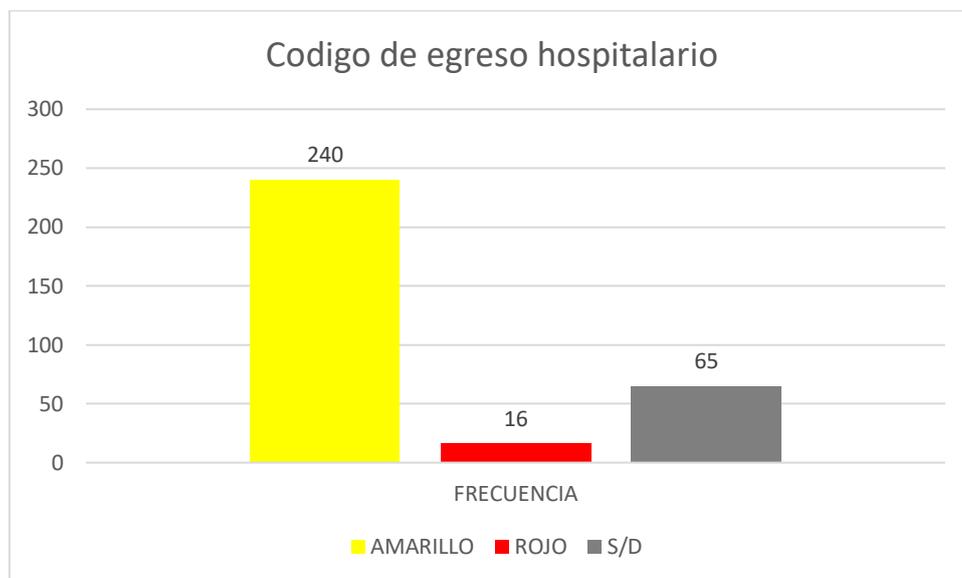


GRAFICO 4. Estratificación según riesgo de pacientes IRAB (N=321)



Egresos hospitalarios HMLV, Sector Neonatología

Egresos registrados entre el 14/07/2023 y 31/08/2023 (Fuente: planilla compartida Google drive (HMLV NEO- DGMI)).

TABLA 7- Egresos totales, por SE y tipo de diagnóstico (IRAB/ NO IRAB)

SE	FRECUENCIA	IRAB	NO IRAB
16	3		3
17	1		1

18	5	1	4
19	3	1	2
20	3		3
21	6		6
22	1	1	
23	9	6	3
24	6	3	3
25	1		1
26	3	1	2
27	5	1	4
28	1		1
29	4		4
30	6		6
31	8	1	7
32	1		1
33	4		4
34	7		7
35	2		2
TOTAL	79	15	64

GRÁFICO 5. Frecuencia de egresos HMLV NEO por SE

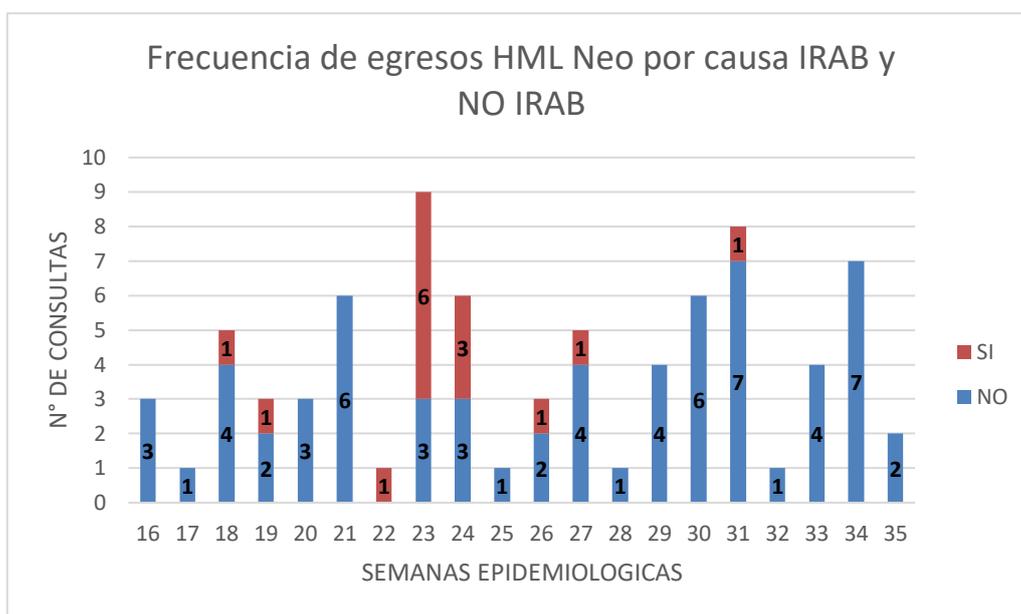


TABLA 8. Egresos hospital Posadas y Otros hospitales (Garrahan)

SE	FRECUENCIA	IRAB	NO IRAB
15	0	0	0
16	20	1	19
17	18	3	15
18	18	9	9

19	26	9	17
20	19	6	13
21	30	15	15
22	33	20	13
23	29	11	18
24	32	17	15
25	28	9	19
26	26	14	12
27	23	11	12
28	20	5	15
29	26	7	19
30	18	7	11
31	15	6	9
32	16	7	9
33	17	5	12
34	16	7	9
35	12	4	8
S/D	78	17	61
Total	520	190	330

GRÁFICO 6. Egresos hospitalarios según SE (Hospital Posadas y Garrahan)

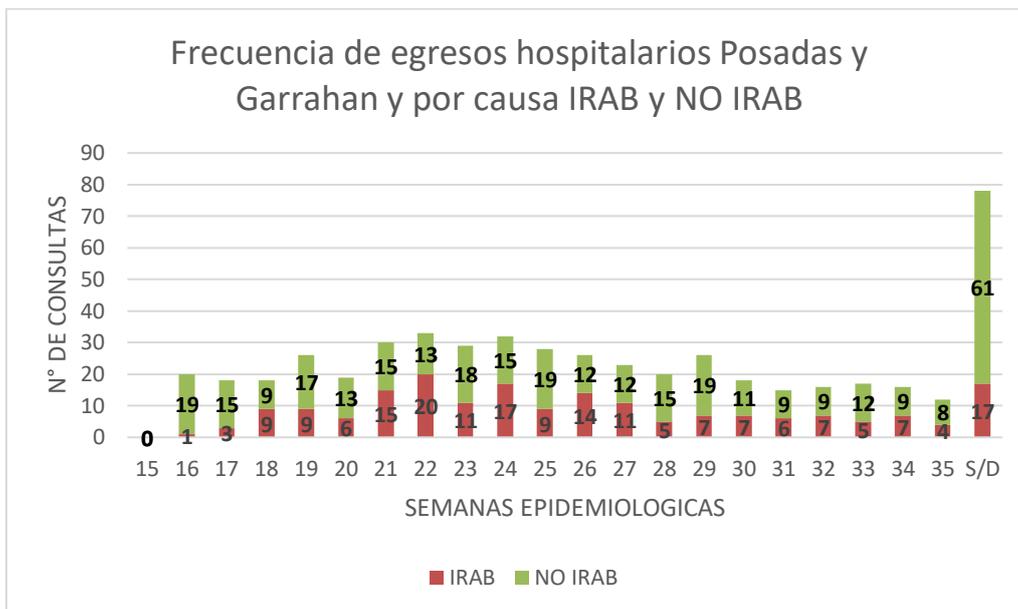


GRÁFICO 7. Código de estratificación de riesgo

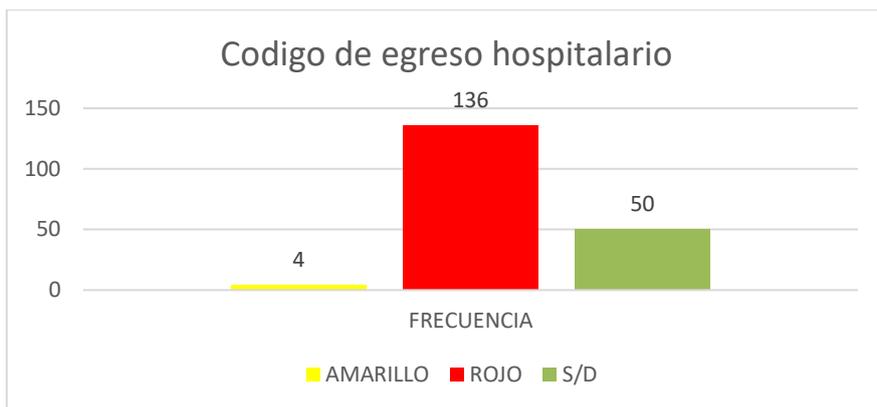


TABLA 9. Derivaciones realizadas desde las unidades sanitarias notificadas a la DGMI por SE.

SE	FRECUENCIA	IRAB	NO IRAB
15	0	0	0
16	0	0	0
17	2	1	1
18	2	2	
19	6	6	
20	26	26	
21	17	16	1
22	20	19	1
23	20	18	2
24	15	14	1
25	5	4	1
26	3	3	
27	9	8	1
28	1	1	
29	4	4	
30	2	2	
32	3	3	
33	4	4	
34	4	4	
35	4	3	1
S/D	1	1	
TOTAL	148	139	9

GRÁFICO 8. Registro de consultas ambulatorias HMLV / UPA por SE

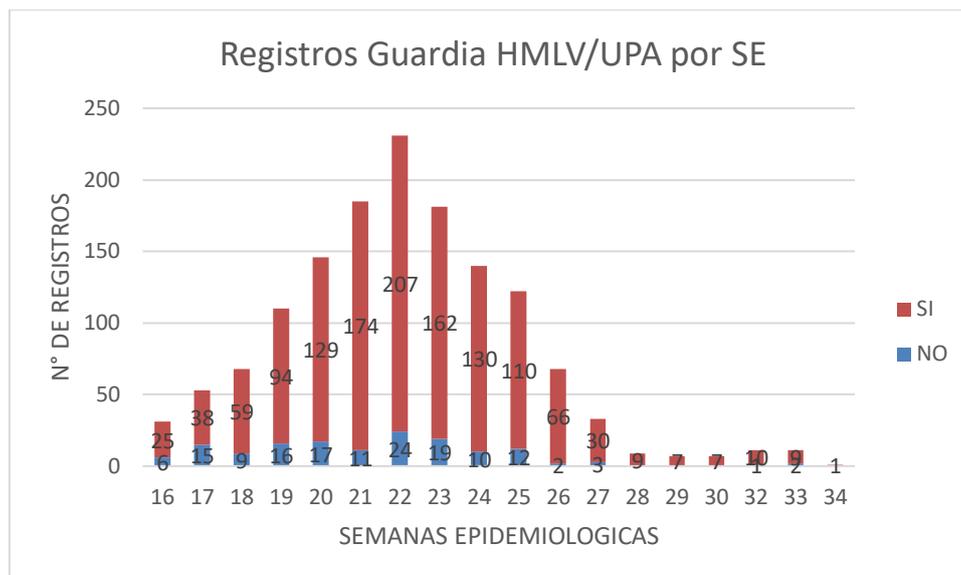


TABLA 10. Caracterización de la población: factores de riesgo

FACTORES DE RIESGO		SI	(%)	NO	(%)	SD	(%)
FACTORES DE RIESGO PARA IRAB (n=665)	FALTA DE LACTANCIA MATERNA	27	4,06%	41	6,17%	597	89,77%
	VACUNACION INCOMPLETA	153	23,01%	293	44,06%	219	32,93%
	PREMATUREZ	64	9,62%	319	47,97%	282	42,41%
	BAJO PESO AL NACER	14	2,11%	368	55,34%	283	42,56%
	DESNUTRICION	160	24,06%	149	22,41%	356	53,53%
	ASISTENCIA A GUARDERIA Y/O HERMANOS ESCOLARIZADOS	69	10,38%	12	1,80%	584	87,72%
	MADRE ADOLESCENTE	27	4,06%	464	69,77%	174	26,17%
FACTORES DE RIESGO GRAVE PARA IRAB (n=665)	MENOR DE 3 MESES	81	12,18%	436	65,56%	148	22,26%
	INMUNODEFICIENCIAS	2	0,30%	515	77,44%	148	22,26%
	CARDIOPATIAS CONGENITAS	8	1,20%	509	76,54%	148	22,26%
	ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA	0	0%	467	70,23%	148	22,26%
	PREMATUREZ	64	9,62%	319	47,97%	282	42,42%
	BAJO PESO AL NACER	14	2,11%	368	55,34%	283	42,56%
	DESNUTRICION	160	24,06%	149	22,41%	356	53,53%
ALTERACIONES DEL NEURODESARROLLO	1	0,15%	516	77,59%	148	22,26%	

TABLA 11. Derivaciones desde las US al hospital local.

TOTAL	FORMA DE DERIVACION	ORIGEN DERIVACION	
-------	---------------------	-------------------	--

DERIVADOS	SAME			POR SUS MEDIOS			SD		ZONA	FRECUENCIA	%
IRAB	118			19			3		ALVAREZ/LA REJA	6	4,32
	INT	AMB	SD	INT	AMB	SD	INT	AMB	CUARTEL V	9	6,47
	36	74	8	2	15	2	1	2	MORENO NORTE	5	3,6
									MORENO SUR	89	64,03
									PASO DEL REY	11	7,91
									TRUJUI	16	11,51
									SAME	3	2,16

EFECTOR	CODIGO			TOTAL
	ROJO	AMARILLO	VERDE	
HMLV GUARDIA	83	851	241	1175
UPA 24	2	55	35	92
				1267