

PLAN DE ACCION 2011 CENTRO DE SALUD DR. MIGUEL CONCHA

PROGRAMACIÓN SALUD INFANTIL

| Objetivo Estratégico | Actividad | Meta | Indicadores | Fuente |
|--|--|---|---|----------------|
| <p>Promoción</p> <p>Contribuir a la promoción de hogares libres de contaminación ambiental, y humo de tabaco.</p> | <p>Derivación de madres y/o cuidadoras de niños con enfermedad respiratoria crónica que son fumadores a consejería antitabaco.</p> <p>Derivación del 100 % de madres fumadoras de niños < 1 año a consejería antitabaco.</p> <p>Actividades educativas en salas de espera</p> | <p>Acceder al 30 % de la población con riesgo de IRA en consejería antitabaco.</p> <p>Acceder al 100 % de las madres fumadoras de niños < 1 año a consejería antitabaco.</p> <p>Lograr impacto en un 30% de la población, de salas de espera</p> | <p>Nº de actividades de Promoción en consejería antitabaco/ Nº total de población infantil x 100</p> <p>Encuesta de monitoreo</p> | Datos propios. |
| <p>Prevención</p> <p>Contribuir a la prevención de IRA ayuda desde el periodo de gestación hasta los 3 meses de edad.</p> | <p>Taller a madres desde periodo de gestación hasta los 3 meses de edad del niño (a).</p> <p>Educación en salas de puerperio maternidad Hospital San Martín Qta en periodo estival en IRA y factores de riesgo.</p> | <p>Aumentar la cobertura de talleres en 30 % a madres en gestación hasta los 3 meses de edad del niño (a).</p> | <p>Nº de madres que asistan a talleres/ Nº total de niños < 3 meses bajo control x 100.</p> | REM |

| | | | | |
|---|---|---|--|----------------|
| Tratamiento | | | | |
| Contribuir a la disminución de morbilidad en menores de 7 meses con riesgo moderado – grave al morir por NM | Consulta precoz de niños menores de 7 meses con síntomas de IRA y score de riesgo moderado-grave. | Controlar al 100 % de los niños < 7 meses con diagnóstico de IRA baja. | Nº de atenciones de niños menores de 7 meses con diagnóstico IRA baja/ Nº total de consultas x IRA en pediatría a menores de 7 meses x 100 | REM 23 |
| Educar madres de factores portadoras de SBOR en control. | Educación individual, grupal. Educación jardines infantiles, JUNJI, Integra y particulares | 100 % madres educadas % jardines educados | | Datos propios |
| Mejorar calidad de vida de factor portadores SBOR en control. | Atención Médica Atención Kinésica Visita domiciliaria Conserjerías. | Disminución exacerbaciones Disminución hospitalizaciones x exacerbaciones. | Tasa hospitalizaciones Tasa consultas urgencias Tasa exacerbaciones. | |
| Mejorar pesquisa y derivación en sospecha de SBOR a Sala IRA. | Coordinación con nivel secundario Rescate inasistentes. | Aumentar adhesividad al Programa crónicos. | % Inasistentes % Pasivos | Registro local |
| Derivación oportuna de niños con sospecha de enfermedades pulmonares poco frecuentes. | | Elaborar flujograma de derivación a médico Broncopulmonar nivel secundario. | | |
| Coordinación nivel secundario Hospital San Martín Quillota | Reuniones de coordinación comisión IRA, Salas IRA con Broncopulmonar Infantil Hospital San Martín Quillota. | Mantener coordinación con nivel secundario. | | |

| | | | | |
|--|--|------|--|--|
| Morbilidad y Urgencia | | | | |
| Acceso a la atención médica morbilidad grupos priorizados. | Atención médica morbilidad. | 100% | Nº paciente atendidos Nº pacientes que solicita hora X100 | Monitoreo de 48 Horas. |
| Pacientes menores de 5 años. | Atención extensión y días Sábados. Atención en programas de invierno (Domingo). | | | Estadística-centinela Monitoreo Meduc |
| Acceso a la atención médica, menores de 5 años | Atención urgencia, en servicio SAPU | 100% | Nº paciente atendidos ----- Nº pacientes que solicita hora X100 | Estadística SAPU |
| Neurología Infantil | | | | |
| Tratamiento EPILEPSIA | Atención y manejo adecuado, del 100% de los paciente con epilepsia . Derivación oportuna al 100% de los paciente, que lo requieran | 100% | Nº paciente atendidos Total Pob. Bajo control | REM Reportes MEDUC |
| Síndrome de Déficit Atencional | Atención y manejo adecuado, del 80% de los paciente con SDA Derivación oportuna al 100% de los paciente, que lo requieran | 80% | Nº paciente atendidos ----- Total Pob. Bajo control | ➤ REM |

PROGRAMACIÓN SALUD DEL ADOLESCENTE

| Objetivo Estratégico | Actividad | Meta | Indicadores | Fuente |
|---|--|--|--|-------------------------------|
| Promoción Disminuir el nº de adolescentes consumidores de tabaco. | Contribuir con actividades educativas de tabaquismo en escuelas. Conserjería a adolescentes consumidores de tabaco detectados en colegios y derivación de Sala IRA. | 100 % de las actividades planificadas realizadas. | Nº de actividades realizadas /Nº total actividades planificadas x 100. | Registro local datos propios. |
| Prevención Disminución del consumo de tabaco en adolescentes gestantes. | Conserjería antitabaco de embarazo adolescente. | 100 % embarazadas adolescentes. | Nº de actividades realizadas /Nº total actividades planificadas x 100. | Registro local datos propios. |
| Educación de madres de factores de Asma Bronquial. | | .- 100 % pacientes y madres Educadas. 100 % Establecimientos educacionales educados | Nº de actividades realizadas /Nº total actividades planificadas x 100. | Registro local datos propios. |
| Educación de adolescentes en Factores de Riesgo Cardiovascular | Consejería a hijos, de pacientes del programa cardiovascular | Lograr consejería al 30% de los familiares, de paciente de CV. | Nº consejerías realizadas ----- Nº pacientes CV atendidos | Registro local datos propios. |
| Tratamiento Mejorar calidad de vida | Asegurar atención | 1.- Disminución | Tasa hospitalizaciones | REM |

| | | | | |
|---|--|---|---|--------------------------------------|
| a factores portadoras de Asma Bronquial en control. Cumplir adecuadamente derivación a Sala ERA. | médica y/o kinésica. Visita domiciliaria Consejería Coordinación con nivel 2º. .Derivación a Sala ERA. | exacerbaciones. Disminución hospitalizaciones por exacerbación. Aumentar adhesividad a Programa crónicos en adolescentes. 2.- 100 % Adolescentes de 15 años derivados a Sala ERA con espirometría. | Tasa consultas en urgencias Tasa exacerbaciones % Inasistentes % Pasivos | Registro local Datos propios. |
| Morbilidad y Urgencia | | | | |
| Acceso a la atención Pob. adolescente | Asegurar atención médica de morbilidad y de urgencia. | Lograr que un 50% de .los adolescentes, tenga acceso | Nº pacientes atendidos. ----- Nº Pacientes solicita hora | REM |
| Acceso a la atención Pob. adolescente | Asegurar atención odontológica de urgencia y recuperativa | Lograr que un 85% de .los adolescentes, tenga acceso atención odontológica | Nº pacientes atendidos. ----- Nº Pacientes solicita hora | REM |

PROGRAMACIÓN SALUD ODONTOLOGICO

| Objetivo Estratégico | Actividad | Meta | Indicadores | Fuente |
|--|--|--|---|--|
| ➤ Mantener y mejorar estado oral grupo 15-19 años. | ➤ Consulta odontológica integral. ➤ Seleccionar | ➤ Atenderá al 5 % de la población asignada. ➤ Tener población cautiva ubicable para | Población inscrita ----- Población atendida x 100 | ➤ REM A9 ➤ Registro local ➤ Registro |

| | | | | |
|---|--|---|--|--------------|
| <p>➤ Mejorar estado periodontal a pacientes crónicos de este grupo etáreo</p> | <p>establecimiento educacional de alto riesgo.</p> <p>➤ Atención urgencia GES</p> <p>➤ Dar horas de diferidas y prioritarias.</p> <p>➤ Atención preferencial a pacientes que necesitan IQ</p> <p>➤ Reuniones c/3 meses de coordinación con equipo profesional de atención de pacientes con enfermedades crónica de este grupo etáreo</p> | <p>atención dental</p> <p>➤ Garantizar atención 100 % de urgencias Ges.</p> <p>➤ Tener población cautiva ubicable para atención dental</p> <p>➤ Atención 100 % de pacientes que necesitan defocacion para intervención quirúrgica</p> <p>➤ 100 % de la atención de urgencias Ges a pacientes crónicos grupo 15-19 años.</p> <p>➤ Mejorar estado oral de pacientes crónicos juvenil</p> <p>➤ Dar alta integral al 80 % a pacientes ingresado a tratamiento</p> | <p>Nº de atención de urgencias atendidas $\frac{\text{Nº de atención de urgencias atendidas}}{\text{Nº de atenciones de urgencia solicitadas}} \times 100$</p> <p>Nº de atenciones atendidas $\frac{\text{Nº de atenciones atendidas}}{\text{Nº de atenciones solicitadas}} \times 100$</p> <p>Nº de atención de urgencias realizadas $\frac{\text{Nº de atención de urgencias realizadas}}{\text{Nº de atención de urgencia solicitadas}} \times 100$</p> <p>Nºde reuniones realizadas $\frac{\text{Nºde reuniones realizadas}}{\text{Nº de reuniones programadas}} \times 100$</p> | <p>local</p> |
|---|--|---|--|--------------|

| PERIODONCIA | | | | |
|---|--|---|---|--------|
| Mejorar la salud periodontal de la población de 15-19 años. | Lista de espera a tratamiento periodontal. Tratamiento periodontal de pacientes de 15-19 años enviados a periodoncia. | Ingreso a tratamiento periodontal al 100% de pacientes derivados a periodoncia de la Comuna de Quillota | Nº de pacientes ingresados a <u>tratamiento periodontal</u> <u>X100</u> Nº de pacientes en lista de espera para tratamiento periodontal | REM 09 |

PROGRAMACIÓN SALUD ODONTOLOGICO

| Objetivo Estratégico | Actividad | Meta | Indicadores | Fuente |
|---|--|---|---|---|
| PROMOCION | | | | |
| Aumentar el número de personas obesas bajo control en el PSCV que realiza actividad física de moderada intensidad al menos 30 minutos diarios de los días de la semana. | Lograr que al menos el 25 % de las personas obesas en control en el PSCV realice actividad física moderada durante 30 minutos al día, la mayoría de los días de la semana. | Nº de persona obesas en el PSCV que realiza actividad física moderada durante 30 minutos al día la mayoría de los días de la semana. <hr/> Nº total de personas obesas en control PSCVx100 | Diagnóstico de estado nutricional de los pacientes bajo control en PSCV. Registro de diagnóstico. Coordinación con CS C.R.S.H. (módulo de obesidad y otros programas de actividad física. | Controles por profesionales del PSCV. Registros. Evaluación |
| Aumentar el número de personas obesas bajo control en el PSCV que | Lograr que el 20% de pacientes obesos en | Nº de personas obesidad bajo control en el PSCV que bajan al menos 5% de su peso al ingreso | Disponer de horas profesionales suficientes, según necesidad de ingresos y controles, actividades de grupo, coordinación con programa de actividad física | Coordinación con centros de prevención, promoción y ejecutores de actividad física. Clasificación de la actividad en |

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| logra bajar de peso. | control en el PSCV reduzcan al menos un 5% de su peso de ingreso. | Nº total de personas obesas bajo control en PSCVx100 | cardiovascular. Programa de actividad física cardiovascular a la comunidad por profesores de Educación física. Reconocimiento social a pacientes que logren meta requerida. Sistema de registros | tarjeta de prestación según código establecido. Derivación a actividad física. Optimizar canales de comunicación con prestadores de grupos de actividad física a nivel social. |
| Aumentar el número de actividades educativas, con la comunidad | Lograr cumplir un 50 % de las actividades programada | Nº Actividades educativas <hr/> Nº Actividades programadas | | Actividades en terreno. Por equipo de Salud |
| Prevención Disminuir la prevalencia de tabaquismo. En funcionarios En población general. En población bajo control de cardiovascular y sala ERA | 10% a disminuir prevalencia tabaquismo | Pesquisa a fumadores y grado de dependencia -Terapia grupal y farmacológica a funcionarios fumadores. - Consejería breve a fumadores. -Terapia grupal antitabaco -Educación establecimientos educacionales, junta de vecinos. - Consejería familiar. | - Nº de Actividades realizadas | Prevalencia fumadores. Datos locales |

| | | | | |
|--|--|--|---|---------------|
| | | - Campaña comunal. | | |
| Inmunizaciones en pacientes crónicos respiratorios | El 90% de los pacientes crónicos respiratorios serán vacunados contra influenza y neumococo. | El 90% de los pacientes crónicos respiratorios | $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes vacunados}}{\text{N}^\circ \text{ PBC ERA}}$ | Datos locales |

TRATAMIENTO ERA 2011

| Objetivo Estratégico | Actividad | Meta | Indicadores | Fuente |
|--|---|--|---|--|
| Mejorar calidad de vida pacientes EPOC | -Disminuir exacerbaciones 70% -Disminuir hospitalizaciones por exacerbación 30% -Cumplir 100% garantías ges | -Atención medica -Atención kinésica oportuna a pacientes en crisis obstructivas. -Visitas domiciliarias a pacientes oxígeno dependientes. -Consejerías tabaco -Espirometría de diagnóstico y seguimiento. -Entregar inhaladores según indicación medica -Coordinación con el nivel secundario -Dar OCD y seguimiento kinésico. - Clasificar e identificar a los pacientes de alto riesgo | Nº Atenciones Médico Nº Atenciones Kinesiólogo Hoja Contrarreferencia | -Tasa hospitalizaciones -Tasa consultas urgencia -Tasa exacerbaciones -Registro estadístico. 100% cumplimiento GES |
| Disminuir Mortalidad por EPOC en | 10% a disminuir Aumentar cobertura | -Rescate inasistentes -Monitoreo uso fármacos | Nº Atenciones Médico Nº Atenciones Kinesiólogo | -Letalidad local por EPOC |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| pacientes hospitalizados por exacerbación | 50% | <ul style="list-style-type: none"> -Visita domiciliaria integral -atención oportuna -clasificación e identificación pacientes alto riesgo -Coordinación con el nivel secundario | <p>Hoja Contrarreferencia Equipo ERA Equipo salud local Hoja Contrarreferencia</p> <p>Referente nivel secundario</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Porcentaje cobertura -Letalidad hospitalaria por exacerbación |
| Disminuir morbi-mortalidad NAC | 20% Hospitalizaciones a disminuir 5% Mortalidad a disminuir | <ul style="list-style-type: none"> - Identificación grupo alto riesgo fallecer por NAC - Atención médica oportuna -Atención kinésica oportuna. - -Disponibilidad de fármacos -Difusión de protocolos tto NAC en establecimientos -Auditoria fichas clínicas. - Atención y seguimiento domiciliario. - educacion com respecto a La patologia a pacientes y familia. | <p>N° Atenciones Médico N° AtencionesKinesiólogo</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Tasa NAC local -Tasa letalidad hospitalizados por NAC |
| -Mejorar calidad de vida de los pacientes Asma | <ul style="list-style-type: none"> - Disminuir en un 70% las exacerbaciones. - Disminuir en un 70% las hospitalizaciones por exacerbación. | <ul style="list-style-type: none"> - Atención médica oportuna - Atención kinésica oportuna. - Atención kinésica a todos los pacientes que presenten crisis y soliciten ésta. - Rescate inasistentes. - Visita domiciliarias a los adultos mayores que no | <p>N° Atenciones Medico N° Atenciones Kinesiólogo</p> <p>Medico Kinesiólogo Hoja Contrarreferencia Tarjetero actualizado</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Tasa hospitalizaciones -Tasa consultas urgencia -Tasa exacerbaciones |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| | | <p>puedan asistir a sus controles crónicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Coordinación con el nivel secundario. -Espirometría de seguimiento. - Educación de factores de riesgo - Asegurar fármacos a todos los pacientes. -clasificar e identificar a los pacientes en riesgo. | | |
| Clasificar e Identificar patología crónica | Realizar diagnostico diferencial en el 100% de los casos | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar espirometrías de diagnostico. -Derivar a especialidades para estudios complementarios. -Dar atención médica y kinésica en caso necesario. -Realizar seguimiento kinesico ambulatorio y domiciliario en caso necesario. -Educación. -Coordinación con nivel secundario | <p>Nº Atenciones Medico Nº Atenciones Kinesiólogo</p> <p>Equipo ERA.</p> | Registro estadístico |
| Mejorar calidad de vida de los pacientes Sala ERA | 30% a Pesquisar posibles pacientes portadores de enfermedad crónica respiratoria | <ul style="list-style-type: none"> -Dar atención kinésica a la patología aguda. -Realizar espirometría ante sospecha de enfermedad respiratoria | <p>Nº Atenciones Medico Nº Atenciones Kinesiólogo</p> | -Tasas de morbilidad respiratoria de APS. |

| | | | | |
|--|--|--|------------|------------------------------|
| | | <p>crónica. -Derivar a especialista en caso necesario. -Educación respiratoria Atención medica -Atención kinésica oportuna a pacientes en crisis obstructivas. -Visitas domiciliarias a pacientes oxígeno dependientes.</p> | Equipo ERA | -Tasa de morbilidad de SAPU. |
|--|--|--|------------|------------------------------|

TRATAMIENTO P. TUBERCULOSIS ERA 2011

| Objetivo Estratégico | Actividad | Meta | Indicadores | Fuente | Fuente |
|----------------------|--|--|--|---|--|
| | Aumentar el número de personas mayores de 15 años con bacilos copias, si son sintomáticos respiratorios al 30/%o | <p>Solicitar BK a las personas inmigrantes mayores de 15 años, SR identificados en el establecimiento.</p> <p>Solicitar baciloscopias a los SR identificados en las consultas de morbilidad, consultas crónicas y módulos de atención del Centro de Salud</p> <p>Efectuar visitas a hogares de adultos mayores y</p> | <p>100% de las personas inmigrantes SR identificados.</p> <p>100% de los SR identificados.</p> | <p>Nº de baciloscopias solicitadas y realizadas.</p> <p>Nº de baciloscopias solicitadas y realizadas.</p> <p>Nº de hogares y Penitenciarias</p> | <p>Libro de registro de Sintomáticos respiratorios</p> <p>Libro de registro de Sintomáticos respiratorios.</p> |

| | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|
| | <p>Aumentar el N° de altas inactivas en los cohortes de tratamiento (85%)</p> | <p>recinto penitenciario, para realizar baciloscopias a todos los SR de más de 15 días identificados.</p> <p>Solicitar BK a los sintomáticos respiratorios que consultan en sala ERA.</p> <p>Estudio de contacto de casos índice con bacteriología positiva (baciloscopia copia o cultivo).</p> <p>Aplicar Score de riesgo y medidas para prevenir el abandono.</p> <p>Control mensual por medico de los casos en tratamiento según norma técnica.</p> | <p>Visitas al 100% de los hogares de AM y penitenciaria.</p> <p>Baciloscopias al 100% de los SR de más de 15 días identificados en la visita.</p> <p>100% de los SR identificados.</p> <p>100% de los contactos estudiados censados</p> <p>100% de los pacientes con Score de riesgo.</p> <p>Control mensual por medico al 100% de los pacientes.</p> | <p>identificados en el área del consultorio visitados/N° de hogares y Penitenciaria identificados en le área del consultorio x100.</p> <p>N° de baciloscopias solicitadas en sala ERA.</p> <p>N° de contactos estudiados/ N° de contactos censados.</p> <p>N° de pacientes con Score de riesgo identificados/ N° de pacientes</p> | <p>Libro de seguimiento de sintomáticos respiratorios.</p> <p>Libro de seguimiento de Sintomáticos Respiratorios.</p> <p>Registro de la sala ERA.</p> <p>Evaluación</p> |
|--|---|--|---|---|---|

| | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|
| | <p>Lograr mantener tasa de abandono en 0%</p> | <p>3 consultas por Enfermera: ingreso, cambio de fase de tratamiento y alta.</p> <p>Realizar visita domiciliaria a paciente inasistente.</p> <p>Visita domiciliaria de rescate por Enfermera del paciente que abandona tratamiento.</p> <p>Realizar Auditoria de abandono a todos los casos que abandonan tratamiento.</p> <p>Realizar auditoria de mortalidad a todos los casos que fallecen durante el tratamiento de TBC.</p> | <p>3 consultas por Enfermera al 100% de los pacientes.</p> <p>El 100% de los inasistentes tendrá una visita domiciliaria.</p> <p>100% de los pacientes que abandonan tratamiento con visita domiciliaria.</p> <p>100% de los abandonos con auditoria realizada.</p> | <p>ingresados a tratamiento.</p> <p>Nº de controles médicos registrado en tarjeta de tratamiento y ficha clínica / Nº de pacientes ingresados a tratamiento.</p> <p>Nº de consulta de Enfermera registrada en tarjeta de tratamiento y ficha clínica/ pacientes en tratamiento.</p> <p>Nº de consultas de Enfermera registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica. /pacientes en tratamiento.</p> <p>Nº de visitas de recate/ Nº de abandonos.</p> | <p>del programa.</p> <p>Censo mensual.</p> <p>Tarjeta de tratamiento.</p> <p>Ficha clínica. Tarjeta de tratamiento.</p> <p>Ficha clínica. Tarjeta de tratamiento.</p> |
|--|---|--|---|--|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | Lograr una tasa de mortalidad menor de 3% en la cohortes | | Auditoria al 100% de los casos fallecidos. | Nº de auditorias realizadas / Nº de abandonos. Nº de auditorias de muertes realizadas/ Nº de casos fallecidos durante El tratamiento. | Ficha clínica. Tarjeta de tratamiento. Tarjeta de tratamiento. Ficha clínica. Auditoria de abandono enviadas al Programa de TBC del MINSAL. Auditorias de muertes enviadas al programa de TBC del MINSAL. |
|--|--|--|--|--|--|

TRATAMIENTO ERA 2011

| Objetivo Estratégico | Actividad | Meta | Indicadores | Fuente |
|--|------------------------------|--|--|-------------------------------|
| ➤ Mantener salud oral pacientes grupos 20- | ➤ Atención de urgencias ges. | ➤ Garantizar 100% atención de urgencias Ges. | Atención de urgencia otorgada _____ x | ➤ REM A9 ➤ Registro local. |

| | | | | |
|------------|---|---|--|---|
| <p>64.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dar horas diferidas. ➤ Atención preferencial para cuidadores (as) de pacientes postrados(as). ➤ Mejorar estado perio-dental de pacientes 20-64 con enfermedades crónicas. ➤ Atención preferencial para pacientes que serán sometidos a intervención quirúrgica. ➤ Atención de pacientes joven que se dialice. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Atención 50 % de cuidadoras (as) inscritos (as). ➤ Atención de pacientes crónicos joven que lo solicite. ➤ Atenderá 100% de pacientes que será sometida a intervención quirúrgica. ➤ Atención 100 % de pacientes que lo soliciten. | <p>100 Atención de urgencia solicitada</p> <p>Atención otorgadas _____ x</p> <p>100 Atención solicitadas</p> <p>Nº de atenciones otorgadas _____ x</p> <p>100 Nº de atenciones solicitadas.</p> <p>Atenciones otorgadas _____ x</p> <p>100 Atención solicitadas</p> <p>Nº de pacientes atendido en consulta dental _____</p> <p>x100 Nº de pacientes que se dializan que soliciten hora dental</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Registro local. |
|------------|---|---|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejorar salud oral pacientes 60 años | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ingresar al 50% de los pacientes inscritos de 60 años en el periodo 2011 ➤ Reuniones cada 3 meses de coordinación con encargado de SOME para derivación de pacientes 60 años que acudan a solicitar hora no dental ➤ Atención preferencial de pacientes de 60 años que serán sometidos a intervención quirúrgica ➤ Reuniones con profesionales de otras áreas cada 3 meses para derivación de pacientes 60 años | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dar atención integral al 85 % de los ingresados ➤ Mejorar la derivación de pacientes de 60 años ➤ Atención 100% de pacientes de 60 años que necesiten defocacion para intervención quirúrgica ➤ Rescate de pacientes de 60 años | <p>Nº de pacientes ingresados ----- x100 Nº de pacientes inscritos</p> <p>Nº de reuniones realizadas ----- x100 Nº de reuniones programadas</p> <p>Nº de atenciones realizadas ----- x100 Nºde atenciones solicitadas</p> <p>Nº de reuniones realizadas ----- x100 Nº de reuniones programadas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ REM A9 ➤ Registro local ➤ Registro local |
|--|--|--|---|--|

PERIODONCIA

| Objetivo Estratégico | Actividad | Meta | Indicadores | Fuente |
|---|---|--|--|---------------|
| Mejorar la salud periodontal de la población de 20-64 años. | <p>Coordinación con Jefes de Salud Oral de Establecimientos de la Comuna de Quillota para el envío de interconsultas a Periodoncia</p> <p>Resolver las urgencias Periodontales.</p> <p>2 Sesiones educativas grupales</p> | <p>Mantener el número de ingreso a tratamiento periodontal a pacientes derivados de Comunas de la Provincia de Quillota</p> <p>Resolver el 100% de las urgencias Periodontales</p> | <p>Nº de reuniones <u>realizadas x 100</u> Nº de reuniones programadas.</p> <p><u>Urgencias resueltas x 100/</u> Consultas urgencia</p> <p><u>Nº de pacientes ingresados tratamiento periodontal X100/</u> Nº de pacientes programados para ingreso a tratamiento periodontal .</p> <p>Nº de sesiones educativas <u>realizadas X100/</u> Nº de sesiones educativas programadas</p> | REM 09 |

PERIODONCIA EMBARAZADA

| Objetivo Estratégico | Actividad | Meta | Indicadores | Fuente |
|--|---|--|---|---------------|
| Mejorar la salud oral de las gestantes de la Provincia de Quillota | <p>Atención Periodontal de embarazadas para prevención de Parto Prematuro y Bajo Peso al nacer.</p> <p>Una reunión de</p> | <p>Evaluación periodontal al 100% de la embarazadas derivadas a periodoncia.</p> <p>Atención Periodontal al 100% de embarazadas que requieran.</p> | <p><u>Urgencias resueltas x 100</u> Consultas urgencia</p> <p><u>Nº Reuniones realizadas X100</u> Nº de reuniones programadas</p> | REM 09 |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | <p>coordinación con odontólogo a cargo de la atención de gestantes de la comuna de Quillota para derivación a Periodoncia a pacientes con riesgo parto prematuro y bajo peso al nacer.</p> <p>2 Sesiones educativas grupales.</p> <p>Resolver las urgencias periodontales.</p> <p>1 Reunión de coordinación con encargados de Programa Odontológicos de la Provincia de Quillota para la derivación de gestantes a tratamiento Periodontal que lo requieran.</p> | <p>Resolver el 100% de las urgencias periodontales</p> | <p><u>Nºeducaciones realizadas</u> <u>X100</u> Nº educaciones programadas</p> | |
|--|--|--|---|--|

TRATAMIENTO CARDIOVASCULAR

COBERTURA HTA

| Objetivo Estratégico | META | IINDICADOR | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES |
|--|--|---|---|---|
| <p>➤ Reducir la Morbimortalidad Cardiovascular y las complicaciones asociadas mediante la detección y tratamiento oportuno de personas con riesgo cardiovascular que se controlan en este Centro de Salud, cumpliendo con las garantías explícitas, aplicando técnicas del modelo de atención familiar</p> | <p>➤ Mantener la cobertura de 65% en personas de 15 años y más</p> | <p>Nº de personas de 15 y más años bajo control PSCV</p> <hr/> <p>Población HTA de 15 y más años estimada según prev.X100</p> | <p>➤ Mantener el sistema establecido para pesquisa HTA.</p> <p>➤ Disponer de horas profesionales suficientes según necesidad (Ingresos, controles, administración, procedimientos.</p> <p>➤ Rescate de inasistentes</p> <p>➤ Visita domiciliaria.</p> <p>➤ Capacitación permanente del Equipo de Salud del PSCV.</p> <p>➤ Promoción de estilos de vida saludable.</p> <p>➤ Sensibilización a la población en la detección precoz de enfermedades Cardiovascular.</p> <p>➤ Coordinación permanente (Inasistencia, nivel secundario y comunidad).</p> | <p>➤ Ingreso por referencia de consulta de morbilidad.</p> <p>➤ Ingreso por referencia desde EMPA.</p> <p>➤ Ingreso por referencia extrasistema.</p> <p>➤ Ingreso por referencia nivel secundario.</p> <p>➤ Controles de ingreso.</p> <p>➤ Controles de seguimiento.</p> <p>➤ Pesquisa de HTA, según norma.</p> <p>➤ Exámenes según normas.</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplica modelo de atención dado por el S.S.V.Q dentro de las posibilidades de la realidad local. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinación en red. Referencia y contrarreferencia. ➤ Implementación de Ingresos y controles en extensión horaria. ➤ Registros según norma. ➤ Agendas de ingreso y controles suficientes y oportunos. ➤ Promoción de salud. ➤ Manejo adecuado de ficha digital. ➤ Censo computacional. ➤ Educación de Riesgo |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Cardiovascular a pacientes mediante control grupal (Farmacia Móvil).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinación con Plataforma de Gestión Familiar y Centro Salud C.R.S.H., Consultorios rurales y centro de Promoción. ➤ Reuniones técnico-administrativas de Equipo PSCV ampliado (Químico Farmacéutico, Admisión, Archivo, Kinesiología, Podología). ➤ Retomar reuniones de coordinación con el equipo de PSCV del |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>nivel secundario.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Supervisión de abastecimiento adecuado de insumos en general. ➤ Coordinación con Juntas de Vecinos en el Programa de Farmacia Móvil ➤ Coordinación PADI. |
|--|--|--|--|---|

COBERTURA DM

| Objetivo Estratégico | META | IINDICADOR | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES |
|--|--|--|---|---|
| <p>➤Reducir la Morbimortalidad Cardiovascular y las complicaciones asociadas mediante la detección y tratamiento oportuno de personas con riesgo cardiovascular que se controlan en este Centro de Salud, cumpliendo con las</p> | <p>➤Mantener la cobertura de 85% en personas de 15 años y más.</p> | <p>➤Nº de personas DM de 15 y más años bajo control PSCV.</p> <hr/> <p>Pobl. DM de 15 años y más estimada según prevalencia.</p> | <p>➤Disponer de horas profesionales suficientes según necesidad (Ingresos, controles, administración, procedimientos).</p> <p>➤Rescate de inasistentes.</p> <p>➤Visita domiciliaria.</p> <p>➤ Capacitación permanente del Equipo de Salud del</p> | <p>➤Ingreso por referencia de consulta de morbilidad.</p> <p>➤Ingreso por referencia desde EMPA.</p> <p>➤Ingreso por Referencia extrasistema.</p> |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <p>garantías explícitas, aplicando técnicas del modelo de atención familiar</p> | | | <p>PSCV.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Promoción de estilos vida saludable. ➤ Sensibilización a la población en la detección precoz de enfermedades Cardiovascular. ➤ Coordinación permanente (Inasistencia, nivel secundario y comunidad). ➤ Aplica modelo de atención dado por el S.S.V.Q dentro de las posibilidades de la realidad local. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ingreso por referencia nivel secundario. ➤ Controles de ingreso. ➤ Controles de seguimiento. ➤ Exámenes según normas. ➤ Coordinación en red. Referencia y contrarreferencia. ➤ Implementación de Ingresos y controles en extensión horaria. ➤ Registros según norma. ➤ Agendas de ingreso y controles suficientes y oportunos. |
|---|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Promoción de salud. ➤ Manejo adecuado de ficha digital. ➤ Censo computacional. ➤ Educación de Riesgo Cardiovascular a pacientes mediante control grupal (Farmacia Móvil). ➤ Coordinación con Plataforma de Gestión Familiar y Centro Salud C.R.S.H., Consultorios rurales y centro de Promoción. ➤ Reuniones técnico-administrativas de Equipo PSCV ampliado (Químico |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Farmacéutico, Admisión, Archivo, Kinesiología, Podología).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Retomar reuniones de coordinación con el equipo de PSCV del nivel secundario. ➤ Supervisión de abastecimiento adecuado de insumos en general. ➤ Coordinación con Juntas de Vecinos en el Programa de Farmacia Móvil. ➤ Coordinación PADI. |
|--|--|--|--|--|

COBERTURA HTA

| Objetivo Estratégico | META | IINDICADOR | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES |
|--|--|--|--|--|
| <p>➤ Reducir la Morbimortalidad Cardiovascular y las complicaciones asociadas mediante la detección y tratamiento oportuno de personas con riesgo cardiovascular que se controlan en este Centro de Salud, cumpliendo con las garantías explícitas, aplicando técnicas del modelo de atención familiar</p> | <p>➤ El 80% de Hipertensos que ingresa en etapa de acción logra P.A. bajo 140/90 a los 6 meses de ingreso.</p> <p>➤ El 50% de los Hipertensos que ingresa en etapa de contemplación logra metas de compensación ente 6 y 12 meses.</p> <p>➤ Aumentar la proporción de personas HTA bajo control compensadas. (P.A. menor a 140/90 en el último control).</p> | <p>➤ N° de personas hipertensas en control en el PSCV bajo 140/90</p> <hr/> <p>➤ N° total de personas en control x 100</p> | <p>➤ Promoción de estilos de vida saludables.</p> <p>➤ Disponer de horas profesionales suficientes según necesidad. (controles, Ingresos, Administración, procedimientos, otros).</p> <p>➤ Renovación y mantención de Equipos.</p> <p>➤ Actividad física a pacientes PSCV en conjunto con Programa de Actividad Física Cardiovascular de la comuna.</p> <p>➤ Capacitación y supervisión en técnica de diagnóstico HTA.</p> <p>➤ Información permanente al Equipo de Salud en tareas y metas a cumplir.</p> | <p>➤ Consultas profesionales.</p> <p>➤ Capacitación ene. Nuevo modelo de atención del SSVQ.</p> <p>➤ Pasantías de Equipo de salud capacitación.</p> <p>➤ Derivación a grupos de apoyo, grupos de actividad física y grupos de autoayuda.</p> <p>➤ Implementar panel de educación y medios audiovisuales.</p> <p>➤ Conseguir antitabaco</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Disponer de arsenal farmacológico. ➤ Rescate de inasistentes. ➤ Visita domiciliaria. ➤ Aplica modelo de atención dado por el SSVQ dentro las posibilidades de la realidad local. ➤ Farmacia Móvil ➤ Disponer de laboratorio. ➤ Coordinación permanente (Intrasistema, Nivel Secundario, SSVQ, comunidad). | <p>implementar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Registros. ➤ Utilización adecuado de exámenes de laboratorio. ➤ Reuniones mensuales de Equipo de Salud Cardiovascular a otras unidades del Centro de Salud. ➤ Coordinación y participación con el nivel secundario y red. ➤ Cumplimiento de normas ministeriales en el tratamiento de la Hipertensión. |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinación con Unidad de Farmacia. ➤ Participar (consejería) como Equipo de PSCV en la distribución de recursos del Programa. ➤ Coordinación permanente con el equipo de PSCV ➤ Cumplimiento de normas ministeriales en el tratamiento de la DM |
|--|--|--|--|--|

DISLIPIDEMIA

| Objetivo Estratégico | META | IINDICADOR | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES |
|---|---|--------------------|--|-------------------------------------|
| ➤ Reducir la Morbimortalidad Cardiovascular y las | Lograr niveles crecientes de cobertura, | Nº de personas con | Optimizar y supervisar el registro de LDL en el tarjetero de prestaciones. | Controles de ingreso y seguimiento. |

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| <p>complicaciones asociadas mediante la detección y tratamiento oportuno de personas con riesgo cardiovascular que se controlan en este Centro de Salud, cumpliendo con las garantías explícitas, aplicando técnicas del modelo de atención familiar</p> | <p>compensación y control de los factores de riesgo.</p> <p>Lograr que el 40% de los pacientes Dislipidémicos bajo control alcancen la meta terapéutica de colesterol LDL, según corresponde al nivel de Riesgo Cardiovascular.</p> | <p>Dislipidemia bajo control en el PSCV con el control LDL en la meta terapéutica según nivel de Riesgo Cardiovascular</p> <hr/> <p>Nº total de personas dislipidémicas bajo control en el PSCV</p> | <p>Asegurar el arsenal farmacológico.</p> <p>Ampliar farmacología específica.</p> <p>Disponer de horas profesionales necesarias para Ingresos y controles.</p> <p>Promoción de estilos de vida saludables.</p> <p>Ingresos por referencia desde EMPA.</p> <p>Capacitación de los profesionales en manejo de dislipidemia.</p> <p>Farmacia Móvil.</p> <p>Rescate inasistentes.</p> <p>Visita domiciliaria</p> <p>Ex. De laboratorio (disponible y oportuno).</p> <p>Censo computacional.</p> <p>Manejo adecuado de ficha digital.</p> | <p>Clasificación en tarjeta de prestación, según código establecido.</p> <p>Registros.</p> <p>Utilización de panel de difusión.</p> <p>Coordinación y supervisión de abastecimiento adecuado de medicamentos.</p> <p>Reuniones técnico administrativas del Equipo de Salud del PSCV, ampliados y en forma mensual.</p> <p>Coordinación con el Centro Salud C.R.S.H. en actividades de promoción.</p> <p>Utilización adecuada del laboratorio.</p> |
|--|---|---|--|---|

EVALUACIÓN DE PIE DIABÉTICO Y MANEJO DE HERIDAS DE PIE DIABÉTICO

| Objetivo Estratégico | META | IINDICADOR | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES |
|---|---|---|---|---|
| <p>Detectar el Pie Diabético en una etapa temprana.</p> <p>Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con Diabetes Mellitus.</p> | <p>Al 100% de las personas con DM tipo 2 ingresada al PSCV se les realiza evaluación de los pies por médico.</p> <p>El 90% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas, reciben manejo avanzado de heridas.</p> | <p>Nº de personas con DM bajo control en el PSCV con ex. De evaluación de pie DM en los últimos 12 meses</p> <hr/> <p>Nº de personas con DM bajo control en el PSCV X100</p> <p>Nº de personas DM bajo control en el PSCV con úlceras activas de pié tratadas con manejo avanzado</p> <hr/> <p>Nº total de personas DM bajo control en el PSCV con úlceras activas de pié X 100</p> | <p>Coordinación con Químico Farmacéutico del centro de salud para abastecimiento adecuado de materiales.</p> <p>Permanente elaboración de necesidades de insumo.</p> <p>Capacitación permanente de manejo de heridas de Pié diabético.</p> <p>Manejo y registro de heridas de acuerdo a normas técnicas dadas por el Ministerio de salud.</p> <p>Coordinación con nivel secundario.</p> <p>Mantener actividad de Evaluación de Pié diabético por Enfermera al paciente antiguo.</p> <p>Evaluación de pie diabético por médico al ingreso al PSCV.</p> <p>Atención de Podólogo al 1005</p> | <p>Capacitación permanente de profesionales y técnicos paramédicos encargados.</p> <p>Poli de úlceras con valuación integral del paciente por médico, enfermera y podólogo.</p> <p>Curación de heridas de acuerdo a normas establecidas por Instituto de Heridas.</p> <p>Referencia y contrarreferencia a Poli de úlceras de nivel secundario según requerimiento.</p> <p>Supervisión</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|---|
| | | | <p>de los pacientes DM del PSCV.</p> | <p>permanente de la actividad.</p> <p>Seguimiento de casos a través de registro fotográfico.</p> <p>Valoración de la herida en forma semanal (Poli).</p> <p>Valoración de seguimiento de la compensación metabólica del paciente.</p> <p>Actividad evaluación de pie diabético.</p> <p>Actividad atención podólogo.</p> <p>Registro y envío de datos .</p> <p>Promoción en autocuidado (Panel, cartillas, audiovisual, etc)</p> |
|--|--|--|--------------------------------------|---|

PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

| Objetivo Estratégico | META | IINDICADOR | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES |
|---|---|--|---|---|
| <p>Reducir la Morbimortalidad Cardiovascular y las complicaciones asociadas mediante la detección y tratamiento oportuno de personas con riesgo cardiovascular que se controlan en este Centro de Salud, cumpliendo con las garantías explícitas, aplicando técnicas del modelo de atención familia</p> | <p>100% de las personas en control PSCV con ficha de prevención de enfermedad renal crónica aplicada y clasificada según etapa de la enfermedad renal crónica $\text{creatinine clearance} < 60$.</p> <p>Prevenir o detener la progresión de la ERC de las personas en riesgo.</p> <p>Detectar tempranamente AM en riesgo o que presentan una IRC (ARC)</p> | <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas en PSCV con ficha de prevención de ERC aplicada y clasificada según etapa}}{\text{N}^\circ \text{ de persona con ERC en PSCV}} \times 100$</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de AM en control PSCV con ficha prevención ERC aplicada.}}{\text{N}^\circ \text{ total de AM bajo control en PSCV}} \times 100$</p> | <p>Disponer de ex. De laboratorio oportunamente.</p> <p>Disponer de horas profesionales necesarias para ingresos y controles.</p> <p>Registro de ERC en fichas y cartolas incluyendo etapa.</p> <p>Coordinación con nivel secundario.</p> <p>Sensibilizar al Equipo de salud sobre la actividad y meta exigida.</p> | <p>Utilización adecuada de ex. De laboratorio.</p> <p>Clasificación y registro en cartola de atención según códigos establecidos.</p> <p>Manejo de protocolo de la actividad por Equipo de Salud.</p> <p>Notificación AUGE</p> <p>Educación individual al paciente sobre ARC e importancia de adherencia al tratamiento para prevenir avance de la enfermedad.</p> <p>Derivación e Interconsultas</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | oportunas. Aplicación de ficha de prevención de ERC al total de las personas ERC del PSCV. |
|--|--|--|--|---|

RETINOPATÍA DM

| Objetivo Estratégico | META | IINDICADOR | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES |
|--|---|--|--|---|
| <p>Detectar la retinopatía diabética en una etapa temprana, en la cual es posible detener o revertir el daño, mejorando la calidad de vida de las personas diabéticas bajo control en el PSCV.</p> | <p>Al 100% de las personas con DM ingresadas se les realiza examen de Fondo de Ojos antes del 3er mes de ingreso al PSCV.</p> | <p>Nº de personas DM con fondo de ojos por oftalmólogo al 3er mes de ingreso.</p> <hr/> <p>Total de ingresos DM el PSCV x100</p> | <p>Capacitación de Equipo de salud PSCV de la meta exigida.</p> <p>Disponer de horas profesionales para el desarrollo de la actividad.</p> <p>Disponer de horas técnico paramédico, administrativo y chofer de apoyo a la actividad.</p> <p>Promover el adecuado control metabólico a modo de prevención en pacientes DM</p> | <p>Referencia oportuna a la actividad por parte de los integrantes de Equipo PSCV</p> <p>Registro de la actividad por oftalmólogo en cartola de atención.</p> <p>Informe de oftalmólogo por paciente atendido.</p> <p>Registro de inasistente a la actividad.</p> <p>Referencia por Interconsulta a</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>nivel secundario cuando el oftalmólogo lo indique.</p> <p>Referencia a todo paciente DM antiguo a la actividad cada año.</p> |
|--|--|--|--|---|

QUALIDIAB

| Objetivo Estratégico | META | INDICADOR | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES |
|--|--|--|---|--|
| <p>Reducir la Morbimortalidad Cardiovascular y las complicaciones asociadas mediante la detección y tratamiento oportuno de personas con riesgo cardiovascular que se controlan en este Centro de Salud, cumpliendo con las garantías explícitas, aplicando técnicas del modelo de atención familia.</p> <p>Lograr niveles crecientes de</p> | <p>Aplicar Qualidiab al 100% de las personas diabéticas recién diagnosticadas y cada tres años a los pacientes con más de un año de tratamiento.</p> | <p>Nº de persona DM ingresadas al PSCV evaluadas con Q.</p> <hr/> <p>Total de personas ingresadas al PSCVx100</p> <p>Nº de personas con DM bajo control en PSCV evaluado con Q.</p> <hr/> <p>Nº total de pacientes bajo control PSCVx100</p> | <p>Capacitación al Equipo de Salud de las metas y actividades.</p> <p>Disponer de horas profesionales para el desarrollo de la actividad.</p> <p>Disponer de horas técnico paramédico y administrativo de apoyo a la actividad.</p> <p>Utilización oportuna y adecuada de laboratorio y otras prestaciones de apoyo diagnóstico (Fondo de ojos, ex. Pié DM, podólogo)</p> | <p>Referencia según normas.</p> <p>Registros.</p> <p>Aplicación de Qualidiab y control.</p> <p>Digitación y envío.</p> |

| | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------|--|---|
| compensación y control de los factores de riesgo, mejorando la calidad de la atención de los pacientes diabéticos. | | | | |
| Contribuir a la recuperación oportuna de los/as usuarios/as con patología de origen osteomuscular. | Línea Base (según convenio) | REM 04 | Apoyo terapéutico a la resolución de patologías de origen osteomuscular. | ❖ Consulta Kinésica ❖ Reuniones de coordinación con el Equipo de Salud |
| | Línea Base (según convenio) | REM 05 | | ❖ Ingreso de pacientes con patología osteomuscular a rehabilitación |
| | Línea Base (según convenio) | REM 18 Hoja diaria | | ➤ Tratamiento kinésico a personas con patología osteomuscular ➤ Procedimientos kinésicos |
| Dar atención multidisciplinaria a personas con discapacidad temporal y/o permanente | Línea Base (según convenio) | REM 04 | Apoyo terapéutico a personas con discapacidad | ➤ Consulta Kinésica, terapia ocupacional y psicología ➤ Reuniones de coordinación con el Equipo de Salud |
| | Línea Base (según convenio) | REM 05 | | ➤ Ingreso de pacientes con discapacidad temporal y/o permanente a |

| | | | | |
|---------------------------------|--|-----------------------|--|--|
| | | | | rehabilitación integral, por equipo multidisciplinario |
| | Línea Base (según convenio) | REM 18 Hoja diaria | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratamiento integral a personas con discapacidad temporal y/o permanente ➤ Procedimientos kinésicos, terapia ocupacional y psicología |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Consejerías a personas con discapacidad temporal y/o permanente ➤ Consejerías a familia con integrante en rehabilitación |
| | 5% de personas con discapacidad con visita domiciliaria integral | REM 26 REM 05 | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Visita domiciliaria a personas y familias con integrante en rehabilitación |
| - Facilitar la inclusión social | % Según convenio | Hoja diaria | | - Coordinación con colegios, lugares de trabajo y otros |
| - Dar apoyo a cuidadores | Línea Base (según convenio) | REM 27 | | - Talleres de autocuidado |
| - Fortalecer la acción | Línea Base | Registro propio | | - Estimular la formación |

| | | | | |
|---|---|--------|--|--|
| comunitaria | | | | de agrupaciones de apoyo de personas con discapacidad - Formación de monitores |
| Contribuir a la recuperación oportuna de los/as usuarios/as con Artrosis de Cadera y/o rodilla leve y moderada mayores de 55 años (GES) | Evaluar al 70% de los/as usuarios/as con Artrosis de Cadera y/o rodilla leve y moderada mayores de 55 años (GES), que requieran tratamiento kinésico. | REM 05 | Apoyo terapéutico a personas con Artrosis de Cadera y/o rodilla leve y moderada mayores de 55 años (GES) | - Ingreso de pacientes con Artrosis de Cadera y/o rodilla leve y moderada mayores de 55 años (GES) |
| | -Dar atención al 90% de los/as usuarios/as evaluados e ingresados a tratamiento kinésico con artrosis leve y moderada de rodilla y/o cadera. | REM 18 | | -Dación de horas en agenda compartida para centros rurales. -Dación de horas por agenda diferenciada. |

PROGRAMACION KINESIOLOGIA 2011

REHABILITACIÓN

| TEMA | OBJETIVO | ACTIVIDADES | META | INDICADOR |
|--|--|---|-----------------------------|------------------------|
| Apoyo terapéutico a la resolución de patologías de origen osteomuscular. | Contribuir a la recuperación oportuna de los/as usuarios/as con patología de | - Consulta Kinésica - Reuniones de coordinación con el Equipo de Salud | Línea Base (según convenio) | Nº Consultas REM 04 |

| | | | | |
|---|---|---|-----------------------------|--|
| | origen osteomuscular. | | | |
| | | - Ingreso de pacientes con patología osteomuscular a rehabilitación | Línea Base (según convenio) | Nº pacientes ingresados a tratamiento REM 05 |
| | | - Tratamiento kinésico a personas con patología osteomuscular - Procedimientos kinésicos | Línea Base (según convenio) | Nº de personas atendidas. Nº Procedimientos realizados REM 18 Hoja diaria |
| Apoyo terapéutico a personas con discapacidad | Dar atención multidisciplinaria a personas con discapacidad temporal y/o permanente | - Consulta Kinésica, terapia ocupacional y psicología - Reuniones de coordinación con el Equipo de Salud | Línea Base (según convenio) | Nº Consultas REM 04 |
| | | - Ingreso de pacientes con discapacidad temporal y/o permanente a rehabilitación integral, por equipo multidisciplinario | Línea Base (según convenio) | Nº pacientes ingresados a tratamiento REM 05 |
| | | - Tratamiento integral a personas con discapacidad temporal y/o permanente - Procedimientos kinésicos, terapia ocupacional y | Línea Base (según convenio) | Nº de personas atendidas. Nº Procedimientos realizados REM 18 Hoja diaria |

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| | | psicología | | |
| | | - Consejerías a personas con discapacidad temporal y/o permanente - Consejerías a familia con integrante en rehabilitación | | |
| | | - Visita domiciliaria a personas y familias con integrante en rehabilitación | 5% de personas con discapacidad con visita domiciliaria integral | Nº PsD con visita domiciliaria integral/total ingresos *100 REM 26 REM 05 |
| | - Facilitar la inclusión social | - Coordinación con colegios, lugares de trabajo y otros | % Según convenio | Nº de personas que logra la inclusión social/total de ingresos *100 Hoja diaria |
| | - Dar apoyo a cuidadores | - Talleres de autocuidado | Línea Base (según convenio) | Nº Cuidadores Nº Talleres REM 27 |
| | - Fortalecer la acción comunitaria | - Estimular la formación de agrupaciones de apoyo de personas con discapacidad - Formación de monitores | Línea Base | Nº de agrupaciones Nº de personas agrupadas Nº de monitores Registro propio |
| Apoyo terapéutico a personas con Artrosis de Cadera y/o rodilla leve y moderada mayores de 55 años | Contribuir a la recuperación oportuna de los/as usuarios/as con Artrosis de Cadera y/o rodilla leve | - Ingreso de pacientes con Artrosis de Cadera y/o rodilla leve y moderada mayores de 55 años (GES) | Evaluar al 70% de los/as usuarios/as con Artrosis de Cadera y/o rodilla leve y moderada mayores de 55 años (GES), que requieran | (Nº de usuarios con artrosis de cadera y/o rodilla leve y moderada evaluados/ Nº de usuarios con artrosis de |

| | | | | |
|-------|-------------------------------------|--|--|--|
| (GES) | y moderada mayores de 55 años (GES) | | tratamiento kinésico. | cadera y/o rodilla que requieran tratamiento kinésico) * 100 REM 05 |
| | | -Dación de horas en agenda compartida para centros rurales. -Dación de horas por agenda diferenciada. | -Dar atención al 90% de los/as usuarios/as evaluados e ingresados a tratamiento kinésico con artrosis leve y moderada de rodilla y/o cadera. | (Nº de usuarios con artrosis de cadera y/o rodilla leve y moderada citados a tratamiento/ Nº de usuarios con artrosis de cadera y/o rodilla evaluados e ingresados a tratamiento kinésico) * 100 REM 18 |

SALA ERA

| Objetivo Estratégico | Actividad | Meta | Indicadores | Fuente |
|--|---|-----------------------|--|-------------------|
| Mejorar calidad de vida pacientes EPOC | -Visitas domiciliarias a los pacientes que están en Rehabilitación pulmonar en domicilio. Dar Rehabilitación Pulmonar en APS y domicilio a los pacientes que cumplan criterio de ingreso. | 100% de los pacientes | Nº pacientes en rehabilitación pulmonar Pob. Bajo control ERA | Estadística local |

SALUD DEL ADULTO MAYOR**Promoción**

| Objetivo Estratégico | Actividad | Meta | Indicadores | Fuente |
|--|--|-------------|--|---------------|
| Actividades educativas y de Autocuidado. | Educación y autocuidado en adultos mayores , grupo reencuentro | 80% | $\frac{\text{N}^\circ \text{ Actividades realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ Actividades programadas}}$ | Datos locales |
| Actividades educativas y de Autocuidado. | Actividades realizadas, en las juntas de vecinos y UNCO | 80% | $\frac{\text{N}^\circ \text{ Actividades realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ Actividades programadas}}$ | Datos locales |

Prevensión

| Objetivo Estratégico | Actividad | Meta | Indicadores | Fuente |
|-----------------------------|---|--|--------------------|---|
| Evaluacion del Adulto Mayor | Cumplir meta 2010 de realización de EFAM y/o EMPAM para la Comuna de Quillota | -Realización de EFAM y/o EMPAM en centro de salud, por agenda y demanda espontánea -Actualización del tarjetero. -Coordinación permanente con enfermeras del Centro de Salud C. S. Henríquez | META 2011 | $\frac{\text{-N}^\circ \text{ de EFAM y/o EMPAM realizados.}}{\text{N}^\circ \text{ EFAM programados}}$ |

Tratamiento

| Objetivo Estratégico | Actividad | Meta | Indicadores | Fuente |
|--|---|---|--|-------------------|
| Mejorar calidad de vida pacientes EPOC | -Dar atención kinésica de controles crónicos -Visita Domiciliaria a todos los mayores de | exacerbaciones 70% -Disminuir hospitalizaciones por | $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes con exacerbaciones}}{\text{Pob. Bajo control ERA}}$ | Estadística local |

| | | | | |
|------------------------------------|--|--|---|--|
| | 80 años, que no puedan asistir a APS. -Disminuir | exacerbación 30% -Cumplir 100% garantías ges | | |
| Cumplir Ley GES. Neumonía (NAC II) | Cumplir 100% garantías establecidas en la Ley GES | - Atención medica 100% de la demanda -Toma Rx asegurada 100% ante sospecha. -Entrega de termómetros clínicos al 100% de NAC II confirmadas -Stock fármacos asegurado -Monitoreo continuo (SIGGES) | Nº Atenciones Medico Nº AtencionesKinesiólogo -médicos APS | 100% cumplimiento GES |
| ➤ Mejorar salud oral grupo >65 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Atención y selección de urgencias ges ➤ Atención de pacientes crónicos derivados ➤ Dar horas diferidas y prioritarias ➤ Reunión cada 3 meses de coordinación con equipo profesional de atención crónica | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Garantizar atención 100% de urgencias ges ➤ Mejorar estado periodontal de pacientes crónicos derivados ➤ Evitar pérdida dentaria ➤ Evaluar estado oral de paciente derivado | <p>Nº de atenciones ges otorgadas ----- x 100 Nº de atenciones solicitadas</p> <p>Nº de atenciones otorgadas ----- x100 Nº de atenciones solicitadas</p> <p>Nº de exámenes realizados ----- x100 Nº de exámenes solicitados</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ REM A9 ➤ Registro local |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | (4 en el año) ➤ Reunión cada 3 meses de coordinación con SOME (4 en el año) | ➤ Derivación correcta de pacientes | Nº de reuniones realizadas ----- x100 Nº de reuniones programadas | |
| ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO PARA LA ATENCIÓN DEL DAÑO EN EL / LA ADULTO / A MAYOR | Mantener y mejorar las condiciones de autonomía, independencia y calidad de vida de la población adulta mayor bajo control. | -Estimulación física y cognitiva grupal para población adulta mayor 3 veces por semana en Junta de Vecinos Población SAID. | Línea Base | -Nº de personas asistentes a gimnasia. <hr/> PBC REM 27 Registro Propio |

COMPENSACIÓN DM

| Objetivo Estratégico | Meta | Indicador | Estrategias | Actividades |
|--|--|--|--|--|
| Personas de 65 años y más ➤Reducir la Morbimortalidad Cardiovascular y las complicaciones asociadas mediante la detección y tratamiento oportuno de personas con riesgo cardiovascular que se controlan en este | <ul style="list-style-type: none"> ➤ El 80% de los ingresos en etapa de acción logra Hb<7% a los seis meses de ingreso. ➤ Los diabéticos bajo control con Hb< 7% aumenten en 5%. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nº de personas DM con Hb A1c< 7% en etapa de acción a los 6 meses de ingreso. ➤ Nº de personas DM bajo control con Hb A1c< 7% | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Promoción de estilos de vida saludables. ➤ Disponer de horas profesionales suficientes según necesidad. (controles, Ingresos, Administración, procedimientos, otros). ➤ Renovación y | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Control con Hemoglobina Glicosilada ➤ Consultas profesionales. ➤ Capacitación en el nuevo modelo de atención del SSVQ. ➤ Pasantías de |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <p>Centro de Salud, cumpliendo con las garantías explícitas, aplicando técnicas del modelo de atención familiar</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ El 60 % de las personas con diabetes bajo control, logra niveles de presión arterial bajo 130/85 mm/hg. | | <p>mantención de Equipos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Actividad física a pacientes PSCV en conjunto con Programa de Actividad Física Cardiovascular de la comuna. ➤ Capacitación y supervisión en técnica de diagnóstico HTA. ➤ Información permanente al Equipo de Salud en tareas y metas a cumplir. ➤ Disponer de arsenal farmacológico. ➤ Rescate de inasistentes. ➤ Visita domiciliaria. ➤ Aplica modelo de atención dado por el SSVQ dentro las posibilidades de la | <p>Equipo de salud-capacitación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Derivación a grupos de apoyo, grupos de actividad física y grupos de autoayuda. ➤ Implementar paneles de educación y medios audiovisuales. ➤ Conseguir antitabaco implementar. ➤ Registros. ➤ Utilización adecuada de exámenes de laboratorio. ➤ Reuniones mensuales de Equipo de Salud Cardiovascular a otras unidades del Centro de Salud. |
|---|---|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>realidad local.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Farmacia Móvil ➤ Disponer de laboratorio. ➤ Coordinación permanente (Intrasistema, Nivel Secundario, SSVQ, comunidad). ➤ Capacitación y supervisión en técnicas de diagnósticos DM | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinación y participación con el nivel secundario y red. ➤ Cumplimiento de normas ministeriales en el tratamiento de la diabetes. ➤ Coordinación con Unidad de Farmacia. ➤ Participar (consejería) como Equipo de PSCV en la distribución de recursos del Programa. ➤ Coordinación permanente con el Equipo de PSCV. <p>Cumplimiento de normas ministeriales en el tratamiento de la DM</p> |
|--|--|--|--|--|

COMPENSACIÓN DM

| Objetivo Estratégico | Meta | Indicador | Estrategias | Actividades |
|--|---|--|--|---|
| <p>Personas de 65 años y más</p> <p>➤Reducir la Morbimortalidad Cardiovascular y las complicaciones asociadas mediante la detección y tratamiento oportuno de personas con riesgo cardiovascular que se controlan en este Centro de Salud, cumpliendo con las garantías explícitas, aplicando técnicas del modelo de atención familiar</p> | <p>Lograr niveles crecientes de cobertura, compensación y control de los factores de riesgo.</p> <p>Lograr que el 40% de los pacientes Dislipidémicos bajo control alcancen la meta terapéutica de colesterol LDL, según corresponde al nivel de Riesgo Cardiovascular.</p> | <p>Nº de personas con Dislipidemia bajo control en el PSCV con el control LDL en la meta terapéutica según nivel de Riesgo Cardiovascular</p> <hr/> <p>Nº total de personas dislipidémicas bajo control en el PSCV</p> | <p>Optimizar y supervisar el registro de LDL en el tarjetero de prestaciones.</p> <p>Asegurar el arsenal farmacológico.</p> <p>Ampliar farmacología específica.</p> <p>Disponer de horas profesionales necesarias para Ingresos y controles.</p> <p>Promoción de estilos de vida saludables.</p> <p>Ingresos por referencia desde EMPA.</p> <p>Capacitación de los profesionales en manejo de dislipidemia.</p> <p>Farmacia Móvil.</p> <p>Rescate inasistentes.</p> <p>Visita domiciliaria</p> | <p>Controles de ingreso y seguimiento.</p> <p>Clasificación en tarjeta de prestación, según código establecido.</p> <p>Registros.</p> <p>Utilización de panel de difusión.</p> <p>Coordinación y supervisión de abastecimiento adecuado de medicamentos.</p> <p>Reuniones técnico administrativas del Equipo de Salud del PSCV, ampliados y en forma mensual.</p> <p>Coordinación con el Centro Salud C.R.S.H. en actividades de promoción.</p> <p>Utilización adecuada</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|------------------|
| | | | Ex. De laboratorio (disponible y oportuno). Censo computacional. Manejo adecuado de ficha digital. | del laboratorio. |
|--|--|--|--|------------------|

EVALUACIÓN DE PIE DIABÉTICO Y MANEJO DE HERIDAS DE PIE DIABÉTICO

| Objetivo Estratégico | Meta | Indicador | Estrategias | Actividades |
|---|---|---|--|--|
| <p>Detectar el Pie Diabético en una etapa temprana. 65 y más años</p> <p>Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con Diabetes Mellitus. 65 y más años</p> | <p>Al 100% de las personas con DM tipo 2 ingresada al PSCV se les realiza evaluación de los pies por médico.</p> <p>El 90% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas, reciben manejo avanzado de heridas.</p> | <p>Nº de personas con DM bajo control en el PSCV con ex. De evaluación de pie DM en los últimos 12 meses</p> <hr/> <p>Nº de personas con DM bajo control en el PSCV X100</p> <p>Nº de personas DM bajo control en el PSCV con úlceras activas de pié tratadas con manejo avanzado</p> <hr/> <p>Nº total de personas DM bajo control en el PSCV con úlceras activas de pié X 100</p> | <p>Coordinación con Químico Farmacéutico del centro de salud para abastecimiento adecuado de materiales.</p> <p>Permanente elaboración de necesidades de insumo.</p> <p>Capacitación permanente de manejo de heridas de Pié diabético.</p> <p>Manejo y registro de heridas de acuerdo a normas técnicas dadas por el Ministerio de salud.</p> <p>Coordinación con nivel secundario.</p> <p>Mantener actividad de Evaluación de Pié diabético</p> | <p>Capacitación permanente de profesionales y técnicos paramédicos encargados.</p> <p>Poli de úlceras con valuación integral del paciente por médico, enfermera y podólogo.</p> <p>Curación de heridas de acuerdo a normas establecidas por Instituto de Heridas.</p> <p>Referencia y contrarreferencia a Poli de úlceras de nivel secundario según requerimiento.</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | | <p>por Enfermera al paciente antiguo.</p> <p>Evaluación de pie diabético por médico al ingreso al PSCV.</p> <p>Atención de Podólogo al 1005 de los pacientes DM del PSCV.</p> | <p>Supervisión permanente de la actividad.</p> <p>Seguimiento de casos a través de registro fotográfico.</p> <p>Valoración de la herida en forma semanal (Poli).</p> <p>Valoración de seguimiento de la compensación metabólica del paciente.</p> <p>Actividad evaluación de pié diabético.</p> <p>Actividad atención podólogo.</p> <p>Registro y envío de datos</p> <p>Promoción en autocuidado (Panel, cartillas, audiovisual, etc)</p> |
|--|--|--|---|---|

PERIODONCIA

| Objetivo Estratégico | Actividad | Indicador | Meta | Fuente Indicador |
|--|---|---|--|-------------------------|
| Mejorar la salud periodontal de la población mayor de 65 años. | Ingreso a tratamiento Periodontal a adultos de 65 y más años. Atención de urgencia periodontal | Ingreso a tratamiento Periodontal a 100% pacientes ingresados el año anterior de adultos de 65 y más años. Resolver el 100% de las urgencias Periodontales | Urgencias resueltas x 100 Consultas urgencia Nº de pacientes ingresados a tratamiento periodontal./ Nº de pacientes programados para ingreso a tratamiento periodontal | REM 09. |