



LIBRO DE RESÚMENES
XIX Congreso Chileno
de Medicina Familiar
19, 20 y 21 de Octubre 2017
Valdivia, Chile

congresomedicinafamiliar.cl





XIX CONGRESO CHILENO DE MEDICINA FAMILIAR

19, 20 y 21 de Octubre 2017

Valdivia, Chile



TRABAJOS

TÍTULO	PÁGINA
¿Cómo me cuido? : Una experiencia de educación popular interdisciplinaria en artritis reumatoide.	5
Bicicletero publico inclusivo en mi comuna.	6
La práctica de la Medicina Familiar en la APS reduce el número de reconsultas en comparación con la clásica morbilidad: aplicación del Método Clínico Centrado en el Paciente y la Ética del Cuidado en un CESFAM de la Región Metropolitana.	7
Conclusiones del taller: Desprescripción centrada en la persona y la familia, Wonca Río- 2016.	9
El teatro de títeres en la prevención y promocion de la salud.	10
Asociación entre malnutrición por exceso y riesgo de pérdida de funcionalidad en adultos mayores residentes en la Comuna de Limache.	11
Abordaje integral al paciente con dependencia severa y su familia: Caracterización de población de cuidadores de Centro de Salud Familiar UC San Alberto Hurtado de Puente Alto.	12
Responsabilidad social en las Escuelas de Medicina de Chile desde la perspectiva de los alumnos de pregrado.	14
Atributos y características del Modelos Integral de Salud Familiar y Comunitaria desde la perspectiva de los expertos.	16
Formando Comunidad con Migrantes en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Dr. Alfonso Leng.	17
No cambies tu mochile por un bebé- Prevención de Embarazo Adolescente, Proyecto de Promoción en Salud.	19
Elaboración de cuestionario y Store de vulnerabilidad familiar considerando determinantes sociales en Cesfam Panguipulli.	20
Relación entre pobreza multidimensional, barreras de acceso y salud autopercebida en adultos en Chile: diferencias entre hombres y mujeres.	21



Alta satisfacción de los alumnos del nuevo internado ambulatorio, Escuela de Medicina Universidad de los Andes.	23
Farmacia Viva.	25
Embarazo Adolescente en Chile y sus regiones: Análisis de tasas de fecundidad y mortalidad fetal, período 2010- 2014.	27
Manual de Apoyo Administrativo para médicos: Experiencia en un Centro de Salud Familiar.	28
Educación participativa para adultos en la sala de espera del Centro de Salud Familiar Marcelo Mena de Valparaíso.	30
Celebremos la Plenitud de la Vida, creando un espacio integral para las Personas Mayores del CESFAM Carol Urzúa.	31
Análisis de registros de garantías GES abiertas para artrosis cadera y/o rodilla en mayores de 55 años en Cesfam Juan Pablo II y su correlación con el uso de la canasta farmacológica.	32
Mejorar la adherencia de los usuarios del Programa Salud Cardiovascular mediante intervenciones efectivas.	34
Impacto de un Programa de Inducción para Residentes de Medicina Familiar.	36
Cultura de cuidado del Adulto con Diabetes Mellitus tipo 2 en control en una Unidad de Diabetes – Región Metropolitana.	38
Gestion de casos por teleasistencia.	39
Prevención en salud, una oportunidad para aprender responsabilidad social y trabajo en equipo en la carrera de medicina.	41
Barreras y facilitadores para la incorporación de competencias en violencia intrafamiliar y abuso sexual al currículo de pregrado de Medicina.	42
Co-construyendo: acercando a través de la consultoría al equipo especializado en salud mental de CECOSAM (centro comunitario de salud mental) Temuco al equipo especializado en atención primaria (APS) que acompaña a las familias de CESFAM (centro de salud familiar) Santa Rosa.	43
Jornadas de Buenas APS y Salud Familiar, Programa de Medicina y Salud Familiar de la Universidad de Concepción.	45



¿CÓMO ME CUIDO? : UNA EXPERIENCIA DE EDUCACIÓN POPULAR INTERDISCIPLINARIA EN ARTRITIS REUMATOIDE.

Abarca F¹, Rojas R², Valenzuela R³, ^{1a}, Occidente, Universidad de Chile.^{2a}, Campus occidente, Univeridad de Chile.^{3á} Universidad de Chile.

Tras la VIII Escuela Internacional de Educación Popular en Salud organizada por la fundación de la misma, se reunió a un grupo de participantes para trabajar en un proyecto de educación popular, cuyo objetivo era brindar bases y así empoderar a parte de la población sobre sus problemas de salud. El proyecto consistía en hacer una serie de jornadas de educación de salud que entregaran herramientas desde distintas áreas del conocimiento asociadas a ella, integrando un tratamiento holístico de lo que es la enfermedad y su padecimiento. De esta manera se propuso trabajar en conjunto a un grupo de mujeres diagnosticadas con artritis reumatoide y tratadas en el Hospital San Juan de Dios, aprovechando el nexo de una de las integrantes con el servicio de reumatología de la institución.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Vivenciar y fortalecer la acción consciente del propio cuerpo, permitiendo el conocimiento de los mismos y su valoración personal.
- Reconocer estructuras anatómicas básicas del sistema músculo-esquelético, articulaciones, músculos, tendones, huesos y nervios.
- Comprender aspectos básicos de la fisiopatología de la artritis reumatoide, su presentación y factores modificables junto con los grupos farmacológicos que se usan para tratar la enfermedad.
- Fomentar hábitos saludables y entregar herramientas seguras para el alivio de la sintomatología de la artritis reumatoide desde la naturopatía, nutrición y kinesioterapia. Para llevar a cabo esto, se realizaron dos jornadas de actividades diseñadas para 20 personas evaluadas al inicio y final, y organizadas de acuerdo a los módulos de Conciencia corporal, Conociendo mi cuerpo, Fisiopatología de la Artritis Reumatoide, Kinesioterapia, Nutrición, Farmacología y Naturopatía. Se buscó e invitó a distintas usuarias voluntarias, a las que se les pidieron los datos personales, además de su disponibilidad para las mañanas de los sábados 6 y 13 de mayo. Durante la primera jornada asistieron 13 participantes a las que para iniciar, se les solicitó un Consentimiento Informado, junto a la evaluación inicial en forma de test escrito. El primer modulo fue sobre Conciencia Corporal, en el que se trabajó sobre el control de movimientos a través de la manipulación de diferentes objetos. A continuación se trabajaron los conceptos anatómicos en Conociendo mi cuerpo. El tercer módulo, Fisiopatía de la Artritis Reumatoide, consistió en una exposición que abordó el concepto de inflamación y aquellos factores modificables de la enfermedad. Para finalizar la jornada, se realizaron ejercicios de kinesioterapia para aliviar la sintomatología articular de la enfermedad, enfatizando la utilidad de su practica cotidiana.

La asistencia para la segunda jornada fue de 11 participantes, la que comenzó con una exposición de conceptos asociados a la nutrición, junto a un desayuno preparado por los asistentes con alimentos con propiedades anti-inflamatoria. El siguiente modulo de Farmacología, abordó el área a través de una actividad en donde se dividieron dos grupos para conversar sobre sus fármacos de uso diario, los que fueron solicitados por los facilitadores durante la jornada previa. Acá los moderadores de cada grupo explicaron la utilidad de los fármacos RAMS y sus contraindicaciones. El tercer módulo, Naturopatía, trató las verdades y mitos sobre algunas medicaciones ancestrales y de uso complementario, para finalmente preparar infusiones, cataplasmas, así como también enseñar acerca de las propiedades de ciertas plantas con efectos anti-inflamatorios. Para finalizar la jornada y la experiencia en sí, se les solicitó a los participantes responder nuevamente la evaluación en forma de test escrito. Conclusiones En primera instancia, se puede observar la efectividad de las jornadas y su aporte en el conocimiento del grupo participante, a partir de los resultados obtenidos en las evaluaciones hechas al comienzo y final de la experiencia, las que evaluadas en una escala del 1 al 7, tuvo como resultado un promedio 3.7 para la primera y 5.5 en la segunda. Las asistentes agradecieron la instancia formativa dentro de las múltiples áreas del conocimiento enfocadas en el manejo y tratamiento de su enfermedad. Así, también, la valorización de sus experiencias y la relación de su enfermedad con la cotidianidad en su día a día. Finalmente, como facilitadores, creemos que es necesario incorporar este tipo de paradigmas educativos en los cuales la historicidad de las personas y sus necesidades son identificadas, y tratadas en conjunto con la población.



BICICLETERO PUBLICO INCLUSIVO EN MI COMUNA.

Astudillo S¹, Reyes Gomez T¹, ¹Salud Cesfam Panquehue.

ANTECEDENTES

Esta idea se gestó en virtud de la tremenda oportunidad que tiene la comuna de poseer una ciclovía que atraviesa en un 60% de la totalidad de esta, además de los altos costos que tiene el pasaje de locomoción colectiva en los tramos locales, impactando de manera directa e indirecta en la salud de los habitantes. Por lo tanto es una necesidad sentida e imperante por parte de la comunidad la cual establece el sentido de justicia social para los habitantes de la comuna. Esta es una estrategia abierta a la comunidad que tiene como único criterio de exclusión el mínimo de edad, pudiéndose realizar el préstamo de las bicicletas a partir desde los 15 años sin tope de edad. Está desarrollada de manera intersectorial junto al departamento de tránsito, DAEM y organizaciones comunitarias. El objetivo trazado por parte del equipo es mejorar la calidad de los habitantes y usuarios de la comuna de Panquehue, favoreciendo el desplazamiento de un medio no motorizado de transporte.

METODOLOGÍA UTILIZADA

El servicio considera la entrega (préstamo) de bicicletas para el uso de los tramos CESFAM-MUNICIPALIDAD DE PANQUEHUE, CESFAM, a los usuarios que previamente se han registrado de bicicletas públicas. Al materializarse la inscripción, el usuario podrá solicitar la entrega de una bicicleta en cualquiera de las estaciones de distribución. Debido a la postulación del proyecto a las buenas prácticas del servicio de salud Aconcagua, se amplía el acceso a bicicletas para discapacitados (movilidad reducida) y traslado de bebés menores a 1 año.

RESULTADOS OBTENIDOS

Esta buena práctica tiene como antecedente ser seleccionada como una de las 8 mejores a nivel nacional en el congreso de APS, además la cantidad de préstamos (360/año) realizados que se materializan en más de 1200 kms recorridos y desde el punto de vista económico tiene un ahorro de \$800 pesos en promedio por cada viaje en término de pago de pasajes en micro.



LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR EN LA APS REDUCE EL NÚMERO DE RECONSULTAS EN COMPARACIÓN CON LA CLÁSICA MORBILIDAD: APLICACIÓN DEL MÉTODO CLÍNICO CENTRADO EN EL PACIENTE Y LA ÉTICA DEL CUIDADO EN UN CESFAM DE LA REGIÓN METROPOLITANA.

Becerra C¹, Olmos De Aguilera Corradini P¹, Álvarez Rodríguez V¹, ¹Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

Es necesario imbricar los principios de la APS y la Medicina Familiar (MF). Ello requiere recurrir a elementos propios de su cuerpo de conocimientos, su ética, entendida como la ética del cuidado (EC) y su método clínico, el método centrado en el paciente (MCCP). La EC pone énfasis en la responsabilidad de sostener relaciones constructivas y centradas en el acto del cuidado al otro u otra. El MCCP permite una comprensión de la persona y de la enfermedad, por medio de la integración de la agenda del paciente y el clínico. Existe una demanda percibida de pocas horas médicas y gran demanda de atenciones en consultas de morbilidad, que no resuelven en forma satisfactoria las necesidades de las personas resultando en múltiples reconsultas médicas. Se definió modalidad de morbilidad tradicional (MMT) a la consulta aguda que se realiza habitualmente en 15 minutos y se centra en la patología. Se definió como modalidad centrada en la persona (MCP) a la consulta que se realiza en 30 minutos, independiente de la necesidad presentada al momento de solicitar la consulta, contextualizada en el MCCP y la EC. La MCP se realizó sin perjuicio de las actividades administrativas propias de los programas. Se propone que al realizar una consulta en la MCP disminuyen las reconsultas en comparación con la MMT.

OBJETIVO GENERAL

Establecer que la atención de pacientes que se atienden con médico bajo la MCP disminuye el número de reconsultas en un periodo de seguimiento de abril a octubre de 2016, en comparación a los pacientes que se atienden bajo la MMT en un CESFAM de la Región Metropolitana. Objetivos específicos. (1) Comparar a la población consultante en las modalidades MMT y MCP por edad y género. (2) Construir un indicador que cuantifique el número de reconsultas por cada paciente, y compararlo en los grupos acogidos a la MMT y a la MCP. (3) Elaborar niveles de consulta como variables categóricas según el indicador construido en el punto 2, y compararlo en los grupos acogidos a la MMT y a la MCP.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de carácter descriptivo y ecológico. Las variables de edad y género en ambas modalidades fueron sometidas a un análisis de χ^2 . Se trabajó sobre dos grupos: MMT (n = 5826) y MCP (n = 148). Se definió "número de consulta" (NRCT) como una nueva consulta, ya sea como MMT o MCP durante los 6 meses posteriores a la primera consulta, independiente del tratante. Ambas variables distribuyeron en forma no normal. Se comparó medianas con test no paramétrico U de Mann-Whitney. Se definió grados de consulta (GRC) según la distribución del NRCT en cada grupo, a través de su percentil en: medio (0–1; p0–50), alto (2–3; p51–90) y muy alto (>4; p90). Se utilizó χ^2 para evaluar la asociación entre los GRC y las dos modalidades.

RESULTADOS

La mayoría son personas de género femenino (60% del global en ambas modalidades). No hubo asociación entre modalidad y género (χ^2 ; p = 0,445). Se observa una diferencia estadística de medias para la edad en ambos grupos (MMT 43,5, MCP 50,8; χ^2 , p<0,05 al categorizar por rango etario). Existe un amplio rango etario en ambas modalidades (MMT 0–98 años, MCP 0–92 años). Para MMT (\bar{x} = 1,10; IC95% [1,06–1,14]; mediana=1) y MCP (\bar{x} = 0,88; IC95% [0,59–1,17]; mediana=0). El análisis no paramétrico confirmó que la diferencia en las medianas se asocia a la modalidad de atención, y que la MCP disminuye el NRCT en el periodo (p = 0,0001). La MCP agrupa el menor GRC (MCP=81,7%; MMT=73%). En el GRC Alto la MCP agrupa menos reconsultas (MCP=10,8%; MMT=19,9%). En el GRC Muy Alto la frecuencia fue similar (MCP=7,4%; MMT=6,7%). El análisis de χ^2 demostró que la modalidad de atención tiene una asociación estadísticamente significativa con el GRC, robusteciendo la asociación demostrada al utilizar el test no paramétrico de Mann-Whitney (p = 0,022).

CONCLUSIONES

Existe una asociación robusta entre la MCP y la disminución del NRCT. Se desprende que es posible optimizar las atenciones realizando el primer principio irrenunciable de la APS: la atención centrada en la persona. Queda en evidencia que la actual



duración de las consultas médicas (15 minutos) es insuficiente para que un Médico(a) de Familia pueda desplegar sus potencialidades en pos de las personas. Es necesario realizar estudios que permitan establecer causalidad. Se debe abordar el impacto en otros indicadores como lo son las consultas en Servicios de Urgencias y/o derivaciones a nivel secundario.



CONCLUSIONES DEL TALLER: DESPRESCRIPCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA Y LA FAMILIA, WONCARIO-2016

Caceres D¹, Caceres F², ¹ Universidad de Concepción. ²Salud y Medicina Familiar, Medicina, Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN

Realizado el 3 de noviembre de 2016, de 8 a 11 hrs, con una participación de más de 50 personas entre estudiantes y profesionales relacionados con la Salud Familiar en el 21st Congreso Mundial de WONCA interesados en la construcción colectiva de pasos creativos para el enfrentamiento de la polimedición en el adulto mayor.

Los temas abordados fueron: Polifarmacia en adultos mayores, fármacos estudiados con Prescripción inadecuada, Desprescripción como una práctica que resguarda los principios del cuidado de adultos mayores en el contexto de la prevención cuaternaria y guardando los principios de la bioética.

OBJETIVOS

Conocer el estado del arte en la polimedición.

Identificar los elementos facilitadores y obstaculizadores para una desprescripción individualizada

Confeccionar una lista de recomendaciones para la desprescripción individualizada en el adulto mayor

Aportar al fortalecimiento de una conciencia crítica individual y colectiva sobre la polifarmacia en adultos mayores y la necesidad de una desprescripción individualizada.

METODOLOGÍA

A través del análisis de una historia recreada con títeres se realizó una aproximación bibliográfica sobre las consecuencias de la polimedición en los adultos mayores en el mundo y posteriormente se realizó una dinámica lúdica para formar grupos de trabajo en los que se generaron recomendaciones para una desprescripción centrada en la persona y la familia.

RESULTADOS

Más de 10 recomendaciones que todo equipo debería considerar al momento de desprescribir centrando la atención en la persona polimeditada y su familia así como el contexto social-económico-cultural. Entre las cuales mencionamos:

- Entender las creencias de los pacientes acerca de sus medicamentos en una lista de eliminación y dar a conocer que esta no se limita únicamente a fármacos.
- Reconocer los límites del tratamiento médico considerando riesgos, interacciones, adherencia y factores psicosociales

CONCLUSIONES

Desde hace algún tiempo se ha visto la necesidad de poner a la polimedición en los adultos mayores como parte de los temas de discusión necesaria entre los médicos de Familia y encontramos en los congresos de la especialidad una oportunidad para su difusión. Nos parece que estamos en mora de incrementar las acciones protectoras hacia esta población aún más con los cambios epidemiológicos que está sufriendo la humanidad. Como resultado de este taller se redactaron recomendaciones desde la experiencia y las revisiones actualizadas considerando las necesidades de las personas y las familias.



“EL TEATRO DE TÍTERES EN LA PREVENCIÓN Y PROMOCION DE LA SALUD”

Caceres D¹, Fuentealba R², ¹ Universidad de Concepción.²Salud y Medicina Familiar, Salud, Universidad de Concepción.

TEATRARTE nació el año 2013 liderado por un grupo de funcionarios del CESFAM Los Volcanes de la ciudad de Chillán como actividad de autocuidado y promoción de conductas saludables a través del desarrollo de historias que abordan temáticas del área de la salud y que luego de la incorporación de los residentes de Medicina Familiar de la UdeC en el último año ha estado enfocado en el abordaje de conductas violentas en la escuela como el bullying.

En Chile el Bullying se ha incrementado de 11% en 2007 a 14,9% en 2009, siendo mayor en hombres, tanto desde el rol de víctimas como de victimarios. Se han planteado diversas estrategias de abordaje: intervenciones curriculares, consejerías individuales y familiares, promoción de ambientes antibullying como lo hace el grupo TEATRARTE

OBJETIVO

Promover estrategias de prevención de conductas de Bullying con actividades lúdicas generando conciencia de los riesgos de conductas abusivas

Metodología

Cada presentación consta de tres tiempos:

1. La función (teatro de títeres)
2. El taller (implementada por el equipo de salud)
3. Identificación víctimas (otra parte del equipo de salud)

RESULTADOS

103 participantes de 3 talleres en 3 instituciones educativas en donde se aplicó encuesta de satisfacción:

- Metodología: 42,9% le pareció muy buena
- Contenidos: 57% buenos
- Utilidad práctica: 14,3% bastante
- Cumplimiento de objetivos planteados: 57% suficiente

CONCLUSIONES

TEATRARTE genera mediante el uso de títeres una experiencia creativa que acerca temas de salud a la comunidad con una metodología lúdica y participativa. El desarrollo de las actividades fuera del Centro de Salud permite a la comunidad incorporar al CESFAM como un punto de apoyo ante situaciones de violencia escolar, estrechando el vínculo entre el CESFAM y las instituciones educativas. Asimismo permite al equipo detectar casos de violencia escolar sin necesidad de intervenciones invasivas, además del establecimiento de acuerdos de trabajo entre CESFAM y Colegios para acompañar a las víctimas.

Para los integrantes del grupo TEATRARTE es importante contar con los espacios de preparación de los talleres ya que constituye un espacio recreativo.



ASOCIACIÓN ENTRE MALNUTRICIÓN POR EXCESO Y RIESGO DE PÉRDIDA DE FUNCIONALIDAD EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LA COMUNA DE LIMACHE.

Caroca A¹, Meléndez A¹, Vásquez A¹, Durán S¹, Suárez C¹, Núñez N¹, ¹De Salud, De Salud, Universidad Santo Tomás.

INTRODUCCIÓN

En Chile la esperanza de vida ha ido incrementando, lo que indica que las condiciones de vida para subsistir han ido mejorando, pero esto generalmente no se relaciona con una óptima calidad de vida, lo que según estudios se ha descrito que en los adultos mayores (AM) es prevalente la pérdida de las capacidades funcionales, las cuales pueden ser relacionadas al exceso o déficit de peso, pérdida de masa muscular, presencia de número de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre otros. En Chile, en Atención Primaria de Salud, la funcionalidad que es la habilidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria, se evalúa según el Examen de Medicina Preventiva del AM (EMPAM), que se realiza anualmente a mayores de 65 años y detecta factores de riesgo del AM autovalente. Y la “Escala de Funcionalidad” establecida por Lawton y Brody (LYB) (Lawton 1969), para todo adulto mayor de 60 años y más, es otro método de medición más concreto que el EMPAM. Esta escala hace referencia más específica de la funcionalidad que tiene la persona y es característica para la aplicación de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y para complementar el IMC, existe la dinamometría que se asocia a la fuerza muscular, que en combinación con la sarcopenia, la pérdida de fuerza y la habilidad funcional e independencia, se traduce en un estado de envejecimiento del AM más evidente.

OBJETIVOS

El objetivo general de esta investigación fue asociar la malnutrición por exceso y funcionalidad medido por dinamometría en AM pertenecientes al Proyecto Comunitario del Hospital Geriátrico Paz de la Tarde y Municipalidad de Limache. Dentro de los objetivos específicos estuvo: Describir las características de los AM, antropometría y de salud de los sujetos autovalentes, comparar la prevalencia del riesgo de pérdida de funcionalidad según el test de LYB y dinamometría de mano, asociar la malnutrición por exceso con el riesgo de pérdida de funcionalidad según dinamometría y evaluar la funcionalidad mediante dinamometría y test de LYB.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal. Se evaluó a 187 AM autovalentes de 60 años y más, ambos sexos, con una muestra mínima de 94 sujetos (IC 95%; 5% de error). Para la medición general de funcionalidad se usó el test de LYB y dinamómetro de mano, se evaluaron mediciones antropométricas y se aplicó una encuesta general de salud. En enfermedades crónicas se consultó por las cardiovasculares, artrosis y otras; para escolaridad por los años de estudio, para evaluar el peso corporal se utilizó una balanza digital marca SECA 803, la talla se midió con estadiómetro marca SECA 217, se calculó el IMC y se clasificó el estado nutricional. Para el procedimiento de la evaluación funcional, se utilizó un dinamómetro marca BASELINE, para medir la fuerza de mano, las AIVD se clasificaron en base a cuatro de las actividades que componen el índice de LYB.

RESULTADOS

De los 187 AM evaluados, 84% fueron mujeres, se detectó mayor escolaridad en hombres ($p=0,001$). La malnutrición por exceso se detectó con un 91,4% para ambos sexos según criterio OMS. En cuanto a las ECNT, las mujeres presentaron un predominio de tres o más enfermedades por sobre los hombres. Al relacionar el estado nutricional según MINSAL y el riesgo de pérdida de funcionalidad, se observó que tanto para el bajo y el exceso de peso, el riesgo supera el 80%. Al comparar los métodos de evaluación de funcionalidad, se encontró que la dinamometría de mano detecta un riesgo de pérdida de funcionalidad de un 81,3%, comparado con un 16% para LYB, por lo que la primera técnica pesquiza mayor cantidad de sujetos ($\text{Chi}^2=0,065$). La prevalencia de sarcopenia fue de 29% en sujetos con exceso de peso según referencia OMS ($\text{Chi}^2=0,001$).

CONCLUSIONES

En base a los resultados, el exceso de peso prevalece en el AM, la cual también se asocia a la alta prevalencia de riesgo de pérdida de funcionalidad medido por dinamometría, este instrumento es de fácil uso, bajo costo económico y de tiempo de aplicación, el cual ofrece la oportunidad de pesquisar oportunamente la pérdida gradual de funcionalidad en el AM, más cuando en los resultados el 84% de los AM fueron clasificados como funcionales según el test de LYB y sólo un 18,7% por dinamometría, así como el realizar y analizar más exhaustivamente el estado nutricional y de salud del AM, pesquizando la sarcopenia y funcionalidad antes de los 60 años, el cual evitaría daños colaterales del envejecimiento.



ABORDAJE INTEGRAL AL PACIENTE CON DEPENDENCIA SEVERA Y SU FAMILIA: CARACTERIZACIÓN DE POBLACIÓN DE CUIDADORES DE CENTRO DE SALUD FAMILIAR UC SAN ALBERTO HURTADO DE PUENTE ALTO.

Cespedes P¹, Cevallos C², Del Pino C², Delgado V², ¹medicina familiar, Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile. ²escuela de medicina, facultad de medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile.

BACKGROUND

Las personas que asumen el cuidado de personas dependientes están en riesgo de presentar problemas físicos, mentales y socioeconómicos, que pueden afectar sus actividades de ocio, relaciones sociales, y cuidado personas. Conocer a estas personas permite hacer frente a los desafíos que su rol conlleva. En CESFAM SAH existe un programa de pacientes dependientes que considera los cuidados del cuidador, pero hasta ahora esta población aún no ha sido bien identificada en cuanto a su perfil de morbilidad, calidad de vida y redes de apoyo disponibles, por lo que no ha sido posible diseñar alternativas de abordaje para sus necesidades.

OBJETIVOS

Caracterizar a la población de cuidadores del CESFAM SAH, considerando aspectos demográficos, antecedentes médicos, grado de sobrecarga, riesgo de psicopatología, calidad de vida y red de apoyo, e identificar sus principales necesidades derivadas de su rol como cuidador.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio realizado entre abril y mayo 2017. La muestra fue tomada de la población de cuidadores de los pacientes pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes con Dependencia Severa del CESFAM SAH. De la población total de cuidadores (35 personas), se excluyeron cuidadores pagados y quienes compartieran esta labor con 3 o más personas. 28 personas (80% del total) cumplieron estos criterios. La recopilación de datos se realizó mediante revisión de fichas y aplicación de un cuestionario estructurado de elaboración propia mediante visitas domiciliarias a cada cuidador. Se evaluó antecedentes demográficos, antecedentes médicos, escala de Barthel del familiar dependiente, sobrecarga del cuidador con Zarit-C, Goldberg de trastornos del ánimo, calidad de vida mediante WHOQOL-BREF y APGAR familiar; todas validadas en población chilena. Se indagó acerca de la existencia de redes de apoyo, participación en actividades de recreación, entre otros. Finalmente se consultó acerca de distintas necesidades, de acuerdo a elementos descritos previamente en la literatura, los cuales fueron agrupados en 4 categorías: “información respecto a la persona que cuida”, “aspectos de mi propia salud”, “accesibilidad a redes de salud” y “asesoramiento en beneficios financieros”. Posteriormente se procedió al análisis estadístico de cada variable.

RESULTADOS

Nuestra población es 92,85% de sexo femenino, con un promedio de edad de 56 años. Un 78,6% de ellos no tiene trabajo activo y dentro de este grupo un 50% dejó de trabajar debido a labores de cuidado de su familiar. La prevalencia de patologías crónicas fue un 60,71% y la presencia de psicopatología diagnosticada fue de un 35,7%. Al valorar el grado de sobrecarga del cuidador (Zarit-C) la mayoría presenta sobrecarga intensa (78,57%), independiente del grado de dependencia. Los dominios de la escala WHOQOL-BREF con peor evaluación fueron “relaciones sociales” (44,67%) y “salud mental” (48,71%). Calidad de vida y satisfacción con la propia salud obtuvieron una nota de 2,78 y 2,73, respectivamente de un puntaje máximo de 5 puntos. Al evaluar el grado de satisfacción con respecto al funcionamiento familiar, un 79% considera que su familia es altamente funcional. Un 82,1% tiene alguna persona con quien dejar a su familiar ante eventualidades, sin embargo, sólo un 35,7% presenta un cuidador secundario fijo, además solo un 42,9% refiere tener ayuda en labores del hogar. Un 71,4% no participa en actividades recreativas fuera del hogar. Un 39,3% afirma recibir estipendio municipal. Las necesidades del cuidador, las categorías con mayor necesidad fueron: recursos económicos (34,3%), apoyo psicológico (37,7%) y manejo de fin de vida (37,1%).

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio muestran que las características de los cuidadores del CESFAM SAH son consistentes con las descritas en la literatura nacional e internacional. Existe una alta prevalencia de sobrecarga, que se condice con un alto



riesgo de psicopatología y mala percepción de calidad de vida, siendo los principales dominios afectados la salud mental y las relaciones sociales. Las principales necesidades de estas personas aparecen como el manejo de fin de vida, el manejo de su salud mental y la asesoría en beneficios financieros. Este estudio de gran valor cuantitativo y cualitativo, permitiendo estudiar de forma completa el estado de salud de los cuidadores de toda nuestra población de pacientes con dependencia severa, y servirá de base para dirigir los esfuerzos del equipo de salud en actividades que se ajusten a la realidad de nuestros usuarios.



RESPONSABILIDAD SOCIAL EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA DE CHILE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ALUMNOS DE PREGRADO.

Céspedes P¹, Vasquez M¹, Sapag J¹, ¹medicina familiar, Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile.

Un sistema de salud basado en las necesidades de las personas debe incluir la participación activa y consciente de las escuelas de medicina, entidades formadoras de los profesionales que serán parte elemental de los servicios de salud. La responsabilidad social es el concepto que define esta necesidad como “La obligación (de las escuelas) de dirigir sus actividades educativas, investigadoras y de servicio en atender las necesidades prioritarias de su comunidad, región y/o nación que les ha conferido el mandato de servir”^[1]. Hasta la fecha, no ha sido incluida en las mediciones de calidad universitaria limitando la importancia del compromiso social que las Escuelas de Medicina deben tener con la comunidad y el sistema de salud de su país. Consensos internacionales han ubicado a la responsabilidad social como componente fundamental de la formación médica, y se han establecido los alcances deseables de trabajo para lograr una Escuela socialmente responsable¹. A nivel local, existen grupos que buscan medir la responsabilidad social en las Escuelas de Medicina/ área de la salud basados en la perspectiva de los académicos y representantes de centros formadores. Dado que los alumnos son pieza clave de una Escuela de Medicina, es relevante conocer perspectiva y vivencia de estos estudiantes acerca de la responsabilidad social, y así incluirlos al reflexión actual de este relevante aspecto de la formación médica.

El presente estudio tiene por objetivo caracterizar la Responsabilidad Social en las Escuelas de Medicina desde la perspectiva de los alumnos de pregrado a través de un estudio cualitativo transversal multicaso. La recolección de datos será a través de grupos focales con alumnos de ocho Escuelas de Medicina de Chile seleccionadas por conveniencia, respetando las proporciones de distribución geográfica y su calidad de tradicional o privada. Se realizará análisis de contenido cualitativo utilizando partes de la metodología del framework method analysis (Ritchie & Spencer, 1994), permitiendo organizar los datos en matrices según temáticas claves definidas previamente y las emergentes, según lo encontrado en los grupos focales. Luego, se buscarán patrones, conceptos e interpretaciones de los datos según los objetivos originales de la investigación y se comparará con la literatura previa existente.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo entienden y perciben la Responsabilidad Social de las Escuelas de Medicina los alumnos de pregrado de Chile?

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar el concepto de responsabilidad social en las Escuelas de Medicina desde la perspectiva de los alumnos de pregrado en Chile.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar elementos claves que deberían estar presentes en una Escuela de Medicina de Chile para ser socialmente responsable, desde la perspectiva de los/as alumnos/as de pregrado
- Determinar qué atributos de responsabilidad social reconocen los/as alumnos/as en sus Escuelas de Medicina
- Identificar en qué medida la presencia de Atención Primaria en Salud (APS/Medicina Familiar) en la formación de pregrado contribuye a fortalecer la responsabilidad social de las escuelas desde la perspectiva de los alumnos

RELEVANCIA

La responsabilidad Social es un concepto reconocido internacional y localmente como pieza clave de la misión de las universidades. Releva la importancia de una medicina centrada en las necesidades de la población.

Este estudio es pionero en Chile, que explorando las percepciones y experiencias sobre el concepto de responsabilidad social en los alumnos de nuestro país.



PLAN DE TRABAJO

Periodo de trabajo: Junio 2015 - Abril 2018

1era Etapa realizada:

- Revisión bibliográfica del problema en estudio
- Formulación de la pregunta de investigación y diseño de metodología de estudio
- Diseñar grilla de trabajo para grupos focales.
- Elaborar del consentimiento informado
- Presentar el proyecto a comité de ética para su aprobación

2da Etapa en proceso:

- Contactar a los centros de alumnos de las universidades seleccionadas e invitar a participar al estudio
- Conformar y realizar grupos focales

3ra Etapa en proceso:

- Transcripción de grupos focales.
- Análisis de resultados de grupos focales Elaboración de artículo para eventual publicación.

^[1] Boelen, C. & Woollard, R. F. Consenso Global sobre Responsabilidad Social de las Facultades de Medicina. *Educ. Medica* 14, 7–14 (2011).



ATRIBUTOS Y CARACTERÍSTICAS DEL MODELOS INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS EXPERTOS.

Dois A¹, Bravo P², Contreras A², Mora I³, Soto G³, Solis C³, ¹Salud del Adulto y Senescente, Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile.²Salud de la Mujer, Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile.³Medicina Familiar, Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile.

La reforma del sistema de salud chileno se basó en el fortalecimiento de la APS a través del cambio de un modelo básicamente curativo a uno centrado en la promoción y la prevención de la salud y la integralidad de la atención. El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), como eje organizador de la APS, fue concebido como pilar central en el diseño de la reforma del sistema de salud, sin embargo no contó con un marco normativo que facilitara su instalación. La diversidad en su ejecución y los esfuerzos que ha implicado sostener el cambio obliga a realizar acciones concretas para sistematizar su implementación y la mejora continua de los procesos que lo sustentan. El MAIS es un modelo de relación entre los equipos de salud, personas, familias y comunidades de un territorio. Reconoce al usuario como parte de un sistema sociocultural diverso y complejo, y por ello, activo en el cuidado de su salud y al centro de la toma de decisiones; considera la atención de la persona (familia) y sus necesidades y la corresponsabilidad del cuidado entre profesionales y usuarios sobre tres principios irrenunciables: atención centrada en los usuarios, integralidad y continuidad del cuidado.

OBJETIVO

Describir atributos y características de los principios orientadores del MAIS desde la perspectiva de expertos en APS. Los resultados derivan del proyecto FONIS SA14ID0025. Metodología: estudio cualitativo prospectivo, basado en el método Delphi electrónico con expertos nacionales en APS que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: profesionales de la salud que trabajaran en APS al menos los últimos 5 años, jefes de Servicios de Salud, jefe de área de salud de Corporaciones Municipales, directores de Centros de Salud Familiar, académicos que hubieran desarrollado líneas de trabajo e investigación vinculadas a la APS. Para seleccionar el grupo de expertos se utilizó muestreo por conveniencia y en cadena. Luego se determinó el Coeficiente de Competencia de Experto (Kcomp). El criterio de selección fue un $K_{comp} \geq 0.8$, es decir, coeficiente de competencia alto. El criterio de finalización fue un Coeficiente de Concordancia en un mínimo del 80%. El estudio contó la aprobación del Comité Ético-Científico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile y del Comité de Ética del Servicio Metropolitano Sur-Oriente.

RESULTADOS

El grupo experto quedó formado por 29 profesionales de edad promedio de 46 años, preferentemente médicos (58,6%) con un tiempo de ejercicio profesional en APS de 19 años promedio. Se realizaron tres rondas de Delphi. La tasa de respuesta varió entre 72,4% y 86,2%. El Coeficiente de Concordancia varió entre 83% y 100% para todos los ítems consultados. Se definieron las características y atributos de los tres principios orientadores del MAIS:

- a) Centralidad: se determinaron los atributos y características de este principio y las acciones para dar cuenta de él en torno a dos ejes Toma de decisiones compartidas y Buen trato.
- b) Integralidad: se determinaron las características de este principio y las acciones para dar cuenta de él en torno a dos ejes: promoción y prevención en el ciclo vital y cuidado de personas con problemas crónicos de salud.
- c) Continuidad: se determinaron atributos y características de este principio y las acciones para dar cuenta de él en torno a dos ejes: oferta de prestaciones y mecanismos de referencia y contrareferencia.

CONCLUSIÓN

Se describen los principales atributos y características de los 3 principios orientadores del MAIS: centralidad, integralidad y continuidad y se proponen algunas acciones específicas para mejorar su implementación. Reconociendo la heterogeneidad con que el MAIS ha sido implementado y las distintas realidades de acuerdo a territorios locales específicos, los resultados permiten responder de manera flexible a dicha diversidad, pudiendo constituirse en una guía que oriente su implementación en aquellos CESFAM en que el Modelo ha tenido un desarrollo menor con niveles de exigencia diferenciados de acuerdo al avance y realidad local. De esta manera se acompaña a los equipos de salud en la instalación del modelo en función del logro de los indicadores.



FORMANDO COMUNIDAD CON MIGRANTES EN EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR (CESFAM) DR. ALFONSO LENG.

Farías Durán K¹, Cortés Aguilera A¹, Pérez Rodríguez E^{2,1}, Pineda León M¹, Silva Carrera N^{3,1}, Silva Huguez V¹, ¹Atención Primaria y Salud Familiar, Medicina, Universidad de Chile. ²Cesfam Dr. Alfonso Leng Municipalidad de Providencia. ³Cesfam Dr. Alfonso Leng Municipalidad de Providencia.

ANTECEDENTES

La migración en Chile se ha incrementado desde los años 90, siendo nuestro país uno de los principales destinos de Sudamérica debido a la percepción de estabilidad política y económica. Desde el año 2001 se ha visualizado una modificación en la composición de este grupo, con una fuerte presencia femenina, indígena y más recientemente de descendencia afroamericana(1). Este trabajo se enmarca en la necesidad de abordar a esta población que ha aumentado exponencialmente(2), donde un 68,7% se atiende en el sector público de salud(3) y que no es completamente conocida ni abordada por el equipo de salud.

La población inscrita de migrantes en el CESFAM Dr. Alfonso Leng a junio 2016 según datos de la ficha electrónica RAYEN, son de un 4,4 % del total de la población inscrita, de ellos 8% son menores de 15 años, 77% entre 15-60 años y 14% mayores de 60 años, con predominio de mujeres y que en su mayoría corresponde a nacionalidad peruana, colombiana y venezolana. El centro evidencia esta problemática y establece como estrategia para indagar sus necesidades en salud la participación comunitaria, con la finalidad de vincular la comunidad con el centro y humanizar el trato.

OBJETIVOS:

General:

- Implementar un proyecto de participación comunitaria en población migrante vinculada al CESFAM.

Específicos:

- Realizar un diagnóstico de necesidades de salud de la población migrante.
- Establecer un plan de acción en base al diagnóstico participativo realizado.

DESARROLLO

Se realizó una invitación abierta a migrantes inscritos en el CESFAM a participar de sesiones de diversa índole (presentación de comidas típicas, charlas informativas del sistema de salud, entre otros) con la finalidad de generar un vínculo de confianza entre los migrantes y el CESFAM. Una vez generado el vínculo se realiza una convocatoria abierta para abordar sus necesidades en salud, de acuerdo a los tiempos y disponibilidad de los participantes.

Se realizó el diagnóstico participativo a través de un árbol de problemas(4) y se priorizó por magnitud, a través de una jerarquización por puntaje ponderado. Luego se construyó el árbol de objetivos identificando las acciones viables a seguir según la realidad local. En base a esto, se definieron estrategias con el intersector para abordar dichos temas.

RESULTADOS Y/O CONCLUSIONES

Se efectuó el diagnóstico de las problemáticas que afectan a su salud, priorizando como problema el alto nivel de estrés. Las causas las identifican como multifactoriales y de las cuales ellos destacan las malas condiciones laborales, situación irregular en el país, contaminación ambiental y soledad. Se priorizó por magnitud y viabilidad las malas condiciones laborales.

En conjunto con el intersector se definió la realización de un taller socio-laboral que sirvió de orientación en marco legal y beneficios a optar en trabajo y salud. Una vez finalizado el taller, se decide la creación de una comunidad de migrantes con la finalidad de abordar nuevas temáticas y fortalecer el vínculo con el CESFAM. Al finalizar este ciclo, se realizó una evaluación cualitativa donde se confirmó por parte del equipo de salud y los migrantes la importancia y utilidad del espacio creado y se definieron nuevos objetivos específicos, como la eventual formación de un grupo con personalidad jurídica y un espacio de comunicación a través de la red social "facebook".



Este proyecto visibilizó a esta población en los equipos, permitiendo profundizar la intervención que tienen los usuarios en la definición de las acciones realizadas en salud y que tienen directa injerencia en ellos, validando que la migración es un proceso multicausal que involucra tanto factores internos de cada individuo (motivaciones, calidad de vida, accesibilidad a bienes y servicios), como a las oportunidades que el sistema político, económico y social del país brinda a esta población. La implementación de este grupo de participación en el CESFAM pretende ser un motor en la activación comunitaria, que permita darle continuidad y profundización al trabajo a lo largo del tiempo, con el fin de avanzar hacia el empoderamiento de las personas.



NO CAMBIES TU MOCHILA POR UN BEBÉ – PREVENCIÓN DE EMBARAZO ADOLESCENTE PROYECTO DE PROMOCIÓN EN SALUD.

Farias P¹, Muñoz C¹, Menares C¹, Fajardo M¹, ¹Medicina, Medicina, Universidad Andrés Bello.

ANTECEDENTES

La sexualidad en adolescentes ha tenido importantes cambios en el último tiempo, mostrando una tendencia a la disminución de la edad de inicio de esta a través de los años. En cuanto al embarazo adolescente, en el año 2011, el 3.7% de las adolescentes (41.289) estaba embarazada o en lactancia, según el SERNAM. Específicamente en la comuna de El Bosque, hay 5.9% (411) de mujeres embarazadas entre 15 y 19 años, y 0,07% (5) en menores de 15 años, en 2016. Es por ello que se considera que una educación atingente y precoz (en menores de 15 años) generará conciencia acerca del embarazo adolescente, impactando positivamente, pudiendo disminuir la tasa del mismo. Por lo que se decide innovar con este proyecto de promoción en salud.

OBJETIVO PRINCIPAL

Generar conciencia acerca del embarazo adolescente en estudiantes de 7° y 8° año del Colegio Aviadores, El Bosque.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocer las inquietudes y proyecciones de su futuro de la muestra a intervenir, promover una actividad sexual responsable fomentando el uso de métodos anticonceptivos, exponer el conducto regular para ingresar al programa de planificación familiar del CESFAM y evaluar el nivel de aprendizaje de la jornada realizada.

DESARROLLO

Se seleccionaron adolescentes de 12 y 13 años del Colegio Aviadores, de la Comuna de El Bosque (55 alumnos en total). Sólo fueron incluidos los alumnos con autorización escrita de sus apoderados. Se utilizaron estrategias educativas e interactivas divididas en 2 jornadas. En la primera, se realizaron 2 actividades; primero un papelógrafo con sus proyecciones a 10 años, y luego manifestaron sus dudas por escrito sobre sexualidad orientado en embarazo adolescente, conociendo así la muestra, y poder ajustar la segunda jornada en base a ello. En la segunda jornada, mediante una presentación didáctica, se respondieron sus dudas y se educó respecto al embarazo adolescente, cómo prevenirlo mediante el uso de métodos anticonceptivos, los que fueron explicados y mostrados (anticonceptivo oral, preservativo, anillo, parche, inyección e implanon), y cómo obtenerlos en el CESFAM. Finalmente vieron las consecuencias del mismo mediante la frustración de sus propios proyectos planteados en el papelógrafo. Para terminar, se realizó una evaluación de 12 preguntas respondidas mediante escala Likert del 1 al 4, considerando como correctas las respondidas como “3: de acuerdo” o “4: muy de acuerdo”, cuantificado el impacto de las intervenciones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Del total de los alumnos, sólo 46 entregaron la autorización firmada. Junto con un grupo de 8 alumnos de 8° básico que no quiso participar de manera voluntaria, el N muestral disminuyó a 38 adolescentes. La primera jornada se realizó en abril de 2017. Se propuso como meta, en base al 1er objetivo específico, lograr que 100% de los alumnos participara activamente, lo cual se cumplió en su totalidad, observándose motivados y entusiastas, logrando expresar sus proyectos futuros y dudas por escrito. La segunda jornada se realizó en mayo de 2017, donde se logró exitosamente mostrar y ejemplificar los temas definidos previamente. Evidenciando gran interés de los escolares, siempre atentos, con preguntas y opiniones atingentes. En base al segundo objetivo específico, se aspiró a que el 80% contestara de manera correcta las preguntas 1, 2, 4 y 5 de la evaluación, ya que hacían alusión a planificación de las relaciones sexuales y uso de método anticonceptivo, siendo efectivamente un 80% de las respuestas en base a lo esperado. Para el tercer objetivo específico, se planteó que el 100% contestara correctamente la pregunta 11 de la evaluación, que alude a cómo obtener un anticonceptivo en el CESFAM. Esto fue lo único no cumplido, ya que un 7% no concordó, a pesar de haber sido enfatizados aquellos disponibles en los CESFAM, su gratuidad y cómo agendar hora con la matrona. Por último, se propuso para el cuarto objetivo específico que al menos el 80% respondiera más del 80% de las preguntas correctamente, alcanzando un 90% de evaluaciones contestadas con 10 preguntas según lo esperado. Con el cumplimiento del 75% de los objetivos específicos, se concluye que con una educación didáctica, atingente y precoz, “No cambies tu mochila por un bebé” logró generar conciencia acerca del embarazo adolescente en la población seleccionada, resultando satisfecho el objetivo principal. Queda planteado como desafío mejorar la implementación del objetivo específico 3 y expandirlo a más colegios para generar un mayor impacto.



ELABORACIÓN DE CUESTIONARIO Y STORE DE VULNERABILIDAD FAMILIAR CONSIDERANDO DETERMINANTES SOCIALES EN CESFAM PANGUIPULLI.

Fernández L¹, Muñoz A², Telechea C³, Muñoz S⁴, Muñoz R³, Delgado J³, ¹Pediatría, Medicina, Universidad de La Frontera. ²Cesfam Panguipulli Municipalidad de Panguipulli. ³Especialidades, Medicina, Universidad de La Frontera. ⁴Salud pública, Medicina, Universidad de La Frontera. (Sponsored by Universidad De La Frontera)

El bienestar o vida familiar saludable es un potente factor protector de enfermedades crónicas no trasmisibles y de salud mental, asimismo comprobadas están las múltiples intervenciones familiares en salud primaria que han tenido buenos resultados (Leniz, García-Huidobro, 2012). Por otro lado, conocido es el enfoque poblacional en salud primaria que, al contrario del enfoque de riesgo, implica el conocimiento del nivel de vulnerabilidad de la población usuaria de los centros de atención para así poder enfocar las distintas intervenciones preventivas en los diferentes grupos o familias. No existen en Chile instrumentos operativos de medición de vulnerabilidad familiar en salud que considere, además del funcionamiento familiar (Püschel, Soto, Cerda, Rojas, 2012) determinantes sociales de la familia y del entorno, y que presente utilidad en centros de salud cuyo contexto sea preponderantemente rural. Frente a esto, a continuación se presenta un estudio por medio del cual un equipo interdisciplinario (que contempló investigadores universitarios con experiencia y profesionales del equipo de gestión del CESFAM Panguipulli) cuyo

OBJETIVO fué elaborar un instrumento válido y consistente que permite rankear a las familias según vulnerabilidad, y así permitir intervenciones con enfoque poblacional en Salud Primaria. Material y método El diseño es mixto con un componente cualitativo en la construcción del instrumento (Etapa 1), a partir de la opinión de expertos y usuarios/as de la salud primaria, y un componente cuantitativo en su validación (Etapa 2), a través de aplicación a una muestra de 204 familias usuarias del CESFAM de Panguipulli, lo que permitió realizar un proceso de reducción de variables y un Análisis de Componentes Principales para finalmente construir un Modelo de Score de Vulnerabilidad Familiar en Salud. Finalmente se observó el comportamiento del modelo, en la cual se validó la consistencia del Score mediante el estudio de la asociación con los Daños. Luego de obtenido el Score de cada una de las 204 familias que participaron en la aplicación masiva, se procedió a comprobar si este modelo tenía sentido, a la luz de la definición de Vulnerabilidad Familiar en Salud, a saber, la relación entre esto y la posibilidad de que los miembros de una familia puedan sufrir daños.

RESULTADOS

Según el Modelo explicativo de la Vulnerabilidad Familiar en Salud, obtenido a partir del Análisis de Componentes Principales, se obtienen los score de las diferentes familias que fueron parte de la muestra a la que se le aplicó el Cuestionario Prototipo. Los resultados muestran que estos puntajes varían entre un 0,9 y 4,0, con un promedio de 1,93. Considerando que este tipo de análisis estadístico permite establecer una lectura comparada de estos puntajes, se establecen puntos de corte comparativos sobre lo que sería un nivel bajo, medio o alto de Vulnerabilidad Familiar en Salud.

CONCLUSIONES

El presente trabajo permite relevar interdisciplinariedad en el ejercicio investigativo, puesto que expone la experiencia de un equipo de trabajo integrado por profesionales de un Centro de Salud local con y de investigadores de distintos ámbitos del conocimiento académico. Además, se destaca en la metodología la participación de usuarios/as que permite incorporar nuevas variables en la construcción del instrumento para que sea adecuado a la realidad local. A través del Score de Vulnerabilidad Familiar, es posible rankear a las familias, lo cual permite conocer la distribución de la población usuaria del CESFAM en relación a su puntaje en el score de Vulnerabilidad Familiar. Además, por tratarse de valores referenciales, es una medición contextualizada, y no utiliza criterios estandarizados a nivel regional o nacional: la posición o el puntaje de una familia cobra relevancia solo en relación al total de la población usuaria del CESFAM, es decir, a la realidad local. Esto permite enfocar de la mejor forma los recursos y las intervenciones en cada centro, propiciando un enfoque poblacional. Con ello, el equipo del CESFAM, puede tomar decisiones para intervenciones o focalización, consecuentes con las características en relación a la vulnerabilidad familiar de su población a cargo.



RELACIÓN ENTRE POBREZA MULTIDIMENSIONAL, BARRERAS DE ACCESO Y SALUD AUTOPERCIBIDA EN ADULTOS EN CHILE: DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES.

Flaño J¹, Oyarte M², Pedrero V², Cabieses B², ¹Medicina Familiar, Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile. ²Enfermería, Medicina, Universidad del Desarrollo.

INTRODUCCIÓN

En Chile desde el año 2013 se incorporó a encuestas poblacionales la medición multidimensional de la pobreza (PMD), alcanzando un estimado del 20% de la población chilena según CASEN 2013. En Chile, esta primera medición de PMD incluyó carencias en 4 ámbitos: salud, educación, vivienda y trabajo -seguridad social. La relación entre pobreza, acceso a salud y salud autopercebida (SAP) ha sido documentada en otros países, con diferencias significativas entre hombres y mujeres, siendo las mujeres aquellas más afectadas, teniendo una peor SAP. Acorde a la medición de PMD, en nuestro país, existe aun escasa evidencia de su relación con salud y de sus diferencias entre hombres y mujeres.

OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio son explorar la relación entre PMD, barreras de acceso a salud (BAS) y SAP en Chile, y comparar esta relación entre hombres y mujeres adultos.

MÉTODOS

Estudio de prevalencia, basado en datos de encuesta CASEN 2013. Esta encuesta, representativa a nivel nacional, tiene como uno de sus objetivos, conocer la situación de los hogares y de la población, en especial aquellas en situación de pobreza y de grupos prioritarios con relación a aspectos de salud, educación y otros. Utilizando a la población mayor de 15 años que respondió directamente a la pregunta SAP (n=85139 equivalente a N=6.718.477) se ajustó un modelo de regresión ordinal con odds parcialmente proporcionales con enlace log complementario. Se consideró como variable dependiente SAP (buena/regular/mala), y como independientes: PMD (pobre/no pobre) y BAS (si/no). Para toda la muestra y por sexo, se estimaron modelos crudos y ajustados por variables sociodemográficas (edad, etnia, estado civil, actividad, condición migratoria, escolaridad e ingreso). Todos los análisis se realizaron considerando la naturaleza compleja de la muestra.

RESULTADOS

Para el total de la muestra, ya sea de manera cruda o ajustada, el encontrarse en situación de PMD y presentar BAS disminuyen la probabilidad de tener una moderada o buena SAP. Entre estas dos, las BAS presentan una mayor fuerza de asociación con la SAP. Específicamente aquellos que presentan BAS, tienen menor probabilidad de reportar una buena o moderada salud, en comparación con aquellos que no poseen BAS ($\beta=-0,32$). Los mismos, tienen menor probabilidad aún, de reportar una buena salud. ($\beta=-0,5$). En este mismo modelo, observamos que las mujeres poseen una significativamente menor probabilidad que los hombres de presentar una buena o moderada SAP. El mismo comportamiento entre PMD, SAP y BAS ocurre al analizar la muestra para hombres y mujeres por separado. Al comparar por sexo, se observa que en las mujeres existe una mayor fuerza de asociación entre PMD y SAP que en hombres, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa. En contraste, al analizar la relación entre SAP y BAS (ajustadas por PMD y variables sociodemográficas), se encontró una mayor fuerza de asociación en hombres que en mujeres, igualmente sin ser estadísticamente significativa. En este mismo modelo, sin ajustar por variables sociodemográficas, la diferencia en BAS, entre hombres y mujeres, resulta ser estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES

A modo general las mujeres presentan niveles más bajos de SAP que los hombres. Por otro lado en la relación entre PMD, BAS y SAP no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, tras ajustar por variables sociodemográficas. Aunque al excluir dichas variables, las diferencias pasan a ser estadísticamente significativas. Estos resultados reafirman el enfoque de que la salud no es algo que se presente ni se pueda abordar de forma independiente y fuera de un contexto. La salud de una persona y población, se ve influenciada por el contexto y la realidad en que viven. Es así, como el presentar privaciones en diferentes ámbitos, como los mide la PMD afecta la SAP y las BAS. Cuando se quiere evaluar problemas específicos, como por ejemplo BAS, entre hombres y mujeres, hay que tener en cuenta que existen otras variables asociadas que pueden modificar nuestras percepciones y resultados. Es así como cuando hacemos el análisis considerando las



variables sociodemográficas las diferencias en las BAS no son significativas entre hombres y mujeres. Pero cuando usamos el modelo que solo considera PMD y BAS, esta diferencia pasa a ser significativa. Es decir cuando vemos el problema de acceso aisladamente, surgen resultados distintos que al mirarlos en contexto mas amplio, considerando otras variables de la persona.



ALTA SATISFACCIÓN DE LOS ALUMNOS DEL NUEVO INTERNADO AMBULATORIO, ESCUELA DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.

Glasinovic A¹, Plaza M¹, Jerez C^{1,2}, ¹Escuela de Medicina, Medicina, Universidad de Los Andes.²Escuela de Enfermería, Enfermería y Obstetricia, Universidad de Los Andes.

INTRODUCCIÓN

En el proceso de acreditación de la Escuela de Medicina de la Universidad de Los Andes en el año 2009, la comisión acreditadora sugiere fortalecer la práctica de la medicina ambulatoria, dado el poco espacio existente en la antigua malla curricular, en que predominaba una formación hospitalaria. Este evento, facilitó la incorporación del internado ambulatorio a la nueva malla curricular del año 2012, el cual tendría a su primera generación de internos de sexto año durante el año 2017, por un período de 12 semanas de extensión total. El internado ambulatorio se divide en 6 semanas de una rotación de atención primaria de salud (APS) por un centro de salud familiar, 3 semanas por un servicio de urgencia y 3 semanas de geriatría por un establecimiento de larga estadía de adulto mayor (ELEAM), requiriendo para la implementación de este internado, el vínculo con 10 nuevos campos clínicos para realizar estas pasantías clínicas, sumado al diseño e implementación de innovaciones curriculares que complementarían las pasantías clínicas en los campos clínicos para darle mayor integralidad a la formación a los alumnos.

Dentro del internado, destacan las siguientes innovaciones curriculares:

1. Implementación de seminarios de temas clínicos frecuentes de APS, basados en la metodología participativa de educación de adultos
2. Simulación clínica interdisciplinaria de escenarios de urgencias y visita domiciliaria integral de un paciente con dependencia severa,
3. Reuniones interdisciplinarias en conjunto con internas de enfermería, de salud familiar y comunitaria con presentación de casos de familias con temáticas psicosociales
4. Espacio protegido semanal para conversar sobre experiencias, reflexiones y casos clínicos de medicina ambulatoria
5. Pasantías clínicas con profesionales de los equipos de salud no médicos en los centros de salud familiar y en ELEAM, para fortalecer el trabajo en equipos de salud
6. Desarrollo de un proyecto de aprendizaje y servicio en la rotación APS
7. Jornada de presentación final de los proyectos de aprendizaje y servicio en modalidad de posters, con el fin promover la investigación científica en APS
8. Evaluación final innovadora, en que se incorpora un ECOE (examen clínico objetivo estructurado), con la participación de actores simulados en casos clínicos, en donde se da gran relevancia a la evaluación de habilidades comunicacionales en un contexto clínico de APS.

OBJETIVO

Evaluar la satisfacción del primer grupo de alumnos con el nuevo internado ambulatorio y sus innovaciones curriculares complementarias.

MÉTODOS

Al final del internado, se realizó una encuesta voluntaria y anónima, autoaplicada, por medio de la aplicación de internet llamada "Google Forms", la cual fue enviada mediante correo electrónico. La encuesta fue contestada en línea por 20 de los 21 internos participantes de la primera versión del internado. El alumno debía calificar el grado de satisfacción o utilidad de la actividad, en una escala que iba de una nota mínimo de 2 un máximo de 7.

RESULTADOS

Dentro de los resultados principales de la encuesta, destaca un promedio de satisfacción global con el internado ambulatorio de un 6,7; una sensación de utilidad para el futuro desarrollo profesional como médico general en un contexto ambulatorio de un 6,9; una sensación de logro de desempeño de los objetivos del internado de un 6,8; una sensación de utilidad del espacio de presentación de casos, reflexiones y experiencias clínicas de medicina ambulatoria de un 6,8. Además de los



resultados previos, se observó un promedio de satisfacción con la metodología de aprendizaje de los seminarios de temas frecuentes de APS de un 6,6; una satisfacción con la simulación clínica de visita domiciliaria de un 6,8; una satisfacción con la simulación clínica de urgencias de un 6,8; y una satisfacción con las reuniones interdisciplinarias de salud familiar y comunitaria de un 6,3.

CONCLUSIONES

El internado ambulatorio junto a sus innovaciones curriculares, han tenido en su primera versión una evaluación altamente satisfactoria por parte de sus internos participantes. La metodología docente aplicada en este internado, tiene el potencial de ser replicada en otras escuelas de medicina en Chile, lo que podría contribuir a incentivar a futuros médicos generales a desempeñarse en un contexto ambulatorio y en la APS al egresar, sumado al mayor interés por la formación médica en la especialidad de Medicina Familiar, la cual existe una importante brecha en Chile.



FARMACIA VIVA.

Hernández L¹, Silva Guerrero M F¹, Garrido Quintanilla C², ¹Salud Corporación municipal de Viña del Mar.²Medicina familiar y Comunitaria, Salud Publica, Valparaiso.

INTRODUCCIÓN

El uso de las plantas medicinales se remonta a la época prehistórica en la mayoría de las culturas conocidas. Los hombres recurrían a medios naturales para curar sus padecimientos, con el paso del tiempo se obtuvieron mayores conocimientos y tecnologías, con lo que el hombre se desarrolló y con esto la medicina. A pesar de este desarrollo los remedios naturales prevalecieron y prevalecen hasta nuestros días. De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud), (2002 – 2005), la medicina tradicional es la suma total de conocimientos, habilidades y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias oriundos de las diferentes culturas, sean o no explicables, y usados en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnóstico o tratamiento de las enfermedades físicas o mentales. Las plantas medicinales habitan este arsenal de sabiduría milenaria, como lo es la medicina tradicional. En septiembre del año 2009 se publica en el diario oficial de la República de Chile, la resolución No 548-exenta, que contiene un listado de 103 plantas herbarias de uso medicinal, con lo cual no sólo se legitima, sino además se educa en su uso. En nuestra práctica médica la utilización cada vez más masiva de plantas medicinales por parte de la población, nos señala la importancia de abrir canales de información para su indicación y correcto uso. Si bien este no es un problema, si es una gran oportunidad para desarrollar de forma seria y continúa, un plan de trabajo que contemple el uso de la medicina tradicional y en específico de las plantas medicinales.

OBJETIVOS

Promover el uso de Plantas Medicinales, en el cuidado de la salud, masificando la implementación de huertos comunitarios y domiciliarios.

- Promocionar en ferias Comunitarias el cultivo y uso de plantas medicinales.
- Capacitar al equipo de Salud y agentes comunitarios en el uso y cultivo de plantas medicinales.
- Promover la autogestión y réplica de huertos Comunitarios.

METODOLOGIA

- Sensibilización comunitaria, se realiza Feria de la Salud de “Plantas Medicinales”, con participación inter-sectorial y comunitaria incorporando a la agrupación de Etnia Mapuche del sector.
- Sensibilización al equipo de Salud y agentes comunitarios, capacitándolos en el conocimiento del cultivo y uso de plantas medicinales.
- Postulación a fondos que financien 3 huertos comunitarios.

RESULTADOS.

- Financiamiento para la implementación de 3 huertos Comunitarios. Los cuales son ubicados en el Jardín Infantil y junta de vecinos del sector y en el propio centro de salud.
- Equipo de Salud y agentes comunitarios capacitado en el cultivo y uso de plantas medicinales.
- Sentimiento de responsabilidad e integración comunitaria basado en el cuidado de los Huertos, como también en la organización de su utilización, contribuyendo con esto a la práctica del autocuidado y promoción del buen trato entre vecinos.
- Esta valoración positiva se relaciona con el reconocimiento de una nueva forma de interacción entre la comunidad y el equipo de salud, fortaleciendo las instancias participativas en que se evidencia un “beneficio para todos”, lo que permite generar intervenciones y/o soluciones desde las bases territoriales.

REFLEXIONES

Se rescata la validación y profundización de las relaciones saludables entre el equipo de salud y la comunidad, dado que ambas partes trabajan en la identificación de las necesidades del sector, y se comprometen en un trabajo conjunto fortaleciendo el sentido de pertenencia, territorialidad y articulación de las redes institucionales y organizacionales del sector. Las propiedades terapéuticas de las plantas son un verdadero desafío para la ciencia moderna: día a día se suman



importantes investigaciones clínicas y se descubren o confirman numerosos efectos benéficos, muchos de ellos ya conocidos por culturas milenarias. Las plantas, en todo el mundo, no solo han sido nuestra principal fuente de alimentación y medicinas, sino la fuente de muchas de las aspiraciones, de los mitos, de los significados simbólicos y de las conductas rituales humanas.



EMBARAZO ADOLESCENTE EN CHILE Y SUS REGIONES: ANÁLISIS DE TASAS DE FECUNDIDAD Y MORTALIDAD FETAL, PERIODO 2010 – 2014.

Koryzma Hermosilla B¹, Kovacic Díaz F¹, Urra Pacheco E^{2,3}, Hermosilla Traverso V¹, León Rosales E², ¹Departamento de Salud Pública, Medicina, Universidad de Concepción. ²Departamento de Salud Municipal Santa Bárbara. ³Santa Bárbara Departamento de Salud Municipal.

INTRODUCCIÓN

El Embarazo Adolescente (EA) ocurre en mujeres menores de 20 años y se considera un problema social vinculado a los derechos sexuales y reproductivos. Presenta resultados adversos en salud y tiene consecuencias sociales desfavorables. El inicio precoz de relaciones sexuales, bajo nivel socioeconómico, inequidad en el acceso a servicios de salud y la ausencia de un proyecto de vida, predisponen al EA. **Objetivo General:** Caracterizar el EA en Chile y sus regiones, durante el periodo 2010 – 2014. **Objetivo Específico:** Describir las Tasas de Fecundidad (TF) y Tasas de Mortalidad Fetal (TMF) en adolescentes por tramo etario según total nacional y por región, durante el periodo 2010 – 2014.

METODOLOGÍA

Estudio de corte transversal, descriptivo, cuantitativo y retrospectivo. Utilizando los datos del Instituto Nacional de Estadísticas, se construyó una base de datos que incluyó a los recién nacidos vivos (RNV) y las defunciones fetales (DF) de madres adolescentes según tramo etario y región, entre los años 2010 a 2014. Se realizaron análisis descriptivos de las variables estudiadas utilizando el software Microsoft Excel®, incluyendo totales por año a nivel nacional y promedios del periodo por región, para las TF y las TMF.

RESULTADOS

A nivel nacional durante los años 2010 a 2014, la TF específica para Adolescentes menores de 20 años (Ad<20) fue de 28,92; 28,08; 27,00; 25,30 y 24,07; la TF para Adolescentes entre 15 y 19 años (Ad15-19) fue de 53,84; 52,22; 50,32; 47,03 y 44,74; y la TF para Adolescentes menores de 15 años (Ad<15) fue de 1,50; 1,51; 1,41; 1,47 y 1,41, respectivamente. Al analizar las TF anuales promedio para el periodo estudiado y región, Atacama fue la región con las TF más altas en Ad<20 (38,67), Ad15-19 (72,62) y Ad<15 (2,32), mientras que Magallanes presentó las TF más bajas a nivel nacional: 22,67; 43,77 y 1,14 para los mismos grupos etarios. En relación a las TMF específicas a nivel nacional durante los años 2010 a 2014, ésta fue de 8,41; 8,36; 8,36; 7,96 y 8,78 en Ad<20; de 8,33; 8,33; 8,34; 7,81 y 8,59 en Ad15-19; y 11,42; 9,42; 9,10; 13,30 y 15,26 en Ad<15, respectivamente. Al analizar las TMF anuales promedio para el periodo estudiado y región, Arica y Parinacota presentó las TMF más altas para Ad<20 (14,06) y Ad15-19 (14,01), mientras que la región de la Araucanía tuvo las TMF más elevadas para Ad<15 (20,01). Magallanes tuvo las TMF más bajas para todos los grupos Ad<20 (3,75), Ad15-19 (3,85) y Ad<15 (0,00) incluyéndose en esta última cifra a las regiones de Los Ríos y Aysén.

CONCLUSIONES

Para el periodo estudiado, Chile evidenció un progresivo descenso en las TF de adolescentes, mayor en el grupo de 15 a 19 años. Esto contrasta con cifras previas en aumento desde el año 2005 al 2009 (24,87 a 29,12) y podría atribuirse a la entrada en vigencia en 2010 de la Ley 20.418, en materia de regulación de la fertilidad; así como a la incorporación el 2011 del Examen de Salud Integral del Adolescente en actividades de Atención Primaria en Salud. Aún así, la TF total para el grupo de adolescentes sigue estando discretamente por sobre la meta de reducción proyectada del Ministerio de Salud. La mortalidad fetal específica para adolescentes en Chile fue estable en torno a la cifra de 8,6; similar a la TMF general a nivel nacional entre los años 2006 y 2010. Sin embargo, la TMF en el grupo de menores de 15 años estuvo más elevada, consistente con lo descrito en la literatura en cuanto a mayor riesgo para resultados adversos maternos y perinatales. Existieron diferencias por región: en el norte, Atacama y Arica y Parinacota presentaron mayores TF y TMF, en contraste con el sur del país donde Magallanes, Los Ríos y Aysén, evidenciaron las tasas más bajas. No se abordó la evolución de las tasas regionales durante los años, lo que podría entregar información valiosa. Se requiere mayor investigación sobre las disparidades encontradas; podrían dar cuenta de un déficit en la implementación de las políticas públicas en estos sectores. Las médicas y médicos de familia son fundamentales para aterrizar las políticas públicas de salud en comunidades locales, contribuyendo a la disminución de inequidades en salud especialmente en problemáticas de gran complejidad social como el EA.



MANUAL DE APOYO ADMINISTRATIVO PARA MÉDICOS: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR.

Kutscher A¹, Marambio C¹, ¹medicina, medicina, Universidad de Los Andes.

ANTECEDENTES

Los CESFAM son instituciones que involucran gran cantidad de profesionales y servicios, donde la comunicación entre ellos es vital. Para esto, es indispensable una óptima interacción entre sus partes. La llegada de un médico nuevo a estos centros puede ser compleja, por lo que es necesario un buen proceso de inducción que lo respalde.

La calidad de evidencia sobre los procesos de inducción es limitada, pero se describe que aportan el desarrollo personal y profesional (1), reducen la ansiedad y permiten que se integren rápidamente al servicio de salud (2)(3).

Existen diferentes metodologías descritas, aunque no hay ninguna que demuestre superioridad sobre otra (4).

A nivel local, en el CESFAM Dr. Aníbal Ariztía de la comuna de Las Condes, se realiza un proceso de inducción para todo médico nuevo, el cual contempla charlas y práctica clínica supervisada, además de documentos generales de inducción al personal.

A pesar de esto, los nuevos médicos no están ajenos a errores en labores administrativas, lo cual disminuye el rendimiento en la atención de pacientes.

Considerando la literatura y el contexto local, se decidió la elaboración de un manual de apoyo administrativo para médicos, con el objetivo de que pueda complementar el proceso de inducción que ya se realiza en el centro.

OBJETIVOS

- Complementar el proceso de inducción que se realiza actualmente.
- Disminuir la ansiedad del médico y permitir una integración rápida al equipo de salud.
- Mejorar la comunicación que existe entre el médico y el resto del equipo de salud.
- Mejorar la calidad y rendimiento de la atención médica.
- Reconocerse como parte de un equipo multidisciplinario y conocer la interacción entre sus partes.

DESARROLLO

La elaboración del manual se dividió en dos etapas descritas a continuación.

Determinación de las temáticas a incluir:

Con el objetivo que el documento sirva como referencia rápida, se acotaron los temas a aquellos que involucran la participación del médico.

Ante la falta de documentos en la literatura a los que hacer referencia, se estableció que la mejor manera de realizar esta tarea era recurrir a los profesionales involucrados en el proceso de inducción actual. La metodología fue la siguiente:

- Entrevistas con médicos inductores: discusión de los temas administrativos abordados y cuáles de ellos resultan más complejos de entender.
- Asistencia a reuniones de inducción a médicos nuevos.
- Revisión de documentos oficiales de apoyo administrativo del CESFAM.

RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

Esta etapa del proyecto tuvo una duración aproximada de 4 semanas y durante ella se buscó desarrollar los temas anteriormente planteados. Para esto, se agendaron reuniones con cada uno de los jefes de programa o servicio, quienes describieron personalmente las debilidades y fortalezas de los médicos al interactuar con ellos a nivel administrativo.



Con el fin de mantener el documento lo más concreto posible, se enfocó la elaboración de los temas en la práctica médica diaria, descripciones básicas de aquellos servicios en que los médicos consideraran que tenían menos conocimientos.

RESULTADO Y CONCLUSIONES

El producto final del proyecto fue un material de inducción y de consulta rápida para el quehacer médico diario.

El CESFAM se apoya en el programa “Google docs” para compartir el material virtual, es por esto que el objetivo final del manual es estar disponible en esta plataforma, donde sea de fácil acceso a todos los profesionales que deseen consultarlo.

El proyecto final fue presentado el día 11/05/17 en una reunión con parte de la dirección del centro. La recepción general fue muy positiva. Se destacó la utilidad del documento como parte de la inducción a médicos nuevos como de consulta general para el resto de los profesionales.

La Dirección del centro de salud buscará la incorporación del documento al protocolo oficial de inducción a contar del 2017.

El manual que se ofrece es un excelente material para adaptarse al trabajo interdisciplinario que debe darse en APS. Además, el aprendizaje personal que se adquirió durante el proceso fue muy importante.

REFERENCIAS

1. Carlier N, Carlier M, Bisset G. Orientation of IMGs: a rural evaluation. *Aust Fam Physician* 2005;34:485-7.
2. Ward S J, Stanley P, Induction for senior house officers. Part 1: The hospital Programme: *Postgrad Med J* 1999; 75: 346-350.
3. Ewing H. Induction down under. *Hospital Medicine* 1999, 60: 440-41.
4. Heal C, Jacobs H. A peer support program for international medical graduates. *Aust Fam Physician* 2005;34:277-8.



EDUCACIÓN PARTICIPATIVA PARA ADULTOS EN LA SALA DE ESPERA DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR MARCELO MENA DE VALPARAÍSO.

Benavides J¹, Lanio I², Cristobal C¹, Macarena G¹, ¹Médico CESFAM Marcelo Mena. ² CESFAM Marcelo Mena.

INTRODUCCIÓN

Los usuarios y usuarias de los centros de atención primaria del país están sometidos a tiempos de espera variables que bordean los 15 minutos en centros de administración privada. Este hecho, aunque puede ser frustrante para los usuarios y los profesionales de salud, desafía a los sistemas a repensar esta instancia como una oportunidad para la educación en salud. Objetivo Describir el proceso de educación participativa en sala de espera sobre la campaña de vacunación contra la influenza en el CESFAM Marcelo Mena de Valparaíso 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo en el Centro de Salud Familiar Marcelo Mena de Valparaíso. En su infraestructura cuenta con 3 salas de espera que se distribuyen en sus tres pisos, cada una de las que puede llegar a albergar a 40 personas dependiendo de la hora del día. Se solicitó la estadística del sistema de registro computacional AVIS[®] del 1 al 29 de febrero de 2016 sobre tiempos de espera para atención médica. Se excluyeron los registros de prestaciones no presenciales o no agendadas, como horas para recetas médicas o interconsultas, consultas abreviadas y actividades en domicilio. Se planificó una sesión educativa basada en los principios de educación participativa para adultos de J. Vella. Se determinó que la población a abarcar según el perfil del usuario en la sala de espera obtenido a través de la caracterización de los pacientes.

RESULTADOS

Se programó actividad durante 4 semanas, al menos 2 días por semana durante las mañanas entre 8.30 y 9.30 horas con una duración de 15 minutos totales de intervención como máximo en las salas de espera del CESFAM Marcelo Mena. Se identificó como tema relevante a tratar la vacunación contra la influenza considerando la contingencia local. Se elaboró una presentación en formato PowerPoint 2016[®] que fue proyectada a través del televisor de cada sala de espera. En cada sesión se realizó una inducción, solicitando a los participantes elaborar una definición de influenza y/o comentar alguna experiencia relacionada con la enfermedad o la vacunación contra esta, luego se entregaron contenidos en relación a influenza y la vacunación y posteriormente se invitó a los usuarios a participar de un juego de Verdadero y Falso. Finalmente, se invitó a los participantes a identificarse como parte de los grupos de riesgo, a manifestar quién acudiría al vacunatorio y a quiénes invitarían a vacunarse, y se resolvieron dudas e inquietudes finales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Una metodología educativa participativa basada en aspectos constructivistas de educación, como lo es la metodología de Jana Vella permite realizar actividades en sala de espera. Los resultados obtenidos abren una nueva oportunidad de intervención en salud en espacios donde es posible realizar actividades educativas en instancias que no estaban consideradas tradicionalmente. Se sugiere realizar un análisis del impacto que ocasionó esta actividad sobre la tasa de pacientes vacunados en nuestro CESFAM y la satisfacción usuaria sobre la actividad.



“CELEBREMOS LA PLENITUD DE LA VIDA, CREANDO UN ESPACIO INTEGRAL PARA LAS PERSONAS MAYORES DEL CESFAM CAROL URZÚA”

Maldonado C¹, Lopez Vasquez N D R², Angulo A³, Rubilar M⁴, ¹Medicina Cesfam Carol Urzua.²Medicina Hospital Dr. Luis Tisne Brousse.³Director Cesfam Carol Urzua.⁴Some Cesfam Carol Urzua.

ANTECEDENTES

Según las nuevas proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en el 2017 viven en Peñalolén 244.800 personas. La población inscrita y validada en la comuna por Fonasa es de 209.348 (85,5%), de estas el 11,8% (24.821) corresponde a personas de 65 años y más. En el CESFAM Carol Urzúa de Peñalolén, la población inscrita y validada es de 45.638 y de estos el 13% (5.944) son personas de 65 años y más. Por lo tanto el envejecimiento avanzado en Chile es una preocupación por la falta de políticas públicas dirigidas a la atención integral de este grupo etáreo. En el CESFAM Carol Urzúa se ha creado un programa de atención integral a personas de 65 años y más, su familia y la comunidad, entregando un espacio adaptado a las necesidades de las personas mayores. Este programa otorga a las personas mayores pertenecientes al CESFAM (adulto mayor bajo control a diciembre del 2016: 2.977), un espacio con el tiempo suficiente para realizar una atención integral, por un equipo multidisciplinario y transdisciplinario. En este espacio se promueve la aceptación de la etapa del ciclo vital en la que se encuentran, fomentando el significado de cada experiencia de su vida con la sabiduría y trascendencia propia. Incorpora al grupo familiar como parte importante de la atención y de las actividades de promoción y prevención. Esta atención está basada en la empatía, vínculo, integralidad, respeto, asertividad y autonomía de las personas mayores.

OBJETIVOS

1. Brindar un espacio de atención adaptado a las características y necesidades de las personas mayores.
2. Mejorar la satisfacción de las personas mayores en cuanto a la atención integral recibida en el CESFAM.
3. Mejorar la resolutivez en la atención en salud de las personas mayores pertenecientes al CESFAM, logrando disminuir la Policonsulta.
4. Mejorar el trabajo en red con la atención secundaria permitiendo aumentar la resolutivez en las derivaciones de las personas mayores.

DESARROLLO

Los pacientes son derivados desde el SOME y desde los sectores de acuerdo a comorbilidades y policonsulta. Los criterios de exclusión son AM con dependencia moderada y severa. Una vez ingresado al programa el paciente recibe una atención integral de 30 minutos, realizada por Médico Familiar, el cuál evalúa al paciente con una ficha clínica que aborda los aspectos biomédicos, funcionales físicos, mentales y sociales, aplicando los test: Minimental Abreviado (MMT) Escala de Barthel Test de Pfeiffer Escala de Yesavage Abreviado Apgar Familiar

Se espera que el paciente muestre un avance en su autonomía, mejor control de sus patologías, incorporar a la red social y mejorar sus ABVD y AIVD. Esto se mide al realizar cada test a los 3 meses de ingreso al programa. También se desarrollan talleres de autocuidado los últimos miércoles de cada mes, abordando los problemas de salud más relevantes, tales como: taller de Memoria, Prevención de caídas, Nutrición, Actividad Sexual de adulto mayor, Ejercicios Motores entre otros. Estos talleres tienen una duración de una hora y acuden cerca de 20 personas. El equipo que trabaja en este programa es multidisciplinario, conformado por Médico Familia, Enfermera, Nutricionista, kinesióloga y Prof. de Educación Física.

RESULTADOS Y/O CONCLUSIONES

Dentro de los resultados esperados, el de mayor impacto fue la disminución de la Policonsulta en un 90%, considerando que nuestros adultos mayores asistían al CESFAM en 3 a 4 ocasiones por mes por diferentes problemas de salud, por lo que el abordaje integral permitió resolver de manera más eficiente sus requerimientos, asegurando también la continuidad. La población bajo control en el programa a diciembre del 2016 ha sido de 187 (6,28%) del total de las personas mayores que concurren al CESFAM (2.977). Aumento de la satisfacción del adulto mayor y su familia, al proporcionar una atención integral y resolutivez. Se recibieron un total de 20 felicitaciones escritas y verbales, a la Dirección del CESFAM, a la Corporación de Salud y la Alcaldía. El 95% de los problemas de salud de las personas mayores se resolvieron en el CESFAM Carol Urzúa, lo que muestra altos niveles de resolutivez local. La referencia y contrarreferencia a la atención secundaria y el INGER ha resultado expedita gracias a que los canales de comunicación que se han agilizado.



ANÁLISIS DE REGISTROS DE GARANTÍAS GES ABIERTAS POR ARTROSIS CADERA Y/O RODILLA EN MAYORES DE 55 AÑOS EN CESFAM JUAN PABLO II Y SU CORRELACIÓN CON EL USO DE LA CANASTA FARMACOLÓGICA.

Arismendi R¹, Molina M J¹, Silva M F¹, ¹CESFAM Juan Pablo II CESFAM Juan Pablo II.

INTRODUCCIÓN

Según minsal, la incidencia de artrosis de cadera es de 88 por 100.000 personas/año y de 240 por 100.000 personas/año para la artrosis de rodillas. Se ha visto que es una de las patologías más frecuentes y que causa más discapacidad en el mundo. En San Bernardo, existe una población de 46.010 personas inscritas en APS mayores de 55 años y se ha visto una prevalencia de 9,8% de pacientes con GES activos por artrosis. El cesfam Juan Pablo II tiene la mayor población de adultos mayores a nivel comunal, generando un 23,9% de las garantías abiertas. En este centro, existen escasos datos sobre la prevalencia e incidencia de artrosis de cadera y/o rodilla y no está determinada la población bajo control por esta patología. Además no cuenta con registros fidedignos que aporten datos sobre esto.

OBJETIVOS

- Recopilar información y registros sobre la población con diagnóstico GES de OA cadera y rodilla leve a moderada en mayores de 55 años de las bases de datos disponibles en el Cesfam Juan Pablo II.
- Evaluar la necesidad de crear un programa de artrosis para llevar un mejor control de los pacientes, facilitar el acceso, optimizar las horas de morbilidad, lograr un control más individualizado de esta patología crónica y mejorar el registro de los pacientes bajo control.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal retrospectivo.

Se recopilaron datos de SIGGES sobre las garantías abiertas por artrosis de rodilla y cadera leve a moderado en mayores de 55 años hasta junio 2016 (1079) y datos del censo de farmacia de Junio 2015 a Junio 2016, que identifica a los pacientes que retiran fármacos bajo este diagnóstico (722). Se aplicaron filtros sobre planilla excel del censo de farmacia, eliminando registros duplicados, rut mal ingresado y cambio de Cesfam, resultando un total de 490 pacientes.

Se trabajó en base a esta nueva planilla de farmacia realizando cruce de datos con los registros de la plataforma SIGGES. Tras el cruce de base de datos se procede a revisión de fichas clínicas de pacientes que se encuentran recibiendo la canasta farmacológica GES sin estar en la plataforma SIGGES.

RESULTADOS

Del universo de pacientes que se encuentran en la plataforma SIGESS por artrosis, 329 pacientes han retirado fármacos entre junio 2015-2016 (30,5%), mientras que 750 pacientes no registran retiros (69,5%).

El total de pacientes que retiran fármacos y que se encuentran en la plataforma SIGESS fue de 329 pacientes, 208 con diagnóstico de artrosis rodilla (63,2%), 62 de cadera (18,8%) y 59 de ambas (17,9%).

Por otro lado, 161 pacientes retiran fármacos y no aparecen en la plataforma SIGESS. Bajo esta circunstancia, se realiza revisión de fichas clínicas de estos pacientes y se evidenció que 89 no estaban ingresados en SIGESS pero presentaban constancia GES firmada en ficha (53%), 35 pacientes no se encontraban en plataforma SIGESS y no tenían constancia GES firmada pero tenían registro clínico con diagnóstico de artrosis, 22 pacientes presentaban otro diagnóstico (14%), 14 pacientes fallecidos (9%) y 4 pacientes presentaban doble inscripción de consultorio (2%).

Entre los otros diagnósticos se encontraba artrosis de manos, columna, hombro, artritis reumatoide y lumbago crónico.

CONCLUSIONES

Existe un registro deficiente en farmacia, donde el total de pacientes que registran excede al que realmente retira fármacos de la canasta GES, y por otro lado en la plataforma SIGESS existen muchas garantías que continúan abiertas o activas sin



presentar consulta médica y/o control por diagnóstico de artrosis en CESFAM durante el año analizado. Podemos evidenciar que no existe concordancia entre las garantías GES abiertas por esta patología y la utilización de la canasta farmacológica.

Con lo anteriormente planteado consideramos que es importante la creación del programa de artrosis, con el fin de mejorar registros y crear una base de datos de los pacientes bajo control por esta patología.

Al crear un programa se busca utilizar de manera más eficiente las horas de morbilidad, lograr controles más distanciados entre las distintas áreas de la salud, logrando un manejo multidisciplinario. Esto lograría una mejor evaluación del paciente, con su correcto ajuste de tratamiento y derivación pertinente a nivel secundario.

Al mejorar los registros de los pacientes que hay bajo control permitiría actualizar los datos SIGESS y reevaluar a aquellos pacientes que presentan garantías abiertas pero que no cuentan con controles ni retiro de fármacos actualmente.



MEJORAR LA ADHERENCIA DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR MEDIANTE INTERVENCIONES EFECTIVAS.

Mondaca M¹, Preisler C², ¹Enfermería Familiar Y Comunitaria, Medicina, Universidad De Valparaiso. ²Caps Viña Del Mar Centro Atención Primaria Salud Armada De Chile.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos es uno de los aspectos críticos en el mejoramiento de la salud de población con enfermedad cardiovascular; por tanto, esta problemática requiere un cambio en la atención de salud, para el logro de un manejo efectivo de las patologías cardiovasculares, a través de búsqueda de intervenciones que mejoren la adherencia factibles de implementar en los diferentes Cesfam del País.

Según encuesta nacional de salud del año 2010, sólo un 16,8 % de hipertensos bajo control se encuentra compensado. En el caso de la diabetes mellitus tipo 2 sólo el 29,8% encuentra compensado. Teniendo presente los bajos índices de compensación, resulta relevante enfocarse en mejorar la adherencia en el cumplimiento del tratamiento cardiovascular. Estas bajas tasas de adherencia comunicadas, hacen necesario plantear nuevas estrategias para mejorar la salud de esta población, con el fin de evitar complicaciones, en el contexto de una gran y creciente carga de enfermedad cardiovascular en nuestro país.

OBJETIVOS GENERAL

Analizar evidencias empíricas respecto de intervenciones efectivas realizadas para mejorar la adherencia al tratamiento de los usuarios del Programa de Salud Cardiovascular.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar el tipo de intervenciones descritas en literatura científica que mejoran la adherencia al Programa Cardiovascular.
- Identificar barreras que obstaculizan la adherencia al tratamiento de usuarios de Programa Cardiovascular.

MATERIALES Y MÉTODOS

La búsqueda de las evidencias para esta revisión integrativa, se organizó en cuatro fases, a saber: identificación de descriptores de problema de estudio, utilización de motores de búsqueda, análisis de artículos encontrados respecto a título y abstract, y la elaboración de una tabla de análisis con artículos seleccionados.

Se privilegiaron artículos originales provenientes de resultados de estudios experimentales o cuasi experimentales de intervención y de prevalencia a nivel nacional e internacional, en los que se probaran intervenciones que mejoran la adherencia al tratamiento de usuarios con patologías cardiovasculares.

Se utilizó como bases de datos EBSCO, Medline, Lilacs y Scielo (Scientific Electronic Library Online). Se estableció como periodo de búsqueda, desde el año 2010 al 2016 La búsqueda se realizó a través de los descriptores de búsqueda establecidos Atención Primaria de Salud, cumplimiento de la medicación-enfermedad, crónica-enfermería, cardiovascular-enfermedades, cardiovasculares-negativa del paciente al tratamiento. Se estableció como filtro metodológico antigüedad de artículos, (5 años y menos), libre disponibilidad de resumen y texto completo y el tipo de estudio (ensayos clínicos y de prevalencia).

RESULTADOS

Se evidenció que los principales barreras asociadas con la no adherencia al tratamiento de los usuarios del programa de salud cardiovascular corresponde a sus características personales tales como edad y escolaridad y factores asociados a la provisión de servicios tales como la relación que establece el usuarios con equipo de salud y también aquellos factores relacionados con el tratamiento farmacológico.



Se encontraron diversos tipos de intervenciones que podrían ser efectivas respecto a aumentar la adherencia de los usuarios, tales como, las relacionadas con la toma de decisiones en salud y coaching en salud, intervenciones que utilizan tecnología de uso masivo en la población como mensajería de texto, uso de plataformas web y aquellas enfocadas específicamente en la farmacoterapia y que se orientan a usuarios con polifarmacia, como es el uso de una pastilla con polidosis y la educación sanitaria realizada por químico farmacéutico en farmacias comunitarias.

CONCLUSIONES

Al término del análisis de las evidencias científicas encontradas se constató que la problemática de la adherencia en el tratamiento de patologías cardiovasculares es un problema transversal de impacto mundial, que no distingue características socioeconómicas y de desarrollo de los países, por tanto, es relevante identificar factores que influyen en tratamientos de personas con patología cardiovascular así como implementar nuevas estrategias innovadoras en la población adscrita a los programas de salud cardiovascular en los Centros de Salud Familiar.



IMPACTO DE UN PROGRAMA DE INDUCCIÓN PARA RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR.

Mora I¹, Rojas M P¹, ¹Medicina Familiar, Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile.

ANTECEDENTES

En 2014, nuestra Universidad se comprometió a aumentar su capacidad para la formación de especialistas en medicina familiar en el contexto de las necesidades de salud de nuestro país. Así el número de nuevos residentes desde 2015 creció en aproximadamente un 60%, lo que ha requerido una mayor organización del programa de formación. Por otro lado, era habitual encontrar residentes con altos niveles de estrés durante el primer año, debido a los múltiples nuevos desafíos a los que debían enfrentarse, sin el tiempo necesario para adaptarse. Esto ocurría sobretodo en becarios que venían de fuera de Santiago o que estaban recientemente expuestos a cambios vitales normativos y no normativos. La literatura ha demostrado que un buen ambiente educacional, que incluya un adecuado tiempo de adaptación y un enfoque centrado en el estudiante, disminuye la ansiedad y la probabilidad de burnout.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es medir el impacto en la satisfacción de los residentes de las 3 últimas cohortes de primer año de Medicina Familiar de nuestro programa de especialidad (2015, 2016, 2017) después de haber vivido un período de inducción programado de 4 semanas al comienzo de su residencia.

DESARROLLO

A diferencia de los años anteriores, el año 2015 se instauró un período de inducción programado en el cual, a lo largo de las 4 primeras semanas de residencia, los nuevos becarios debían cursar una secuencia clara de actividades de acuerdo a objetivos concretos. Dichas actividades pretendían introducir al residente de manera progresiva en las competencias que se espera que desarrollen a lo largo del programa, así como también en los distintos temas que deben manejar de manera eficiente y oportuna para desenvolverse sin problemas, ya sea en términos clínicos, administrativos, así como de formación integral. Una vez completado el período de inducción, se les solicitó que contestaran un cuestionario on line de manera confidencial, de preguntas abiertas y cerradas, para evaluar dicho período.

RESULTADOS Y/O CONCLUSIONES

El número de residentes de primer año fue de 19, 18 y 19 para los años 2015, 2016 y 2017 respectivamente. El cuestionario se estructuró en 3 partes: (a) valoración general del período de inducción y del material bibliográfico entregado a través de una escala de Likert de 5 puntos (1 = “totalmente en desacuerdo” y 5 = “totalmente de acuerdo”); (b) evaluación de cada actividad realizada a través de una escala de notas de 1 a 7 (1 = “malo” y 7 = “excelente”); (c) preguntas abiertas para especificar comentarios y sugerencias.



En la Tabla 1 se muestran los principales resultados de la sección (a). Tabla 1: Valoración general del período de inducción y del material bibliográfico (N total: 56 residentes de 1er año, cohortes 2015 - 2017)

	Totalmente de acuerdo (%)
El periodo de inducción me facilita y da más seguridad para iniciar las actividades normales de la beca.	85%
La inducción ha aumentado mi interés en la medicina familiar.	85%
Mi conocimiento sobre la medicina familiar ha aumentado gracias a esta inducción.	85%
Los objetivos de la inducción estaban claros desde el principio	77%
Los horarios y lugares de las actividades de inducción estaban claros	77%
El tiempo de un mes de inducción me pareció adecuado	93%
El material bibliográfico entregado el primer día facilitó la inducción.	85%
El material bibliográfico sirvió para empezar a entender mi especialidad.	85%
Los docentes/facilitadores me parecieron expertos en sus respectivas áreas.	85%
Los docentes/facilitadores muestran entusiasmo por la especialidad.	93%
Creo que puedo apoyarme en los docentes/facilitadores durante el desarrollo de la residencia.	77%
En general estoy muy satisfecho con el período de inducción	93%

Con respecto a la sección (b), en forma categórica los residentes evalúan con alta puntuación el curso Educación Participativa de Adultos que está considerado como un módulo de 3 días dentro del periodo de inducción, y lo recomiendan como curso imprescindible. Finalmente, dentro de los comentarios libres, a pesar de algunas dificultades en la organización de horarios y actividades a desarrollar, los residentes valoran este período y lo reconocen como un espacio necesario para involucrarse en su residencia de manera progresiva y ordenada lo cual les permite disminuir la ansiedad inicial de esta nueva etapa.



CULTURA DE CUIDADO DEL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN CONTROL EN UNA UNIDAD DE DIABETES – REGIÓN METROPOLITANA.

Parra C¹, Espejo C¹, Lizana S¹, Martínez P¹, Rapiman M E¹, ¹Escuela de Enfermería, Facultad de Salud y Odontología, Universidad Diego Portales.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es uno de los principales problemas de Salud Pública a nivel mundial. Se le asocia a múltiples complicaciones tales como: ingreso a diálisis crónica; amputaciones no traumáticas; pérdida de visión en edad laboral, lo que afecta negativamente la calidad de vida relacionada con la salud. Tanto la aceptación de la enfermedad, como la capacidad de cuidado y la adherencia a tratamiento, están fuertemente condicionados por factores sociales y culturales. Explorar las redes de significados culturales (creencias, valores y normas) atribuidos a esta enfermedad, al tratamiento y a las acciones de cuidado recomendadas, permite aproximarse a una atención integral y más humanizada de la persona con Diabetes Mellitus, que se encuentra en controles en el Sistema Público de Salud.

OBJETIVO GENERAL

Describir la cultura de cuidado del Adulto con Diabetes Mellitus tipo 2 en controles en la Unidad de Diabetes del CDT Barros Luco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Explorar el concepto que tiene el adulto con respecto a la enfermedad; Explorar las creencias del adulto con Diabetes Mellitus tipo 2, respecto a los cuidados de la enfermedad; Explorar los valores que prevalecen en las conductas de cuidado del adulto e identificar el rol que asume el adulto con Diabetes Mellitus tipo 2, en relación a su cuidado.

METODOLOGÍA

Cualitativa de tipo descriptivo; muestra obtenida por conveniencia; participantes: adultos con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, en controles en la Unidad de Diabetes del CDT Barros Luco; recolección de información a través de entrevista semi-estructurada; análisis de información por contenido temático; aspectos éticos según criterios de Emmanuel.

RESULTADOS

los relatos de los participantes permiten extraer 4 temas centrales: Creencias y conocimientos; haciéndose cargo, asumiendo la enfermedad; sintiendo el peso de la enfermedad y funcionamiento social y enfermedad.

DISCUSIÓN

El adulto diabético tiene un concepto negativo sobre la enfermedad. Ésta, los limita en diversos aspectos de su vida diaria y lo obliga a asumir una responsabilidad de cuidado principalmente en aspectos como son: la alimentación, el ejercicio y el tratamiento farmacológico, que no siempre cumple a cabalidad; tiene la creencia de que las restricciones alimentarias están referidas a la cantidad de alimento; en las acciones de cuidado, valora la solidaridad y el apoyo de sus seres queridos, reconoce a la familia como pilar fundamental para un mejor control de la enfermedad. Un hallazgo de este estudio es que, la mujer diabética asume rol de cuidado, con mayor autonomía, mientras que los hombres delegan su cuidado a familiares, principalmente a una mujer significativa para ellos.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación aportan importantes antecedentes para la discusión y análisis del equipo de salud, comprometido con el cuidado integral y contextualizado, de la persona afectada por Diabetes Mellitus Tipo 2. La aceptación de la enfermedad, la capacidad de cuidado y adherencia al tratamiento, están fuertemente condicionadas por factores sociales y culturales, siendo el más importante, el apoyo de familiares y amigos.



“GESTION DE CASOS POR TELEASISTENCIA”

Pedraza M¹, ¹Salud Publica Y Medicina Familiar, Medicina, Universidad De Concepcion.

GESTIÓN DE CASOS POR TELEASISTENCIA Antecedentes

En el CESFAM Piedra del Águila, el acceso a prestaciones médicas se realiza mediante el proceso de “Gestión de Demanda”. Este proceso se divide en el agendamiento y en la gestión de caso. Dentro de la “gestión de caso”, surge como idea innovadora la “Gestión por Teleasistencia”, definida como la actividad de contacto telefónico realizada por médico familiar con la finalidad de acogida, continuidad de atención y/o gestión de necesidades, que involucra al menos una entrevista semiestructurada, priorización de problemas y establecimiento de acuerdos entre el médico y la persona contactada. Objetivos

1. Favorecer la longitudinalidad y continuidad de cuidados, de manera vinculante entre el usuario y su médico de sector.
2. Desarrollar un sistema facilitado de seguimiento y gestión, que vele por los principios irrenunciables del modelo de atención.
3. Poder optimizar las horas médicas, mediante un rol gestor del médico de sector, que le permite dentro de un marco de acuerdo, la resolución de un número definido de actividades mediante esta prestación.

DESARROLLO

Descripción del proceso de Gestión de Casos por Teleasistencia CASOS A RESOLVER POR TELEASISTENCIA

1. Usuarios que requieren continuidad para revisión de estado de solicitudes de exámenes o entrega de resultados.
2. Usuarios de “Grupos Vulnerables en Seguimiento” priorizados por nuestro Cesfam: Policonsultantes, Hospitalizaciones Evitables, Cáncer y usuarias egresadas de parto para captación de recién nacido en el control médico del primer mes.
3. Usuarios bajo control por médico familiar en modalidad de estrategia territorial.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Etapa 1: Agendar usuarios. Los usuarios que forman parte de la lista de solicitudes serán agendados “consulta abreviada”.

Etapa 2: Análisis histórico clínico. Revisión de Historial clínico para analizar el “ITINERARIO DE PROCURA ASISTENCIAL”, previo al contacto telefónico.

Etapa 3: Proceso de atención por llamado telefónico

1. Revisión inscrito web para contrastar dirección y teléfono
2. Llamado telefónico
3. Presentación con nombre y cargo del médico que llama
4. Dar a conocer el motivo del llamado.
5. Aplicación de interrogatorio dirigido con entrevista semiestructurada.
6. Informar sobre resultados de exámenes si corresponde
7. Indagar sobre problemas respecto de últimas indicaciones farmacológicas o no farmacológicas e itinerario de procura asistencial en casos que corresponda
8. Anticipar hipótesis más ampliada que permita decidir si requerirá agendar directo con médico, agendar con otros profesionales para prestaciones APS, o preparar a través de documentos diagnósticos previos para la consulta médica presencial.
9. Confirmar lugar de residencia y teléfonos de contacto.

Etapa 4: Cierre del caso. Realizar el registro completo de la consulta en SIDRA. Usuarios bajo control por médico familiar en modalidad de estrategia territorial. 1.- Acceso del médico a sus usuarios del territorio: informar resultados de exámenes, seguimiento de casos, agendar citación a médico. 2.- Acceso facilitado del usuario a su médico del territorio: en los casos que se realizó previamente el proceso de dispensar a la familia y se entregó el número telefónico personal, mediante una breve educación de su uso y horarios.



- Acceso a horas de atención por agudo o crónico
- Orientación frente a dudas en salud
- Orientación frente a urgencias
- Envío de resultados de exámenes de imágenes, por medio de mensaje al celular
- Avisar a su tratante en caso de que algún integrante familiar ha sido hospitalizado recientemente, para poder acompañar en este proceso de manera oportuna y con el correspondiente enlace en el nivel secundario.
- Acompañamiento telefónico en procesos de agonía en pacientes con cáncer terminal.

RESULTADOS Y/O CONCLUSIONES

1. Contacto directo con su médico de sector.
2. Aumento de cobertura: grupos que no buscan la atención, el CESFAM los busca a ellos.
3. Aumento de prestaciones preventivas: EMP, EMPAM, Control niño sano por médico.
4. Anticipación al daño: pesquisa de crisis familiares, antes que sean problemas de salud mental.
5. Enlace con equipo de atención secundaria.



PREVENCIÓN EN SALUD, UNA OPORTUNIDAD PARA APRENDER RESPONSABILIDAD SOCIAL Y TRABAJO EN EQUIPO EN LA CARRERA DE MEDICINA.

Rivera S¹, Rojas P¹, Castañón C¹, Rioseco A¹, Valenzuela V¹, Valenzuela P², Rosembaum A³, Rojas P³, ¹Medicina familiar, Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile.²Pediatría, Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile.³Escuela de Medicina, Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile.

ANTECEDENTES

En 2015 la Escuela de Medicina UC inició la implementación de un proceso de reforma curricular. Esto surge luego de un análisis profundo que arrojó entre muchos otros aspectos la necesidad de exponer de manera precoz a los estudiantes a la atención primaria de salud (APS), al oficio de la medicina y fortalecer el aprendizaje de temas relacionados con la prevención, trabajo en equipo, profesionalismo médico entre otros.

OBJETIVOS

A continuación se presenta la experiencia recogida luego de casi 3 años de introducir estas temáticas en un curso del primer año de la carrera y la percepción de aprendizaje de los estudiantes en relación a esto.

DESARROLLO

Descripción del curso y su funcionamiento: Este curso es un curso anual y mínimo de la carrera de medicina, que consiste de 5 módulos secuenciales y complementarios. Su propósito es acercar a los estudiantes de primer año al oficio de la medicina. Uno de los módulos es de Medicina Comunitaria que tiene como ejes centrales la prevención en salud, responsabilidad social y el trabajo en equipo. Los estudiantes rotan por 5 semanas en 3 Centros de Salud Familiar (CESFAM), en zonas urbanas de bajo nivel socioeconómico. Los objetivos del curso están orientados a que ellos sean capaces de practicar en el contexto de la APS la realización de medidas preventivas, promoviendo competencias de trabajo en equipo y responsabilidad social. La metodología usada es Aprendizaje y Servicio (A+S), esta propuesta pedagógica parte de una premisa: las actividades solidarias y de servicio comunitario desarrolladas por los estudiantes pueden ser en sí mismas una fuente de aprendizaje, siempre y cuando se planifiquen y evalúen oportuna y adecuadamente. Así, los estudiantes deben realizar una actividad de servicio y el curso les entrega los insumos pedagógicos para esto.

Descripción del servicio realizado: El servicio a realizar es una jornada de exámenes médicos preventivos del adulto (EMPA) en cada CESFAM. Esto ocurre en la última semana del curso. Los contenidos abordados para realizar esta actividad son: Determinantes sociales de la salud, equidad en salud, trabajo en equipo en equipos de salud, prevención, examen médico preventivo del adulto y consejería en salud. Los estudiantes están expuestos a actividades de reflexión, narrativa, acompañamiento en terreno a técnicos paramédicos de los CESFAM y talleres prácticos. Existen 4 instancias de evaluación (a lo largo de las 5 semanas): rubrica de desempeño (evalúa el equipo de salud), narrativa y ensayo sobre trabajo en equipo, controles en los talleres prácticos y un informe de cierre en la última semana (posterior a la jornada de EMPA). También, al final de cada rotación se realiza una evaluación del curso, percepción de logro de objetivos, percepción de aporte del servicio y logro de competencias transversales de la impronta UC entre otros indicadores.

RESULTADOS

Desde su implementación el año 2015 han participado de este curso 308 estudiantes del primer año de la carrera. Han respondido los instrumentos de evaluación cerca de 300 estudiantes. El curso ha sido evaluado con nota promedio 6,8, la percepción de logro de objetivos fluctúa entre 90 y 96%, el 100% de los estudiantes opinan que el servicio realizado es un aporte para los CESFAM y la comunidad, las competencias transversales de responsabilidad social (96%), trabajo en equipo (99%) y habilidades comunicativas (88%) son las que obtienen mayor número de menciones frente a la pregunta de identificar las habilidades desarrolladas durante el curso.

CONCLUSIONES

La exposición precoz de los estudiantes a la prevención clínica en la APS, por medio de la metodología de A+S, ha proporcionado un espacio dentro de la carrera de medicina para la adquisición de competencias transversales como el compromiso social y trabajo en equipo entre otras. La Dirección de pregrado se encuentra trabajando en un modelo de planificación curricular para dar continuidad a la adquisición de estas competencias a lo largo de la malla e institucionalizar el A+S como metodología de aprendizaje.



BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA INCORPORACIÓN DE COMPETENCIAS EN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y ABUSO SEXUAL AL CURRÍCULO DE PREGRADO DE MEDICINA.

Rojas P¹, Castañon C¹, ¹Medicina Familiar, Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile.

INTRODUCCIÓN

Considerando la prevalencia nacional, la probabilidad que un estudiante de Medicina se enfrente con casos de violencia intrafamiliar o abuso sexual (VIF-AS) durante su formación es muy alta. Aun así, la mayoría de los estudiantes no integra la violencia como diagnóstico diferencial; y menos aún, la sospecha o diagnóstica.

La literatura propone que la educación del médico es un medio para mejorar la respuesta a VIF, y recomienda que las facultades entreguen competencias afines a sus estudiantes. Desde 2014 este equipo trabaja en concretar este llamado, y ofrecer a los estudiantes de pregrado de Medicina UC un espacio para sistematizar las competencias requeridas. Distintos esfuerzos se han realizado al respecto, sin embargo la incorporación de cambios de fondo para promover la inclusión de estas competencias a nivel curricular ha sido un desafío que avanza lento.

Este proyecto busca definir las barreras y facilitadores existentes al interior de una Escuela de Medicina para incorporar competencias en pesquisa e intervención inicial de víctimas de VIF-AS al currículo de pregrado de sus estudiantes. Las conclusiones obtenidas nos permitirán reorientar los esfuerzos para la incorporación curricular de VIF-AS; y servirán de base para que otras escuelas y universidades se sumen a este llamado.

OBJETIVO

Identificar las barreras y facilitadores a nivel del equipo docente de pregrado de la escuela de Medicina en relación a la integración longitudinal y la profundización curricular de temáticas de VIF-AS en la carrera de medicina.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, analítico, de carácter transversal, con metodología cualitativa. La selección de los participantes se realizó a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional, incorporando informantes claves relacionados con la planificación curricular de pregrado. Los participantes fueron invitados a grupos focales dirigidos por una psicóloga experta en la metodología, audiograbados y luego transcritos textualmente. Las transcripciones fueron analizadas por 2 investigadores haciendo uso de la Teoría Fundamentada, a través de codificación abierta y axial.

RESULTADOS

Se realizaron dos entrevistas semi-estructuradas y dos grupos focales. Los resultados muestran que VIF-AS se perciben como problemas que competen al rol del médico, sin embargo, destaca la creencia que tanto el abordaje de estos pacientes, como la docencia en contenidos VIF-AS se focalizan en especialidades puntuales (medicina familiar, psiquiatría y ginecología), sin tener certeza que esa docencia efectivamente ocurra. Entre las barreras para la inclusión de VIF-AS al currículo de pregrado de medicina destacan la falta de tiempo curricular, la consecuente necesidad por priorizar contenidos, y la falta de formación específica de los docentes en relación al tema. Entre los facilitadores, la visibilidad que la violencia de género tiene hoy en el país, y la oportunidad que un proceso de reforma curricular ofrece aparecen como elementos a destacar.

CONCLUSIONES

VIF-AS son temas reconocidos en este estudio como parte del rol médico, sin embargo su abordaje docente y asistencial requeriría espacios de capacitación guiada en el tema y de un trabajo con otros profesionales más involucrados en la temática.

Las barreras identificadas por este estudio coinciden en parte con las reportadas por la literatura, en las cuales el tiempo limitado y la priorización de contenidos aparecen como uno de los puntos más relevantes. A diferencia de lo reportado por otros estudios, la opinión en relación a que la violencia “no es un tema médico” y que su trato corresponde a otros profesionales de la salud no aparece como barrera en este estudio, VIF-AS se reconocen como parte del quehacer de un médico. Pese a esto, la docencia en VIF-AS aun se percibe como responsabilidad de otros en la formación de pregrado.

Chile, y la Universidad Católica en lo particular, se encuentran en un momento único para avanzar en sistematizar la docencia en VIF-AS. Esta oportunidad es reconocida como tal por los participantes de este estudio, con la consideración de Capacitación específica y de trabajo en equipo



CO-CONSTRUYENDO: ACERCANDO A TRAVÉS DE LA CONSULTORÍA AL EQUIPO ESPECIALIZADO EN SALUD MENTAL DE CECOSAM (CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL) TEMUCO AL EQUIPO ESPECIALIZADO EN ATENCIÓN PRIMARIA (APS) QUE ACOMPAÑA A LAS FAMILIAS DE CESFAM (CENTRO DE SALUD FAMILIAR) SANTA ROSA.

Soto C¹, Tenorio R¹, Henríquez V¹, ¹Especialidades Médicas, Medicina, Universidad de La Frontera.

ANTECEDENTES

Los trastornos de salud mental, constituyen una de las principales causas de demanda de atención en el nivel primario de salud. La detección e intervención temprana contribuye a la recuperación y a una mejor reintegración en la sociedad. En este contexto, las políticas públicas consideran ampliar los recursos humanos disponibles en el área de salud y bienestar social, a través de la articulación entre el nivel primario y el nivel de atención especializada en salud mental mediante consultorías, que se define como “la actividad conjunta e interactiva entre el equipo de especialidad en salud mental y el equipo de salud general de APS, con el propósito de potenciar la capacidad resolutoria del nivel primario, mejorar la referencia y contra referencia de personas atendidas en ambos niveles de atención, garantizando los cuidados compartidos y la continuidad de cuidados de personas con problemas de salud mental o trastornos mentales complejos”. En este contexto, el centro de salud familiar Santa Rosa en su programa de salud mental tenía en control 1044 usuarios a diciembre del 2016, representando el 3,02% de la población inscrita. Desde la percepción de las becas de dicho centro, se logran identificar dificultades como la escasa claridad respecto al motivo de derivación a atención secundaria, la priorización inadecuada respecto a la gravedad del paciente y una insuficiente retroalimentación entre los equipos de los distintos niveles de atención que afecta la continuidad de los cuidados de estos usuarios, lo que se propone mejorar mediante la realización de las consultorías descritas.

OBJETIVOS

Objetivos Generales

- Optimizar la capacidad resolutoria del equipo de APS para la atención de personas con trastornos mentales a través del ciclo vital.
- Mejorar la oportunidad, pertinencia y calidad del diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y continuidad de cuidados de las personas con problemas de salud mental.

Objetivos Específicos

- Establecer espacios de resolución ante las dificultades en el desarrollo del plan de intervención.
- Realizar un proceso de atención integrado entre los equipos del nivel primario de atención y el equipo especializado de salud mental.
- Favorecer la continuidad de cuidados de las personas referidas y contra referidas entre ambos niveles de atención.

DESARROLLO

Desde agosto de 2016 en CESFAM Santa Rosa se reciben dos consultorías por mes, correspondiendo una a adultos y una a infantojuvenil, efectuadas por un equipo compuesto por médico psiquiatra adulto o infantojuvenil, psicóloga, terapeuta ocupacional y trabajadora social según corresponda, quienes ejercen en CECOSAM Temuco. Por parte del equipo local participan de manera estable médico del programa de salud mental, psicólogos y trabajadoras sociales. Además de manera ocasional participan educadora de párvulos, psicoeducadora, enfermera, estudiantes de pregrado de fonoaudiología y de postgrado de la especialidad de medicina familiar de la universidad de La Frontera. Ésta se realiza en sala de reuniones de CESFAM Santa Rosa, con una duración de dos horas, realizándose revisión de casos clínicos tanto presenciales como revisión de ficha clínica, evaluación para referencia y contrarreferencia, revisión y actualización de temas atingentes. Para la presentación de casos existe un formato predeterminado, con el fin de optimizar la recopilación de la información requerida para la evaluación conjunta.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde agosto de 2016 a mayo de 2017 estaban programadas 16 consultorías, realizándose 14 (87,5%), un 12,5% no se realizó por paro de APS, y falta de movilización, 92% contó con médico de APS, 100% contó con más de un miembro del equipo de APS, 100% contó con psiquiatra, 100% con uno o más miembros de equipo CECOSAM, en el 100% de las consultorías se presentó uno o más casos desde CESFAM. Se atendió presencialmente a dos usuarios en sala espejo y fueron presentados



desde CESFAM 20 casos de usuarios infantojuveniles y 21 adultos. Cualitativamente se observa un mejor nexo entre los niveles de atención, adquisición de conocimientos por el equipo de APS en manejo farmacológico y no farmacológico de usuarios de salud mental, asesoría en planes de intervención, revisión de los estados de avance. Acercamiento del equipo de atención secundaria hacia los usuarios, las familias y la comunidad mediante el equipo de CESFAM Santa Rosa como los especialistas de APS.

BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Salud. “Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental”, 2016.



JORNADAS DE BUENAS APS Y SALUD FAMILIAR, PROGRAMA DE MEDICINA Y SALUD FAMILIAR DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN.

Troncoso Gutiérrez F¹, Pérez Wilson P¹, Bustos Guíñez A¹, Alvarado Figueroa D¹, Rico Soto F¹, Villaseca Silva P², Troncoso Gutiérrez T¹, ¹Programa de Salud y Medicina Familiar, Medicina, Universidad de Concepción. ²Programa de Salud y Medicina Familiar, Medicina, Concepción.

ANTECEDENTES

Esta experiencia se desarrolla en la Universidad de Concepción, Facultad de Medicina, dentro del Programa de Salud y Medicina Familiar, que tiene como propósito desarrollar programas formativos e iniciativas colaborativas que permitan la formación en la acción de profesionales y técnicos que trabajan en los Centros de Salud Familiar; conformar equipos y redes para apoyar procesos para el fortalecimiento de la APS; desarrollar estrategias de Promoción de la Salud y del Enfoque de Determinantes Sociales de Salud; y promover innovaciones pedagógicas orientadas a la Educación Participativa y el Aprendizaje Transformacional. Previo al desarrollo de las Jornadas de Buenas Prácticas (BP), se manifiesta la necesidad de los equipos de salud de poder difundir sus experiencias y conocimientos con otros equipos. Es por ello que bajo el alero de la OPS, la UdeC lleva a cabo estas Jornadas, en el marco del Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario y Gestionado en red. Las BP se definen como una intervención que ha generado un resultado valioso para los usuarios, que se ha implementado con resultados positivos, siendo eficaz y útil, permitiendo contribuir al afrontamiento, mejora o solución de problemas y/o dificultades que se presentan durante el trabajo diario en los ámbitos clínicos, satisfacción usuaria, de la gestión, etc., y que pueden servir como modelo para otros equipos de salud. Las BP son sostenibles en el tiempo, manteniendo y produciendo efectos duraderos; fomenta la replicación de la experiencia en una situación distinta, pero en condiciones similares; considera evaluación de resultados, retroalimentación y reorganización de las acciones a partir de lo aprendido.

OBJETIVOS

Desarrollar y generar de un espacio en donde confluyan experiencias y conocimientos generados a través de acciones que los equipos de salud reconocen como una Buena Práctica en salud, desde el modelo de atención integral, con enfoque familiar, comunitario y gestionado en red. Promover la oportunidad de replicación de la experiencia de Buena Práctica en salud, a partir de las metodologías empleadas y diseñadas por los equipos de salud. Relevar el rol de los equipos de salud en el desarrollo de estrategias que permitan mejorar, junto con sus usuarios, los indicadores de salud. Desarrollo: Estas Jornadas, se desarrollan por medio de una convocatoria abierta dirigida a los equipos de salud que forman parte de los establecimientos de APS. Estos equipos envían sus propuestas y son revisadas por un comité que definirá si constituye una Buena Práctica. La preselección la realiza el equipo docente UdeC y la selección de los trabajos se realiza en una comisión en donde participan representantes de la comunidad, de los equipos de salud y del equipo UdeC. Luego de ser aceptados inician un proceso de retroalimentación, con el objetivo de sistematizar la Buena Práctica, el que considera la tutorización del equipo docente UdeC a los/as diferentes autores/expositores. Previo a la Jornada de BP se realiza un taller de sistematización, donde asisten todos/as los/as autores/as de las prácticas seleccionadas, iniciando así un curso de que es certificada por la Universidad. Las experiencias seleccionadas participan de estas Jornadas, siendo un espacio de rescate, reflexión, mejora y difusión de las BP, además de ser una instancia que potencie la valoración y posicionamiento del trabajo que realizan los equipos de salud en APS.

RESULTADOS

A la fecha se han llevado a cabo de manera continua las Jornadas de BP, donde han sido seleccionadas 90 BP, lo que ha conformado y consolidando un espacio que para el encuentro de experiencias entre los distintos actores que convergen en APS. Cabe destacar, que su permanencia en el tiempo y su vínculo territorial y en red, ha permitido incorporar de manera sistemáticas ideas innovadoras en salud. Por otra parte, esta instancia destaca las metodologías diseñadas e implementadas por los distintos equipos, pudiendo valorar el intercambio de saberes, permitiendo la posibilidad de adquirir retroalimentación para el continuo mejoramiento de las mismas. Lo anterior, ha dejado como producto una capsula educativa autogestionada desde la U Virtual de MINSAL. El desarrollo de estas jornadas se registra mediante el "Cuaderno de Buenas Prácticas", texto que recoge y sistematiza las experiencias seleccionadas y presentadas en los respectivos ediciones, y que posteriormente es publicado y compartido a comunidad por Programa de Salud y Medicina Familiar de la UdeC.



ÍNDICE

A

Abarca F 5
Alvarado Figueroa D 45
Álvarez Rodríguez V 7
Angulo A 31
Arismendi R 32
Astudillo S 6

B

Becerra C 7
Benavides J 30
Bravo P 16
Bustos Guíñez A 45

C

Cabieses B 21
Caceres D 9, 10
Caceres F 9
Caroca A 11
Castañon C 41, 42
Céspedes P 12, 14
Cevallos C 12
Contreras A 16
Cortés Aguilera A 17
Cristobal C 30

D

Del Pino C 12
Delgado J 20
Delgado V 12
Dois A 16
Durán S 11

E

Eliana P R 17
Espejo C 38

F

Fajardo M 19
Farias P 19
Farías Durán K 17
Fernández L 20
Flaño J 21
Fuentealba R 10

G

Garrido Quintanilla C 25
Glasinovic A 23

H

Henríquez V 43
Hermosilla Traverso V 27
Hernández L 25

J

Jerez C 23

K

Koryzma Hermosilla B 27
Kovacic Díaz F 27
Kutscher A 28

L

Lanio I 30
León Rosales E 27
Lizana S 38
Lopez Vasquez N D R 31

M

Macarena G 30
Maldonado C 31
Marambio C 28
Martinez P 38
Maximiliano P L 17
Meléndez A 11
Menares C 19
Molina M J 32
Mondaca M 34
Mora I 16, 36
Muñoz A 20
Muñoz C 19
Muñoz R 20
Muñoz S 20

N

Núñez N 11

O

Olmos De Aguilera Corradini P 7
Oyarte M 21



P

Parra C 38
Pedraza M 39
Pedrero V 21
Pérez Rodríguez E 17
Pérez-Wilson P 45
Pineda León M 17
Plaza M 23
Preisler C 34

R

Rapiman M E 38
Reyes Gomez T 6
Rico Soto F 45
Rioseco A 41
Rivera S 41
Rojas M P 36
Rojas P 41, 42
Rojas R 5
Rosembaum A 41
Rubilar M 31

S

Sapag J 14
Silva M F 32
Silva Carrera N 17
Silva Guerrero M F 25
Silva Huguez V 17
Solis C 16
Soto C 43
Soto G 16
Suárez C 11

T

Telechea C 20
Tenorio R 43
Troncoso Gutiérrez F 45
Troncoso Gutiérrez T 45

U

Urra Pacheco E 27

V

Valenzuela P 41
Valenzuela R 5
Valenzuela V 41
Vásquez A 11
Vasquez M 14
Villaseca Silva P 45



congresomedicinafamiliar.cl

