

XVI CONGRESO CHILENO DE MEDICINA FAMILIAR

Santiago, CHILE - 2, 3 y 4 de Octubre, 2014



ACREDITACION Y CALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR



LIBRO DE RESÚMENES

www.medicina-familiar.cl



Experiencias

Trabajos Libres Seleccionados

Nº página	Título Trabajo Libre	Autores	Lugar de Trabajo	Ciudad, País
3	TE-001 TRABAJO DE EXPERIENCIAS GANADOR Procedimiento de derivación de urgencias que exceden la capacidad resolutoria del Cefam.	María Isabel Hernández Garate, Guísela Borelli Villanueva.	CESFAM Las Ánimas.	Valdivia, CHILE
5	TE-002 Enseñando a Enseñar: Formación de Formadores para la Promoción de la Salud en la comuna de Santiago.	Sebastián Peña, Manuel Parra, Andrés Flores, Alejandro de la Fuente, María Teresa Escobar.	Dirección de Salud, Municipalidad de Santiago.	Santiago, CHILE
7	TE-003 Reformulando la Gestión de Convenios: experiencia en la comuna de Santiago.	Sebastián Peña, Andrés Flores, Raúl Santana, Roberto Fuentes, María Teresa Escobar.	Dirección de Salud, Municipalidad de Santiago.	Santiago, CHILE
9	TE-004 Estudio de Familia como modalidad de acercamiento a embarazadas adolescentes.	Yohana Beltrán Herrera, Vanessa Bouquillard Escalona, Juana Romero Zambrano.	Instituto de Salud Sexual y Reproductiva, Universidad Austral de Chile.	Valdivia, CHILE
11	TE-005 Modelo de cuidados Crónicos en Ambito Privado: ¿Cómo poder evaluarlos?	Doris Muñoz Pino, Ana María Rojas, Pamela Muñoz, Cecilia Martí.	Centro Médico San Joaquín, Red UC CHRISTUS.	Santiago, CHILE
13	TE-006 Vacunación para el Buen Trato Cefam Jean y Marie Thierry.	Lorena Elgueta, Marcela Guerrero, Katty Ojeda, Lucy Granda, Elizabeth Dedes.	CESFAM Jean & Marie Thierry.	Valparaíso, CHILE
14	TE-007 Proyecto cultivando nuestra salud en espacios reducidos en el Cefam Jean y Marie Thierry.	Elizabeth Dedes, Lucy Granda, Katty Ojeda.	CESFAM Jean & Marie Thierry.	Valparaíso, CHILE
15	TE-008 Planificación de Sesiones Educativas para personas con Diabetes en base al modelo de Jane Vella.	María Ruth Valencia Chiquito.	CESFAM Marcelo Mena.	Valparaíso, CHILE
16	TE-009 Abordaje de casos de familias con enfoque biopsicosocial e interdisciplinario: Experiencia desde pregrado.	Macarena Chepo, Guadalupe Rojas, Luz Ma. Montes, Nathalie Colomer. <i>Docentes Carreras de Enfermería y Medicina.</i>	Facultad de Medicina, Clínica Alemana - Univ. del Desarrollo. Carreras de Enfermería y Medicina	Santiago, CHILE

Investigación

Nº página	Título Trabajo Libre	Autores	Lugar de Trabajo	Ciudad, País
18	TI-010 TRABAJO DE INVESTIGACION GANADOR Evaluación del abordaje integral del paciente con dolor crónico no oncológico.	Auat Cheein, Cecilia del Valle.	Consultorios Médicos de Clínica Santa María.	Santiago del Estero, ARGENTINA
20	TI-011 Pesquisa de niños con alteraciones del desarrollo y su asociación con factores determinantes.	Auat Cheein, Cecilia del Valle.	Consultorios Médicos de Clínica Santa María.	Santiago del Estero, ARGENTINA
22	TI-012 Evaluación de la implementación de la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM) en dos Centros de Salud Familiar de Atención Primaria de Salud (APS): ¿Cumpliendo una meta y/o entregando las intervenciones indicadas?	Alfredo Rodríguez Núñez, Francisco Riquelme Oyarzún.	Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.	Santiago, CHILE
23	TI-013 Apreciación y expectativas del residente ingresante a la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM).	Paula Lorena Cahuina Lope, Antonio Martín Rivas Sarmiento	Universidad Nacional Mayor de San Marcos.	Lima, PERÚ
24	TI-014 Presencia del Médico Familiar en el Imaginario Colectivo de la región de La Araucanía. Informe Preliminar.	Verónica Olate, Hernán Cedeño, José Godoy, Lilian Fernández, Jorge Fuentes.	CESFAM Amanecer.	Temuco, CHILE
26	TI-015 Estudio comparativo de patologías crónicas en gerontes institucionalizados de la Sociedad San Vicente de Paul.	Araneda Del Canto Daniel, López Varas Pablo, Chahuán Miranda Marco, Santander Navarro Montserrat, Sánchez Hun Yunchoy.	Facultad de Medicina Universidad Finis Terra.	Santiago, CHILE
27	TI-016 La relación del equipo de salud-paciente-familia como modulador de la adherencia terapéutica ECNT en población bajo control en el PSCV, en un CESFAM de la comuna de Puerto Montt.	Gladys Caro Lovera, Karola Oyarzún.	CESFAM Angelmó; Universidad San Sebastián, Carrera de Medicina sede Puerto Montt.	Puerto Montt, CHILE
29	TI-017 Creencias y afectividad de pacientes hipertensos respecto a su enfermedad.	Catalina Maldonado Murillo, Raúl Flores Gallardo, Jorge Mendoza Meriño.	CESFAM Carol Urzua.	Santiago, CHILE
30	TI-018 Multimorbilidad en adultos controlados en Centros de Atención Primaria en la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Descripción de interconsultas a especialidades y prescripción de fármacos de uso crónico.	Javier Chacón, Reinaldo Muñoz, Daniela Sandoval, Tatiana Porras, Teófilo Reyes, M. Francisca Venegas.	Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.	Santiago, CHILE
32	TI-019 Percepciones de Directores de Salud Municipal sobre los Principales Desafíos de Gestión para el Control de las Enfermedades Crónicas.	Cristián Mansilla, Nicolás Majluf, Joaquín Montero.	Escuela de Ingeniería y Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile.	Santiago, CHILE
33	TI-020 Elaboración de un Instrumento de medición de vulnerabilidad familiar que incluye determinantes sociales y que oriente intervenciones en atención primaria.	Lilían Fernández F., Consuelo Telechea, Javiera Delgado, Andrea Muñoz, Gabriela Suazo, Sara González De Salvo, Equipo de Trabajo Cefam Panguipulli.	Universidad de La Frontera, CESFAM Panguipulli.	Panguipulli, CHILE



TRABAJOS LIBRES DE EXPERIENCIAS

**TE - 001 TRABAJO DE EXPERIENCIA GANADOR
PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN DE URGENCIAS QUE EXCEDEN LA CAPACIDAD RESOLUTIVA
DEL CESFAM**

Autores: **MARIA ISABEL HERNANDEZ GARATE**; GUISELA BORELLI VILLANUEVA - CESFAM LAS ANIMAS, Valdivia, CHILE

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la mejora continua del proceso de derivación a atención de urgencia hospitalaria de aquellos usuarios de los centros de Atención Primaria, se establece este Flujoograma de derivación, el cual pretende estandarizar los procedimientos básicos que deben llevarse a cabo

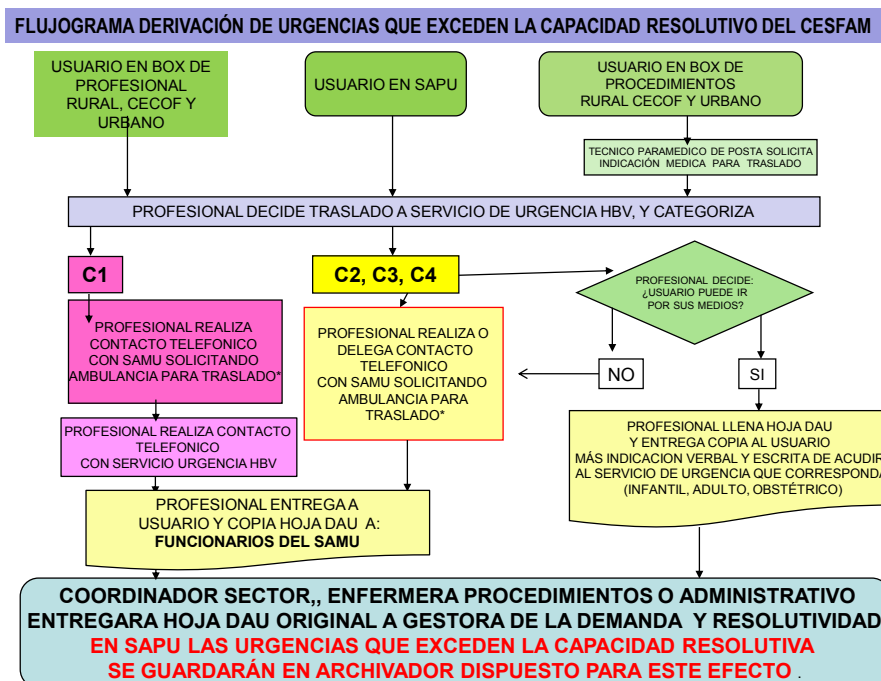
Este documento es preparado en el marco del proceso de Acreditación de Centros de Atención Abierta, en el entendido que la acreditación implica un proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento del estándar mínimo de prestación de salud, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones, con el objetivo de garantizar que las atenciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios.

OBJETIVO GENERAL

Velar por la continuidad de la atención en aspectos relevantes para la seguridad de los pacientes y prestadores disponiendo de un sistema de derivación para la demanda que exceda la capacidad de resolución del Centro de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir red de derivación, su procedimiento y responsable de la decisión del traslado.
- Estandarización de los procesos para favorecer entrega de información ante requerimientos judiciales
- Establecer tipo, condiciones de transporte e información que deba acompañar al usuario.





DESARROLLO

Implementación de hoja DAU y categorización utilizada para la atención en SAPU en todas las derivaciones de urgencia del CESFAM, sistematizada a través de un flujograma accesible en todos los box de atención y organización del resguardo de registros para la seguridad de los usuarios y prestadores.

RESULTADOS

Aplicación de pauta de supervisión sobre registros completos organizados en registros de técnico de enfermería, enfermera y médico obteniendo 0% en 1º mes, 10% en 2º mes, 50% en 3º mes y 80% en 4º mes, se evidencia una clara mejoría en los registros en todos los ítems a través de los meses. Las áreas con mayor falencia se relacionan con hora de llegada al centro, categorización, hora de atención médica, registro seriado de signos vitales, horario llamada a SAMU y horario de llegada SAMU.



TE - 002

Enseñando a Enseñar: Formación de Formadores para la Promoción de la Salud en la comuna de Santiago

Autores: **Sebastián Peña**¹, Manuel Parra², Andrés Flores³, Alejandro de la Fuente⁴, María Teresa Escobar⁵.
Dirección de Salud, Municipalidad de Santiago

Antecedentes:

La Municipalidad de Santiago se encuentra implementando un Plan Intersectorial de Promoción de la Salud Santiago Sano que corresponde a la implementación de Salud en Todas las Políticas a nivel local. El objetivo general del plan es mejorar la salud y calidad de vida de la población que reside, trabaja, estudia o transita por la comuna de Santiago a través de la reducción de los factores de riesgo causantes de enfermedades crónicas no transmisibles, a saber, dieta no saludable, inactividad física, consumo de tabaco y alcohol. Santiago Sano utiliza como marco conceptual el modelo DAM (disponibilidad, asequibilidad y marketing) que incorpora intervenciones de demostrada costo-efectividad en la reducción de las ECNTs.

Para la implementación del plan es necesario contar con equipos entrenados en métodos innovadores de educación para la salud, incluyendo no sólo a los funcionarios de salud sino a otras direcciones municipales que participan en la implementación de Santiago Sano.

Objetivos:

Mejorar las competencias de los profesionales para implementar actividades educativas dirigidas a la comunidad a través de la Formación de Formadores en Promoción de Salud

Desarrollo:

La experiencia consiste en un curso de Formación de Formadores en Promoción de Salud organizado por la Dirección de Salud de la Municipalidad de Santiago. La primera etapa de formación de formadores se desarrolló en Mayo del 2014 con la capacitación de 42 profesionales de la Dirección de Salud, Dirección de Desarrollo Comunitario y Dirección de Educación. Los profesionales fueron seleccionados en base a sus responsabilidades y capacidad de liderazgo en la red de APS.

El curso consistió en 5 horas no presenciales de aprendizaje online en la plataforma Moodle y 9 sesiones presenciales. En estas sesiones se abordaron las temáticas de Seminarios Efectivos, Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), Microenseñanza, Cine y Salud, Animación de Foros y Debates y Diseño de Proyecto Educativo. La sesión de Seminarios Efectivos se entregaron herramientas para una mejor lección expositiva y se desarrollaron los métodos de Lluvia de ideas, Jigsaw, Buzz group y Trabajo colaborativo en pares. La sesión de ABP buscó que los participantes experimentaran el rol de alumno de un problema donde un grupo de profesionales de APS buscaba generar un programa de educación en salud para la comunidad. La sesión de Microenseñanza consistió en la exposición de 7 minutos de un tema a elección, donde los participantes fueron filmados para autoevaluación y recibieron retroalimentación de sus pares. En la sesión de Cine y Salud se discutió una película elegida mediante votación por los participantes y en la sesión de Animación de Foros y Debates los participantes discutieron en torno a cuatro debates temáticos con el objeto de experimentar el rol de moderador, panelista y público en un debate. Finalmente, los participantes realizaron el diseño de un proyecto educativo, con el incentivo que el proyecto

¹ Médico, Jefe Unidad de Calidad, Dirección de Salud, Municipalidad de Santiago

² Médico, Subdirector COSAM, Dirección de Salud, Municipalidad de Santiago

³ Médico, Subdirector Médico, Dirección de Salud, Municipalidad de Santiago

⁴ Kinesiólogo, Jefe Departamento de Recursos Humanos, Dirección de Salud, Municipalidad de Santiago

⁵ Médico Familiar, Directora, Dirección de Salud, Municipalidad de Santiago



ganador (elegido por un jurado) podría ser implementado. Al final del curso se realizó una prueba escrita y se evaluó con el grupo y a través de un formulario de retroalimentación anónimo.

La segunda etapa de “formación” consistirá en que los nuevos formadores replicarán el curso a otros participantes de distintas direcciones municipales, con el objetivo de crear una segunda generación de formadores. La tercera etapa de “expansión” consistirá en impartir un curso de metodologías innovadoras para la educación en salud organizado por la primera y segunda generación de formadores en educación en salud.

Resultados y/o conclusiones:

La experiencia fue exitosa. Los participantes reconocieron que las herramientas aprendidas son útiles para su práctica cotidiana en APS. Algunas sesiones fueron útiles para identificar y sistematizar prácticas existentes, mientras que otras herramientas fueron novedosas. Las sesiones de Microenseñanza y Diseño de Proyecto Educativo fueron las mejor evaluadas, en tanto que el horario y el sistema de evaluación (con una prueba online y otra escrita) fueron los peor evaluados. La experiencia muestra la necesidad de incorporar estrategias de fortalecimiento de competencias en educación en salud, las que son esenciales para fortalecer el enfoque poblacional en salud familiar.



TE - 003

Reformulando la Gestión de Convenios: experiencia en la comuna de Santiago

Autores: **Sebastián Peña**⁶, Andrés Flores⁷, Raúl Santana⁸, Roberto Fuentes⁹, María Teresa Escobar¹⁰,
Dirección de Salud, Municipalidad de Santiago

Antecedentes:

La transferencia de recursos a la APS a través de la firma de un convenio entre el Municipio y el Servicio de Salud es una estrategia que ha ido en incremento en el tiempo. El pagador se beneficia al aumentar el control del gasto y la producción y motiva al proveedor público a realizar acciones coherentes con las metas sanitarias. A nivel municipal, si bien conlleva un aumento de recursos, este mecanismo es a menudo problemático ya que sobrecarga los sistemas de gestión administrativos, precariza el recurso humano y fragmenta la acción sanitaria. La carga administrativa en la gestión de convenios ha aumentado considerablemente, transitando desde la transferencia de fondos libres (sin necesidad de rendición financiera) a un sistema de complejidad creciente con un seguimiento detallado de la ejecución financiera. Esto ha resultado en una creciente disociación entre la gestión técnica y administrativa de los convenios.

Objetivos:

Mejorar la coordinación intrasectorial en la gestión de convenios y fortalecer la coherencia de las acciones sanitarias incluidas en los componentes de cada convenio.

Desarrollo:

En la Dirección de Salud de la Municipalidad de Santiago, los fondos recibidos por convenios representaron el 2013 cerca de un 30% de los recursos recibidos del Servicio de Salud Metropolitano Central (1.799 Millones de pesos). En un análisis preliminar, se detectaron dos problemas: subejecución de recursos y la ausencia de un responsable que monitoreara la ejecución técnica y administrativa en su totalidad. En Abril del 2014 se inicia un proceso de reformulación de la gestión de convenios realizada en conjunto por la Subdirección Técnica y Administrativa de la Dirección de Salud. La reformulación consistió en la creación de un Sistema de Gestión de Convenios compuesto de tres elementos: (1) definición clara de roles y responsabilidades; (2) implementación de una nube de recursos compartidos; e (3) incorporación de herramientas de monitoreo de la gestión.

El primer elemento consistió en la creación de la figura de Encargado de Convenio para cada uno de los convenios donde un profesional es responsable de la gestión técnica y financiera con horas de gestión asignadas para ello. El Encargado de Convenio es supervisado por el Responsable Técnico, responsable de dar una visión de conjunto a un grupo de convenios; en este caso se nombraron dos responsables, uno a cargo de las áreas de prevención y promoción de la salud y otro de los convenios relacionados con servicios de salud. En la Subdirección Administrativa se creó una Unidad de Convenios cuyo rol es facilitar los procesos administrativos.

Segundo, se creó una nube de recursos compartidos en Google Drive donde tienen acceso los encargados de convenio, responsables técnicos y los funcionarios de los Departamentos de Finanzas, Adquisiciones y Recursos Humanos que tienen relación con convenios. La nube tiene una carpeta por cada convenio donde se crearon las herramientas para el monitoreo de la gestión. Cada convenio fue digitalizado y subido a la nube, con lo que está disponible para los participantes en todo momento.

⁶ Médico, Jefe Unidad de Calidad, Dirección de Salud, Municipalidad de Santiago

⁷ Médico, Subdirector Médico, Dirección de Salud, Municipalidad de Santiago

⁸ Administrador Público, Subdirector Administrativo, Dirección de Salud, Municipalidad de Santiago

⁹ Administrador Público, Departamento de Finanzas, Dirección de Salud, Municipalidad de Santiago

¹⁰ Médico Familiar, Directora, Dirección de Salud, Municipalidad de Santiago



Tercero, se crearon formatos únicos para el monitoreo de la gestión, entre los que se cuenta una Carta Gantt, un formato de Planificación Financiera, una solicitud única de Orden de Compra y un formato de Informe Narrativo Anual. Todos los formatos se encuentran disponibles en la nube y pueden ser editados en forma simultánea. Se creó además un protocolo para la gestión de licitaciones y compras y de recursos humanos con contrato a honorarios.

Resultados y/o conclusiones:

El nuevo sistema de gestión de convenios se encuentra en su implementación temprana. Se han designado los encargados de convenio y responsables técnicos, los que han participado en reuniones mensuales de coordinación. En forma inédita se ha elaborado una Carta Gantt y Planificación Financiera para cada convenio, con lo que se espera disminuya la subejecución. El nuevo sistema implica un cambio en la gestión tradicional y se han observado resistencias en ambas subdirecciones. Sin embargo, ha significado una oportunidad para mejorar el conocimiento sobre los contenidos de otros convenios, con lo que se espera vaya disminuyendo paulatinamente la fragmentación.



TE- 004

ESTUDIO DE FAMILIA COMO MODALIDAD DE ACERCAMIENTO A EMBARAZADAS ADOLESCENTES

Autores: **Yohana Beltrán Herrera**; Vanessa Bouquillard Escalona; Juana Romero Zambrano.
Instituto de Salud Sexual y Reproductiva - Universidad Austral de Chile - Valdivia

Antecedentes:

Las conductas de las y los individuos miembros de una familia, son interdependientes y reguladas mutuamente, por lo que la familia se constituye como un sistema de relaciones, en donde los problemas de uno de sus integrantes, van a afectar a los otros miembros de la familia.

El sistema relacional de una familia en la etapa adolescente debe reorganizar su homeostasis para ajustarse a una nueva dinámica, debido a que se enfrenta a intensos cambios de uno a más de sus miembros, cambiando su funcionamiento de acuerdo a las necesidades de cada miembro de la familia, crisis normativas o no normativas, más aún si esta crisis se materializa en un embarazo adolescente (Carrasco, E. 2010).

Actualmente el embarazo adolescente se visualiza como un problema de salud que presenta alto impacto en el área sicosocial, que genera cambios en la dinámica y función familiar. (Romero, M. 2010), por lo que los estudios de familia, suelen ser una herramienta útil para apoyar y guiar a embarazadas adolescentes en el proceso grávido puerperal.

El análisis de la singularidad de cada familia (inter/sujeto/objeto) y su entorno, a través de los estudios de familia con madres adolescentes, permite la comprensión de su comportamiento en circunstancias especiales. (Díaz de Sala, S. Mendoza M., V. Porras M. C. 2011). El análisis de cada familia, tiene de base un principio comprensivo y explicativo, desde la realidad en que viven y desde la interrelación con el entorno social, facilitando la toma de decisiones y las propuestas de cambio factibles.

La Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Austral de Chile, incluye en una asignatura del 8° semestre, el Estudio de Familia, que se realiza en familias con necesidades de apoyo frente a crisis normativas o no normativas. En los últimos tres años ha sido una herramienta de apoyo fundamental en embarazadas adolescentes, sumando el 48,5% de las intervenciones totales.

Objetivos:

Los objetivos del estudio de familia consisten en diseñar un plan de intervención acorde a los factores protectores y de riesgo priorizados con el grupo familiar y la adolescente, aplicando el enfoque interdisciplinario, intersectorial, integralidad, de seguridad y calidad de atención.

Promover el aprendizaje reflexivo, la comprensión, conocimiento y análisis de todo el contexto y las variables que intervienen en las situaciones familiares normativas y no normativas que les corresponde asistir.

Desarrollo:

Las y los estudiantes de 8vo semestre realizan su práctica en diferentes Cefam de la comuna de Valdivia, donde los equipos seleccionan usuarias que presentan riesgos y requieran de un estudio de familia. Las y los estudiantes, a través de seminarios, revisiones bibliográficas, estudios de casos clínicos, logran movilizar habilidades para: analizar un problema, determinar métodos de análisis, definir acciones y tomar decisiones, incorporando valores éticos, de responsabilidad social, vinculación con el medio e integralidad para un futuro desempeño profesional, trabajando junto a familias vulnerables durante un semestre académico.

En los últimos tres años se han realizado 33 estudios de familia, de los cuales un 48,5% corresponde a embarazadas adolescentes, cuatro de ellas cursando un segundo embarazo adolescente.

Esta metodología ha permitido un acercamiento, acompañamiento y seguimiento de estas jóvenes que viven un contexto sociocultural y familiar vulnerable.



Resultados y/o conclusiones:

Se realizó estudios de familia en 16 adolescentes embarazadas, de las cuales 4 cursaban su segunda gestación. Los principales riesgos observados fueron ausencia del progenitor, embarazo no aceptado, deserción escolar, depresión en el embarazo y definición de los roles parentales. Se realizó un plan de intervención para cada familia acorde a las necesidades y en consenso con la familia. Los principales logros obtenidos guardan relación con: re integración al sistema escolar principalmente en modalidad vespertino, ampliación de redes de apoyo como salas de cuna, jardín infantil. Pesquisa oportuna y tratamiento de la depresión y otras morbilidades del embarazo, gestión del autocuidado del grupo familiar (acuden a EMPA, control ginecológico, control de niño sano por ejemplo), habilidades y destrezas para la estimulación del vínculo y desarrollo psicomotor, participación activo del progenitor en el proceso gravido-puerperal.

Además se trabaja con énfasis en fomentar la elaboración de un proyecto de vida, estimular el desarrollo personal y profesional, autoestima y comunicación familiar.

El aprendizaje de las y los estudiantes se verifica a través de aplicación de pautas de desempeño de pre- informe, auto y co evaluación del grupo de trabajo, informe final del trabajo, además de supervisión, tutoría de trabajo en terreno y presentación a equipos de salud.

Los objetivos propuestos para las familias, se han logrado en la mayoría de los casos en que se trabajó y lo no logrado se entrega al equipo de salud para que realice el seguimiento e intervención respectiva.



TE- 005

Modelo de Cuidados Crónicos en Ámbito Privado: ¿Cómo poder evaluarnos?

Autores: **Dra. Doris Muñoz Pino**; Enf. Ana María Rojas.; Enf. Pamela Muñoz; Enf. Cecilia Martí.
Centro Médico San Joaquín, Red UC CHRISTUS

Antecedentes:

Nuestra institución desde 2010 que realiza prestaciones GES en diversas condiciones Crónicas. El equipo conformado para otorgar las prestaciones en HTA y DM2, recibió capacitación en 2012 en Modelo de Cuidados Crónicos y de ahí surgió la necesidad de evaluar la calidad de las acciones del equipo para otorgar cuidados de mejor nivel en nuestros usuarios.

Para ello se decidió utilizar el cuestionario ACIC versión 3.5 validado en Chile por un grupo de investigadores de la U. de Chile liderado por el Dr. Oscar Arteaga.

Objetivos:

Evaluar la atención de HTA y DM2 otorgada en el año 2013, con el cuestionario ACIC versión 3.5, para incorporar mejoras en planificación del año 2014.

Desarrollo:

En el mes de Octubre 2013, se decide realizar una auto evaluación del programa de HTA/ DM2 GES, utilizando cuestionario ACIC. Se invita a participar en la evaluación a todos los integrantes del equipo que hayan participado de las reuniones mensuales del programa. Se recibe y analizan las respuestas de 10 integrantes, quienes completaron la encuesta con completa independencia.

Resultados y Conclusiones:

Se analizan las respuestas de los 10 integrantes. Este grupo estaba conformado por 6 Enfermeras, 2 Nutricionistas, 1 Médico Familiar y 1 Psicóloga. Se obtuvo **puntaje global de 4.3 lo que se interpreta como Apoyo Básico a la atención de enfermedades crónicas.**

Los resultados fueron los siguientes según sección.

Sección	Área evaluada	X Puntaje	Resultado
1	Organización del Sistema de Atención de Salud	4.35	Apoyo básico
2	Vínculos con la Comunidad	1.3	Apoyo limitado
3	Nivel de Atención de Pacientes:	6.8	Apoyo Razonablemente adecuado
	A.- Apoyo al Auto Cuidado		
	Nivel de Atención de Pacientes:	3.3	Apoyo básico
	B.- Apoyo a la toma de Decisiones		
	Nivel de Atención de Pacientes:	5.5	Apoyo básico
	C.- Diseño sistema de Atención		
	Nivel de Atención de Pacientes:	5	Apoyo básico
	D.- Sistema de Información Clínica		
4	Integración de los Componentes	3.4	Apoyo básico



Se discute el resultado en el equipo, ya que el puntaje obtenido fue más bajo que el año anterior y esto en parte interpretado porque los integrantes conocen más a cabalidad de los concepto de modelos de cuidados crónicos y el nivel de exigencia es mayor.

Este resultado nos permitió dar prioridad a desarrollar acciones que apunten a mejorar al **ámbito relacionado con la comunidad** y documentar y mejorar las acciones en el **Apoyo en la toma de decisiones**. Es una excelente y fácil herramienta para mejorar la calidad y nos motivó a seguir trabajando.



TE- 006

VACUNACIÓN PARA EL BUEN TRATO B1T1 CESFAM JEAN Y MARIE THIERRY

Autores: Elgueta Lorena, Guerrero Marcela, Granda Lucy, Dedes Elizabeth, **Ojeda Katty**
CESFAM Jean & Marie Thierry. Valparaíso

Antecedentes:

En el año 2011, la Unidad OIRS (Oficina de Informaciones, reclamos y sugerencias) del CESFAM Jean y Marie Thierry, realizó un estudio sobre los reclamos recepcionados en dicha unidad. Este estudio arrojó altos índices de disconformidad por “trato”. Debido a esto, se provoca una progresiva deshumanización en la atención entregada por los funcionarios, caracterizada por la incapacidad de generar vínculos con los usuarios/as, primando el anonimato de aquellos a los que se sirve, con el desconocimiento de las necesidades de las personas y con respuestas estereotipadas ante la diversidad de acciones. Esta deshumanización, tiene directa relación con la alta demanda asistencial existente en el CESFAM, centrando las acciones en la enfermedad como entidad ajena a la vivencia de la persona. Debido a la incapacidad de poder satisfacer o dar cumplimiento de esta alta demanda, es que el Equipo de Salud se ve enfrentado a un escenario caracterizado por la tensión en la relación con sus usuarios/as. Basado en lo anterior, la Unidad OIRS determina realizar una intervención en esta temática, implementando un plan de trabajo dirigido a Usuarios y Funcionarios, destinado a promover el “Buen Trato” que debe existir en las relaciones que se generan hacia los usuarios externos e internos en el Centro de Salud Familiar.

Objetivos:

- Elaborar estrategias para fomentar la humanización del trato, entre funcionarios y usuarios pertenecientes al Cesfam Jean y Marie Thierry

Desarrollo:

Se organizaron grupos de trabajo conformados por:

- Equipo organizador: Integrado por el equipo de la unidad OIRS, cuyas funciones son liderar el proceso, realizar la revisión bibliográfica, definir las opciones metodológicas a utilizar, consolidar la información, analizarla, interpretarla y elaborar documento, y definir los instrumentos a aplicar.
- Equipo Operativo del Proceso: Este equipo se debe encargar de la logística de todo el proceso como la coordinar asistencia, disponibilidad de los espacios protegidos para las actividades.

La iniciativa se implementó en dos fases, en primero se conformaron grupos de trabajo de funcionarios y usuario y posteriormente la realización de distintas actividades como:

1. Definición del Buen Trato: Concepto creado por Funcionarios y Usuarios.
2. Elaboración de Carta de Derechos y Deberes: Trabajo realizado por funcionarios y Usuarios.
3. Campaña de Vacunación por el Buen Trato “B1T1” entregándoles de manera simbólica un carnet reflejo de la importancia de la temática en el centro.
4. Planta de obsequio del Buen Trato: De parte de los funcionarios a los usuarios, además de simbolizar vida, trasciende en el tiempo y genera un impacto visual ya que hasta hoy se encuentra en las dependencias del CESFAM.

Resultados y/o conclusiones:

- Se logró un trabajo en equipo y con una excelente participación de los funcionarios con un equipo cohesionado, proactivo y empático sobre la importancia del buen trato hacia los usuarios/as.
- Se constató de forma cuantitativa, la disminución considerable de reclamos durante el año 2013, en más de un 50%.
- Se realizaron Protocolos de atención de forma participativa con el equipo de salud, dirigida al mejoramiento de la calidad de atención.



TE- 007

PROYECTO CULTIVANDO NUESTRA SALUD

HUERTOS ORGANICOS EN ESPACIOS REDUCIDOS EN EL CESFAM JEAN Y MARIE THIERRY EXPERIENCIA EN SALUD FAMILIAR

Autores: Dedes Elizabeth, **Granda Lucy**, Ojeda Katty. CESFAM Jean & Marie Thierry. Valparaíso

Antecedentes:

La iniciativa de la creación y desarrollo del huerto orgánico en espacios reducidos fue impulsada por la encargada del Programa de Promoción y Participación Social del Cesfam Jean y Marie Thierry, en conjunto con el Consejo de Desarrollo Local de Salud (CDL) "Parque El Litre", llevado a cabo con presupuestos que el Ministerio de Salud entrega mediante la unidad de Participación Social.

Esta idea surge como una forma de incentivar estilos de vida saludables en la población y primordialmente fomentar la participación de los usuarios en temáticas relacionadas con promoción de la salud, mediante actividades lúdicas - educativas, dada a la escasa participación histórica de nuestros usuarios.

De acuerdo a lo investigado para la realización de este proyecto, esta iniciativa es **pionera** dentro de los centros de salud familiar **urbanos** de la región de Valparaíso.

Objetivos:

- Incentivar la participación y empoderamiento de los usuarios en temáticas de promoción de salud.
- Fomentar estilos de vida saludables en los usuarios del centro de salud.

Desarrollo:

Esta iniciativa fue anunciada en una actividad comunitaria realizada en el Cesfam, además de contar con el apoyo de unidades estratégicas del Cesfam como son la Oficina de informaciones, reclamos y sugerencias (OIRS) y en la Unidad de alimentos en la entregar flyer e información en los diarios murales del centro.

Este proyecto que se implementó en el acceso a la pérgola del centro de salud, tuvo una duración de 5 meses desde los meses de noviembre del 2013 a marzo del 2014; durante este tiempo se realizaron talleres semanales, todos los martes a partir de las 16:00, contando con la participación de 15 usuarios de diversas edades de manera permanente, en la que se distinguen 10 mujeres y 5 hombres.

Se establecieron áreas de trabajo, liderado por la encargada de promoción y el CDL, con el fin común de organizar el grupo de usuarios en los distintos talleres impartidos en ciclos teóricos-prácticos con la ayuda de la Agrónoma contratada, a través de charlas participativas con entrega de material respecto a los siguientes contenidos:

Propiedades simbióticas de las plantas y alimentos, calendario de siembras y cultivos de diversos alimentos básicos en la dieta familiar, preparación de la tierra, nutrientes y almácigos. Además educación respecto del reciclaje y reutilización de materiales de desecho para la creación del huerto orgánico. Entregando herramientas lúdicas e interactivas para mejorar la alimentación de los usuarios, sus vecinos y familias.

Resultados y/o conclusiones:

- ✓ Recuperación de espacios para instalación del huerto en dependencias del establecimiento.
- ✓ Compromiso y continuidad en el mantenimiento del huerto por parte de los participantes.
- ✓ Aplicabilidad en la vida cotidiana, mediante la réplica por parte de los usuarios hacia sus vecinos y familias.
- ✓ Se generó como propuesta por parte de los participantes, incentivar al autocuidado al equipo de salud, mediante el obsequio de una "planta", como acto simbólico.
- ✓ Se constató cuantitativamente la aprobación de los usuarios mediante una prueba teórica al término de la actividad.
- ✓ Se evidenció la conformidad del proyecto por medio de una encuesta de satisfacción usuaria.



TE - 008

Planificación de Sesiones Educativas para personas con Diabetes en base al modelo de Jane Vella Experiencia en Cesfam Marcelo Mena de la Comuna de Valparaíso

Autores: **Dra. Maria Ruth Valencia Chiquito**, Cesfam Marcelo Mena de la Comuna de Valparaíso

Antecedentes:

A pesar de todos los avances en el tratamiento de la diabetes, la Educación sigue siendo una herramienta fundamental para el buen control metabólico. Ciertamente, cada persona con diabetes debiera recibir educación individual en la medida de sus necesidades concretas. Sin embargo, existe evidencia en donde se demuestra que la Educación grupal permite economizar personal y tiempo, además de favorecer la sociabilización de experiencias. Los talleres se realizaron ante la desinformación que tienen los pacientes diabéticos del Cesfam Marcelo Mena, respecto a su enfermedad, lo que indudablemente influye en la compensación.

Por otro lado no existía en los Cesfam de Valparaíso un instrumento unánime que se utilizara en la educación grupal para personas con diabetes, por lo que era de mucha importancia contar con este tipo de herramienta para ser usado por los equipos de salud de la comuna.

Objetivos:

El objetivo principal de la Educación diabetológica es mejorar la calidad de vida de la persona que tiene la enfermedad y su entorno, facilitando la responsabilidad y la toma de decisiones en el autocuidado de su patología crónica (Empoderamiento).

Los objetivos específicos de la educación son conseguir mejoras en los siguientes ámbitos:

Hábitos de vida saludables: Alimentación, control de peso y ejercicio físico.

Control de Factores de Riesgo: Lípidos, PA y tabaquismo.

Manejo de complicaciones asociadas a la Diabetes.

Cuidados del pie diabético

Control glucémico

Adherencia al tratamiento.

Desarrollo:

Se seleccionaron 10 pacientes mayores de 15 años del tarjetero cardiovascular, que hubieran ingresado recientemente al PSCV por Diabetes mellitus o que ya estaban en control por Diabetes pura o con comorbilidad asociada pero que tengan HbA1c >10%.

Al mismo grupo de personas se le realizaron tres sesiones educativas durante un mes, una semanal, de 1 hora cada una: 1era Conociendo la diabetes, 2da Insulina y sus mitos, 3ª Alimentación en la diabetes.

La intervención grupal se registró como actividad educativa en la ficha clínica de cada usuario y en una hoja Excel se anotaron los parámetros clínicos más relevantes con el fin de hacer seguimiento.

Para entregar la información se utilizó la técnica de las "4 ies" (Inductivo, Input, Implementación, Integración), y se realizó una prueba al final de la última sesión como indicador de evaluación.

Resultados y/o conclusiones:

La participación en los talleres educativos grupales fue del 80%, de las personas citadas; en el nivel de conocimientos de la enfermedad al término de las sesiones se obtuvo un 90% de aciertos, lo cual indica que la EG mejora los conocimientos y después de 6 meses post intervención grupal el 100% de los participantes redujo las cifras de Hemoglobina glicosilada en forma significativa, y de estos el 60% logró valores normales de glicemia y HbA1C, y con una reducción en el IMC del 50%.

Por lo tanto, la EG se presenta como una estrategia efectiva para la promoción de la salud, que favorece condiciones óptimas para el cambio hacia un estilo de vida más saludable y permite modificar aspectos cognitivos, ofreciendo mejoras en el nivel de conocimientos sobre la enfermedad, a pesar de que difícilmente podrá sustituir a la EI dadas las características individuales de cada paciente y la evolución de la propia enfermedad.



TE - 009

Abordaje de casos de familia con enfoque biopsicosocial e interdisciplinario: Experiencia desde pregrado"

Autores: EU Macarena Chepo, EU Guadalupe Rojas, EM Luz Ma. Montes y MF Nathalie Colomer.

Docentes Carreras de Enfermería y Medicina, Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Santiago, CHILE

ANTECEDENTES:

Una de las características del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario introducido tras la Reforma de Salud en Chile el año 2005 para Atención Primaria de Salud (APS), es aquella dirigida al enfrentamiento multidisciplinario de problemáticas de salud con enfoque biopsicosocial, situación que releva la importancia de que las entidades formadoras de futuros profesionales de salud se encuentren comprometidas con el desarrollo de competencias en el trabajo con familias. Pese a lo anterior, existe escasa evidencia documentada en Chile de experiencias académicas de este tipo.

El propósito de esta experiencia es contribuir al fortalecimiento del desarrollo de la APS a través del fomento del desarrollo de competencias de abordaje interdisciplinario de casos de familias con enfoque biopsicosocial de las carreras de Enfermería, Medicina y Kinesiología.

OBJETIVOS:

Experimentar el trabajo con familias como componente del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en un Centro de Salud Familiar a nivel primario de atención.

Reconocer los beneficios que reporta el abordaje de un problema de salud a nivel primario de atención desde un enfoque o mirada interdisciplinario.

DESARROLLO

Durante el primer semestre del año 2013 se diseñó un formulario de estudio de caso, el cual tenía por propósito esquematizar el abordaje de un caso de familia de manera interdisciplinaria. Se incluyeron ítems de valoración familiar y del caso índice, jerarquización de problemas y diseño de un plan de tratamiento.

Iniciado el periodo de internado clínico de APS de las carreras involucradas, se debían conformar equipos multidisciplinarios con internos de las carreras antes mencionadas. Cada grupo de internos debía realizar atenciones en conjunto, las que se realizarían dentro del centro de salud o en visitas domiciliarias. Al finalizar la intervención, el equipo debía realizar una presentación del caso, mostrando las actividades realizadas y su propuesta de abordaje interdisciplinario. Además, debían reflexionar sobre los principales aprendizajes que surgieron a partir de la experiencia.

RESULTADOS

Entre agosto 2013 y julio 2014 se logró conformar 3 grupos interdisciplinarios compuestos por un total de 7 internos UDD. Cada grupo, como promedio, realizó tres atenciones a casos seleccionados desde la clínica. Los problemas de salud abordados fueron: obesidad infantil, estimulación de la movilidad en paciente con dependencia moderada y fragilidad del adulto mayor. Los grupos lograron completar los ítems solicitados en el formulario entregado, recabando datos tanto en contexto de box clínico, en el centro de salud, como en visitas domiciliarias. Para cada caso, se diseñó una propuesta de abordaje, el cual incluía actividades propuestas desde las distintas disciplinas, las que involucraban no solo al caso índice, sino a otros integrantes de la familia.

Una vez finalizada la intervención, los alumnos coincidieron en el grado de significancia asignada a su formación de esta actividad, la cual les permitió conocer las actividades que realizan las otras disciplinas en APS, vivenciar la aplicabilidad del trabajo con familias y sentir que aportaban a la salud de las personas.



CONCLUSIONES

El experimentar el abordaje de casos de familia de manera interdisciplinaria durante la formación de pregrado en el contexto de APS podría ser una estrategia que contribuya con la formación de profesionales capaces de enfrentar problemas de salud de manera más efectiva, promoviendo el desarrollo de los valores y principios que sustentan la Atención Primaria en Chile.

Resulta necesario desarrollar y documentar esta estrategia en el marco de una metodología educativa, lo que permitirá, entre otros, continuar con la difusión de experiencias de este tipo.



TRABAJOS LIBRES DE INVESTIGACION

TI- 010 TRABAJO DE INVESTIGACION GANADOR **Evaluación del abordaje integral del paciente con dolor crónico no oncológico.**

Autora: AUAT CHEEIN, CECILIA DEL VALLE

Consultorios Médicos de Clínica Santa María
La Banda - Santiago Del Estero
República Argentina

Introducción:

El dolor es una de las quejas más comunes en la sociedad en general y es el dolor crónico el cual provoca deterioro funcional, trastornos psicológicos e incluso discapacidad en el paciente, por lo que el mismo representa un problema grave tanto médico como social. El llamado modelo biopsicosocial del dolor permite al profesional evaluar y proponer estrategias terapéuticas adecuadas para cada paciente. En Clínica Santa María de ciudad de La Banda, se cuenta con un solo consultorio de Medicina Familiar en el cual el 15% de las consultas corresponden a pacientes con dolor crónico, no oncológico, con afectación de la calidad de vida e interrupción de actividad laboral. A pesar de la frecuencia de la consulta nunca se realizó evaluación del plan de tratamiento que se desarrollaba en cada caso. Por lo que se propuso la realización del presente trabajo

Objetivo Principal:

Describir los resultados del abordaje terapéutico integral de los pacientes con dolor crónico no oncológico que asistieron al Consultorio de Medicina Familiar de la Clínica Santa María de febrero a mayo del año 2014.

Objetivos específicos:

Establecer prevalencia del dolor crónico no oncológico según rango etáreo y sexo del paciente, determinar prevalencia según etiología clínica y tipo de dolor crónico estudiado, porcentaje de pacientes que requirieron abordaje interdisciplinario, descripción de tratamiento indicado, derivación a especialista y porcentaje de pacientes que alcanzaron metas con el abordaje implementado según el caso.

Materiales y Métodos:

Se realizó evaluación y seguimiento semanal de los pacientes con dolor crónico no oncológico que asistieron al Consultorio de Medicina Familiar en periodo enero-mayo del año 2014. Se efectuó la anamnesis completa, examen clínico general, estudios para determinar probable etiología del dolor no conocida, se realizó la medición del dolor a partir del BPI y la medición de la salud general a través del SF-12 ya que como herramientas prácticas y sencillas de aplicar fueron utilizadas para valoración inicial y la evaluación de resultados y para determinar la necesidad de implementación de apoyos complementarios de tratamiento según el caso. En cada paciente se desarrolló la planificación individual de tratamiento y fue evaluado semanalmente durante un mes. Criterios de exclusión: pacientes con etiología oncológica del dolor, pacientes con patología osteo-mio-articular de base no controlada. En estos casos se los derivó con los respectivas especialidades médicas tratantes.

Resultados:

De los 68 pacientes incluidos en este estudio, el 66% (45) fueron mujeres, y el 57% (39) de los afectados poseen entre 30 y 49 años de edad. La menor prevalencia se observa en pacientes menores de 29 años (12%-8). El 26% (18) padecían Artritis Reumatoidea, 18% (12) Artrosis y 6% (4) pinzamiento vertebral, tratados y controlados por sus respectivos médicos de cabecera y asistieron al consultorio de Medicina Familiar por el dolor que afectaba su calidad de vida. El resto de pacientes que consultaron por dolor no tenían antecedentes patológicos, se les realizó examen clínico y de métodos complementarios acorde y se encontró que el 15% (10) tenía cuadro de Contractura Muscular Disfuncional y a un 26% (18) de los pacientes se les realizó diagnóstico de Hipotiroidismo, en



estos casos además del tratamiento para el dolor se les inicio el tratamiento de dicha patología. El 32% (22) de pacientes tuvo dolor con características de neuropático puro, y el 68% (46) restante tuvo componentes mixtos. El 100% (68) de los pacientes requirió abordaje interdisciplinario.

Al inicio del tratamiento el 26% (18) de los pacientes puntuaron su dolor como severo, el 7% (5) como leve y el 67% (45) restante como dolor moderado. Además, de ellos el 22% (15) presentó componentes depresivos debido a limitaciones, en sus actividades de la vida diaria, atribuidas al dolor, y manifestó que su salud es Mala; 71% (48) describió su salud como Regular debido a intensidad y/o persistencia del dolor y el 7% (5) lo hizo como Buena. El 80% (54) de los pacientes refirió sentirse afectado laboralmente por el dolor. Por lo tanto, en la primera semana: al 100% de los pacientes se les inicio tratamiento farmacológico a dosis bajas: con anticonvulsivantes para aquellos con dolor neuropático puro y tratamiento combinado para los que presentaron componente mixto, 22% (15) fueron derivados para evaluación y tratamiento psicológico, 74% (50) fueron derivados para Fisioterapia y Terapia de Movimiento, de ellos, al 20% (10) se los derivó además a Terapia Ocupacional. Semanalmente se realizó evaluación del síntoma Dolor y calidad de vida, con ajuste de dosis o cambio de fármaco según el caso y se incorporaron 14 pacientes más a Terapia de Movimiento. Al finalizar la cuarta semana: el 79% (54) puntuó su dolor como leve, el 15% (10) como ausente, y en el 6% (4) persistió dolor de intensidad moderada. Además, luego de cuatro semanas de abordaje interdisciplinario el 6% (4) de los pacientes manifestó que su salud era Regular debido al dolor y que el mismo lo limitaba en su integración social y laboral. El 94% (64) restante refirió su salud como Buena y con paulatina incorporación en sus AVD. Por lo que se derivó a especialistas del Dolor y a Psiquiatras a aquellos pacientes con quienes no se alcanzaron metas (6%). Continuaron, luego del mes inicial, con tratamiento de mantenimiento farmacológico el 42% (29) y con Terapias de Movimiento el 96% de los pacientes atendidos. Metas alcanzadas en el 96% (64) de los pacientes evaluados.

Conclusión:

El abordaje integral e integrado permite reducir los síntomas, mejorar la calidad de vida y reducir la discapacidad del paciente con dolor crónico, por lo que debería ser aplicado, evaluado y promovido de manera continua.



TI- 011

Pesquisa de niños con alteraciones del desarrollo y su asociación con factores determinantes

Autora: AUAT CHEEIN, CECILIA DEL VALLE
Consultorios Médicos de Clínica Santa María
Santiago del Estero, ARGENTINA

Introducción:

El desarrollo neuro-motriz es un complejo proceso en el cual convergen e interactúan factores biológicos, medio ambientales, históricos y sociales, la alteración en alguna o varias de las pautas madurativas provocan trastornos en el desarrollo, los cuales forman parte de la nueva morbilidad. En Argentina desde el año 2004, se capacita y se lleva a cabo la Prueba de Pesquisa de Alteraciones del Desarrollo (PRUNAPE) la cual posee un 80% de sensibilidad y un 93% de especificidad. Así como existen factores protectores para el desarrollo normal del niño, existen factores de riesgo para su alteración. Los Médicos de Familia, en nuestra formación integral, nos encontramos en el lugar estratégico para realizar esta prueba de pesquisa y tareas de promoción y prevención inherentes. En consultorio de Medicina Familiar de Clínica Santa María, de la ciudad de La Banda, no se cuenta con datos vinculados con el rastreo de alteraciones del neuro-desarrollo ni de asociaciones con factores influyentes. No se encontró publicada estadística provincial, en Santiago del Estero, vinculada a la temática de interés.

Objetivo Principal:

Determinar prevalencia de niños entre 0 y 6 años de edad, con alteraciones del desarrollo y establecer la asociación de factores influyentes en el mismo, que asistieron al Consultorio de Medicina Familiar mencionado los meses de mayo y junio del año 2014.

Objetivos específicos:

Determinar prevalencia de niños con alteraciones del desarrollo según sexo y edad del grupo en estudio, y de factores determinantes. Establecer asociación de riesgo o protección entre factores de interés y el desarrollo neuro-motriz en la población en estudio.

Materiales y Métodos:

Estudio analítico transversal, a través del cual se evaluaron, a través del PRUNAPE a 20 niños que concurren al Consultorio de Medicina Familiar los meses de mayo y junio del año 2014. Se trabajó con Edad Corregida en los menores de 2 años, nacidos pre-término. Se entrevistó a las madres de dichos niños sobre factores en estudio: Edad Materna al momento de la concepción, Nivel De Instrucción, Control De Embarazo, Patologías Durante El Embarazo, Tipos De Parto, Nacimiento Pre-Término, Término O Post-Término, Depresión Neonatal, Asistencia Respiratoria Mecánica, Internación En Neonatología, Bajo-Normo O Sobrepeso Neonatal, Infecciones Neonatales, Tipo De Lactancia hasta los seis meses de vida. Se determinó a partir del cálculo del Riesgo Relativo (RR) los factores que actuaron como protectores y aquellos que fueron de riesgo en esta población bajo estudio. Los datos del presente trabajo se registraron en fichas anónimas. Se contó con la autorización de los padres para la realización del PRUNAPE y del presente trabajo. Criterios de exclusión: no se realizó PRUNAPE a pacientes dentro del rango de edad estudiado con diagnóstico de patología que implica alteración general o específica del desarrollo neuro-motriz, pacientes que al momento del examen cursaban patologías agudas. Se excluyó del presente trabajo a aquellos pacientes cuyos padres no aceptaron el análisis estadístico de los datos.

Resultados:

De los 20 niños incluidos en el presente estudio, el 60% (12) eran varones y el 40% (8) mujeres y de ellos, el 20% (4) eran menores de un año, el 70% (14) entre 1 año y 2 años 11 meses 29 días de edad y el 10% (2) entre 3 años y



5 años 11 meses 29 días de edad. A todos se les realizó PRUNAPE. En dicha prueba de pesquisa (PRUNAPE) el 50% Falló, lo cual implica que 10 de los niños evaluados posee probable alteración o retraso en el desarrollo neuromotriz. De ellos, el 60% (6) eran mujeres y el 40% (4) varones. El rango etáreo de mayor prevalencia que Falló en el PRUNAPE fue entre 1 año y 2 años, 11 meses 29 días de edad (50%-5), y el de menor prevalencia (10%-1) fue en menores de un año de edad.

El 100% (20) de madres entrevistadas manifestó que su embarazo fue controlado y tomaron ácido fólico en los tres primeros meses de gestación. El 75% (15) refirió haber tenido problemas durante el embarazo/parto (67%-10 APP, 20%-3 Hipertensión inducida por el embarazo, 27%-4 Adinamia uterina). De los pacientes incluidos en el presente estudio el 40% (8) fue pre-término, el 30% (6) nació por cesárea, 25% (5) fueron bajo peso, 20% (4) sobrepeso. Además, al nacer 15% (3) requirieron reanimación (RCP) en Sala de Partos, el 70% (14) fue internado en Neonatología y el 25% (5) precisó asistencia respiratoria mecánica durante la internación (ARM). Se detectó que el 5% (1) tuvo infección neonatal, el 50% (10) tuvo lactancia materna exclusiva (LME), el 25% (5) no tuvo lactancia materna (SLM) y el 25% (5) restante tuvo lactancia materna parcial (LMP). El 100 % de los partos fueron institucionales, y se detectó que el 40% (8) de las madres era adolescente al momento del embarazo del paciente en estudio y el 100% de las madres tenía educación secundaria incompleta.

Al establecer asociación entre variables se observó, según cálculo de RR, que: Parto Por Cesárea, Bajo Peso y Normo Peso Al Nacer, y Embarazo Adolescente actuaron como factores protectores en la población bajo estudio, la variable LME no presentó asociación entre desarrollo normal o alteración del mismo. En cambio: LMP, SLM, Patologías durante el embarazo, ARM, Internación en Neonatología al nacer, RCP en Sala de Partos, Infección Neonatal y Parto Pre-Término fueron factores de riesgo en la población de niños estudiada.

Conclusión:

Los resultados del presente trabajo dejan visible la importancia de la pesquisa de alteraciones del neuro-desarrollo para que, aplicando las estrategias oportunas, se disminuya la evolución de estos trastornos a patologías discapacitantes. Como así también señala la necesidad del Análisis de la Situación Local para implementar las tareas de promoción de salud y prevención de enfermedades, y de discapacidades, apropiadas.



TI- 012

Evaluación de la implementación de la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM) en dos Centros de Salud Familiar de Atención Primaria de Salud (APS): ¿Cumpliendo una meta y/o entregando las intervenciones indicadas?

Autores: Alfredo Rodríguez; Francisco Riquelme.

Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción:

El envejecimiento de la población ha llevado a reenfocar la evaluación de salud de los adultos mayores (AM), considerando así la funcionalidad como su eje central. En Chile, en Atención Primaria de Salud, se realiza anualmente la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM) con la finalidad de generar una serie de intervenciones, según las variables alteradas, que permitirían conservar la autonomía de los AM. Dada la relevancia de esto último es que actualmente la cobertura del EFAM constituye uno de los indicadores del Índice de Actividad de Atención Primaria de Salud, sin embargo, no existen estudios que permitan conocer la realidad actual del cumplimiento de las intervenciones que surgen a partir de su aplicación

Objetivo General:

Evaluar el cumplimiento de las intervenciones generadas a partir de la aplicación del EFAM en dos Centros de Salud Familiar.

Objetivos Específicos:

Caracterizar la población a la cual se aplica el EFAM.

Comparar la proporción de cumplimiento de las intervenciones entre las áreas para el total de la muestra.

Comparar la proporción de cumplimiento de las intervenciones para cada una de las áreas entre centros y grupos funcionales (autovalentes, autovantes con riesgo y con riesgo de dependencia).

Métodos:

Estudio de tipo observacional, de cohorte única y prospectivo, de un año de seguimiento, con 300 AM de 65 años y más, de ambos sexos, inscritos en dos Centros de Salud Familiar. Se midieron variables sociodemográficas y cumplimiento de intervenciones recomendadas para cada área que evalúa el EFAM. Recolección de datos mediante registros clínicos de ficha electrónica al inicio, al semestre y al año de seguimiento. Análisis descriptivo de variables sociodemográficas y comparación de proporciones de cumplimiento de intervenciones entre áreas para el total de la muestra y para cada área entre centros y grupos funcionales. Se fijó significación estadística $p < 0.05$.

Resultados:

Completaron el estudio 276 adultos mayores, con mediana de edad de 72 años y un 63,7% correspondió a mujeres. La mediana (percentil 25-75) de cumplimiento de intervenciones por áreas para el total de la muestra fue: Actividades Vida Diaria 100% (0-100), Hipertensión Arterial 83% (50-100), Diabetes Mellitus tipo 2 100% (66.6 - 100), Capacidad Cognitiva 0% (0-25), Capacidad Física 50% (0-50), y Salud Mental 0% (0-25). Grupo alto cumplimiento (3 primeras áreas) v/s grupo bajo cumplimiento (últimas 3 áreas) $p < 0,00333$. La comparación de cada una de las áreas evaluadas entre ambos Centros de Salud y entre grupos funcionales presentó $p \geq 0,05$.

Conclusiones:

Para el total de la muestra se observan dos grupos de áreas bien definidas en relación al cumplimiento de intervenciones recomendadas, con una diferencia significativa entre ellos, observándose un bajo cumplimiento en áreas como capacidad física, salud mental y estado cognitivo, determinantes de importante morbi mortalidad en este grupo etáreo. No se observan diferencias estadísticas significativas al comparar el cumplimiento de las intervenciones entre los centros de salud o según funcionalidad.

Por lo anterior concluimos que al observar que en la mitad de las áreas evaluadas no se cumple lo recomendado, nos da la impresión que estaríamos trabajando más por una meta que realizando lo recomendado a nuestros adultos mayores.



TI- 013

APRECIACIÓN Y EXPECTATIVAS DEL RESIDENTE INGRESANTE A LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS (UNMSM), 2013.

Autores: **Cahuina-Lope P. y Rivas-Sarmiento M.***

Universidad Nacional Mayor de San Marcos , Lima - Perú

RESUMEN:

Objetivo:

Conocer la apreciación y expectativas sobre la especialidad de medicina de familia y comunitaria (MFC) del residente ingresante a la especialidad.

Material y métodos:

Encuestas semiestructurada sobre la apreciación hacia la especialidad de los residentes ingresantes a la especialidad de MFC 2013. Se realizó un análisis factorial de los componentes principales a partir de variables de opinión sobre aspectos profesionales y formativos con el fin de agruparlas en dimensiones e ideas fuerza.

Resultados:

Se obtuvieron 5 dimensiones que resumen las opiniones de los residentes sobre la especialidad. Los residentes de MFC de la UNMSM tienen una visión negativa del sistema de formación y plan curricular; así también manifestaron su preocupación por la falta de tutores, siendo alentador el gran compromiso por parte de residentes mayores por su formación, finalmente mantienen grandes expectativas respecto a la especialidad y alientan se homogenice el plan curricular a nivel nacional.

Conclusiones: Los residentes de MFC son conocedores del plan curricular institucional, desconocen la presencia de tutores, ven como fortaleza el compañerismo entre los residentes y la realización de actividades académicas programadas, finalmente su meta principal radica en contribuir al mejoramiento de la especialidad.

Palabras Clave:

Apreciación de los residentes, medicina familiar.



TI- 014

Presencia del Médico Familiar en el Imaginario Colectivo de la región de La Araucanía. Informe Preliminar.

Autores: **Verónica Olate**, Hernán Cedeño, José Godoy, Lilian Fernández, Jorge Fuentes.
CESFAM Amanecer; Temuco, Región de La Araucanía.

Introducción:

Ante las muchas necesidades en la salud actual, donde el progreso de la ciencia, la tecnología y la super especialización son tan valoradas e importantes, es imprescindible poseer una aptitud y actitud que se oriente a proteger al paciente, sin olvidar que tiene familia, amigos y es parte de una comunidad. Esta visión integradora y centrada en el sujeto es propia del Médico Familiar, médico especialista en el área, pero poco reconocido en la sociedad.

El momento sociopolítico actual plantea el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud y la imagen del Médico de Familia y la Medicina Familiar surgen como elementos esenciales para este fin. Sin embargo, parece incierto el lugar que ocupa este médico especialista en la sociedad y particularmente en nuestra región, por lo que nos resulta necesario conocer cuál es el lugar que ocupa el Médico Familiar en el Imaginario Colectivo local.

Objetivo:

- General:
 - Determinar la presencia del Médico Familiar en el Imaginario Colectivo en la Región de La Araucanía durante el año 2014.
- Específicos:
 - Describir el perfil sociodemográfico de la población en estudio.
 - Conocer la forma en que habitualmente resuelven sus problemas de salud dicha población.
 - Conocer la percepción de la comunidad en relación a la especialidad de Medicina Familiar

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en población mayor de 15 años. La muestra se obtuvo mediante muestreo no probabilístico consecutivo. Se aplicó una encuesta de opinión online no validada en el país que contiene 5 preguntas de identificación sociodemográfica, 2 preguntas relacionadas con la forma en que habitualmente las personas resuelven sus problemas de salud y 4 pregunta en relación a la percepción que tiene la comunidad de la especialidad de Medicina Familiar y del Médico de Familia. La encuesta es autoadministrada, de fácil y rápido llenado y se ha mantenido online por 2 semanas.

El estudio observacional de corte transversal se muestra como el diseño más apropiado en esta investigación ya que nos permite aproximarnos a la realidad local, aportando nuevos datos. El tipo de muestreo es el adecuado, dado que en este estudio se intenta incluir a todos los sujetos accesibles como parte de la muestra, lo que hace que la muestra represente mejor a toda la población.

Resultados:

Participaron 200 personas, 59% mujeres. La encuesta fue respondida por personas entre los 17 y 75 años. El 72.5% reside en Temuco. 58.5% refiere como previsión de salud FONASA, 60.5% corresponde a personas con nivel educacional alto, con enseñanza superior completa e incompleta, y 25.5% con enseñanza media completa o incompleta. 45% refiere que sus problemas de salud los resuelve en consulta médica privada y 64% consulta a un médico general. 58.5% de los encuestado refiere no haber consultado nunca a un Médico Familiar y 10.5% desconoce si consultó con un médico de familia. 23.5% manifiesta que el médico de familia NO es un médico especialista y un 25% refiere que desconoce si la medicina familiar es una especialidad o no. Finalmente, un 74% de los encuestados manifiestan que es necesario que existan los médicos de cabecera o familiares.



Conclusiones:

La presencia del médico de familia en el imaginario colectivo es débil. La mayoría de los encuestados si la reconocen como una especialidad médica, pero existe un gran número de personas que no la identifica como tal y por tanto, la consulta con médico familiar es poco frecuente. Asimismo, es importante mencionar que el nivel educacional de la población encuestada es predominantemente medio y alto, y en consecuencia, podríamos esperar que en los niveles bajos, la presencia de la imagen de la medicina familiar sea igual o menor.

Llama la atención que la mayoría de los encuestados resuelvan sus problemas de salud en la consulta privada de médicos generales, sin embargo, esto se puede explicar porque la mayor cantidad de encuestados reside en el área urbana, principalmente Temuco, donde existe disponibilidad de estos recursos.

Finalmente, y aún reconociendo las limitaciones técnicas del estudio, como por ejemplo, la necesidad de conocimientos mínimos de computación para contestar la encuesta, que la población muestral deba tener acceso a internet y que la encuesta haya sido contestada mayoritariamente por población adulta y adulto joven, es interesante contar con información de este tipo, escasa en el país, que nos permita contar con una línea de base para desarrollar estrategias de educación y difusión de la medicina familiar como una especialidad médica de atención integral para las personas y sus familias.



TI- 015

Patologías crónicas en gerontes institucionalizados. Estudio comparativo con la ENS 2009-2010.

Autores: **Araneda Del Canto Daniel¹**; López Varas Pablo¹; Chahuan Miranda Marco³; Santander Navarro Montserrat¹; Sanchez Hun Yunchoy².

¹Interno Medicina Universidad Finis Terrae, ²Docente Medicina Universidad Finis Terrae, ³Alumno Medicina Universidad Finis Terrae.

Introducción.

En los últimos 30 años, nuestro país ha experimentado un proceso de envejecimiento acelerado lo que ha modificado el perfil epidemiológico de nuestra población.

La Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010 intenta esclarecer este nuevo perfil, al evidenciar las patologías más prevalentes en este grupo etario.

Objetivos.

Determinar prevalencia de patologías crónicas en pacientes geriátricos institucionalizados y compararlas con la encuesta nacional de salud 2009-2010.

Método.

Se realizó un estudio comparativo retrospectivo, descriptivo y transversal entre marzo de 2012 y enero del 2014 en un hogar de la Sociedad San Vicente de Paul. Se seleccionan 63 pacientes con enfermedades crónicas y se clasificaron por CIE10. El análisis estadístico se realizó con STATA.

Resultados.

La edad promedio fue de 84,5 años. Del total de pacientes 80.95% fueron mujeres y 19.05% fueron hombres. Un 71.42% fueron octogenarios y 28,57% con 80 años o menos. Del total de pacientes los sistemas más comprometidos fueron cardiovascular con 82.53%, sistema nervioso con 30.15% y psiquiátrico con 22.22%. Dentro de cardiovascular las patologías más prevalentes fueron la hipertensión arterial (73.01%) y la cardiopatía coronaria (15.87%). En sistema nervioso las enfermedades más prevalentes fueron la enfermedad de Alzheimer con 51.9% y accidente vascular encefálico en un 19.04% En el ámbito psiquiátrico las enfermedades más prevalentes son la depresión con 19.04% y el trastorno ansioso con 9.52% del total de pacientes.

Discusión.

La ENS informa que dentro de patología por sistemas en gerontes urbanos, el primer lugar lo ocupa el cardiovascular, destacando un 46,4% de hipertensión arterial. Esto contrasta con el hallazgo de 82,53% en nuestra muestra. Le siguen las enfermedades respiratorias crónicas con un 43,4% v/s 7,9% en nuestra población estudiada y en patologías psiquiátricas destaca la depresión con un 17,2% a nivel general, sin embargo nuestra muestra informa un 19,04% lo cual no es comparable con los resultados de la encuesta ya que no lo categorizan por grupo etario.

Conclusión.

La ENS define un perfil epidemiológico a nivel nacional pero estos resultados no han sido completamente definidos en gerontes. Esto hace que la información disponible sea muy heterogénea y se requiera un mayor análisis en los diagnósticos.

Nuestros hallazgos de prevalencia plantean un desafío al sistema de salud en cuanto a re-categorizar las distintas patologías por grupos etarios para definir cuáles son las reales necesidades del paciente geronte, más aún si este es institucionalizado y presenta deterioro de su funcionalidad.



TI- 016

La relación del equipo de salud-paciente-familia como modulador de la adherencia terapéutica ECNT en población bajo control en el PSCV, en un CESFAM de la comuna de Puerto Montt. 2013

Autores: **Gladys Caro Lovera**, médico de familia CESFAM Angelmó, Jefa Depto. Atención primaria Universidad San Sebastián, Diplomada en gestión de centros de APS, Encargada Comité de calidad Karola Oyarzún antropóloga, magister en Salud Comunitaria, CESFAM Angelmó Puerto Montt; Universidad San Sebastián carrera de medicina Puerto Montt

Introducción

En el 2003 el INE publica como primera causa de muerte en Chile las enfermedades del sistema circulatorio que comprenden en orden descendente IAM, AVE, enfermedad isquémica crónica del corazón, enfermedad cardíaca hipertensiva y secuelas enfermedad cerebrovascular, patologías que tienen un alto impacto de tipo económico y de dependencia a los niveles individual, familiar, y social. La Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo II son los principales grupos de factores de riesgo condicionantes, con un prevalencia general de 26,9% y 9,4% respectivamente. De los HTA solo un 37,6% está en tratamiento médico, en el caso de los Diabéticos el 78,5% conoce su condición de portador de esta patología pero solo el 52,2% está en tratamiento médico. En el CESFAM el 49,7% de los HTA tienen mal control metabólico, el 60 % de los DM II se encuentran descompensados, 14,5% ha llegado a estado de insulino-requiere y el 28,1% se encuentra inasistente a sus controles

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que considera la participación del usuario, con los conocimientos y creencias que tenga respecto de la enfermedad, su motivación para recuperar la salud o adaptarse a su condición de enfermo, y las características de sus procesos evolutivos, todos elementos que determinan su proceso de toma de decisiones.

En esta investigación se trabaja con un diseño cualitativo, de Teoría Fundamentada, la cual busca generar proposiciones teóricas sobre la adherencia terapéutica. Se indaga en aspectos culturales, psicológicos y sociológicos relacionados con la relación equipo de salud-paciente-familia como condicionante de la adherencia terapéutica, identificando los elementos asociados a esta relación que permitan colaborar en las intervenciones en salud de manera pertinente y eficaz por parte de los profesionales de salud de atención primaria.

Objetivo

Analizar las explicaciones que los usuarios del PSCV otorgan a la relación con el /la profesional de salud y su relación con la adherencia terapéutica

Materiales y método

Es una investigación con diseño cualitativo basada en la Teoría Fundamentada, cuyo universo de estudio es la población descompensada bajo control del Programa de Salud Cardiovascular del sector 2, con 1.159 pacientes, siendo un 28,2% inasistentes, 48,3% hipertensos y 63,1% de diabéticos con mal control metabólicos, de la cual se toma una muestra no probabilística, intencionada, de tipo teórico y emergente. Se construyen micro teorías partir de los datos enraizados en la oralidad de los sujetos, erigiendo una codificación abierta, axial y selectiva a partir de la comparación constante de los datos. El proceso de codificación tiene un carácter teórico y explicativo.

Resultado

En la relación del usuario/equipo de salud surgen 2 dimensiones esenciales: educación para la salud y la relación de trato equipo/usuario.



Ocurre una valoración negativa de la atención profesional cuando consideran que se les dedica poco tiempo; no se les explica las implicancias de la enfermedad; cambios de farmacoterapia que hace el médico sin explicar las motivaciones ni la prescripción específica; se promueve el miedo a las consecuencias de la enfermedad; la actitud prohibicionista del profesional. La valoración positiva está dada por la continuidad de la atención, la escucha activa, la realización del examen físico, el control es realizado por médico, la educación entregada por nutricionista en el control; la atención de enfermera como oportunidad para aclarar dudas.

Respecto de la educación para la salud se menciona que en toda relación equipo/usuario debe existir un propósito educativo, que debe incluir todas las áreas del proceso salud/enfermedad, ser de carácter individual, así como de tipo familiar. Se aprecia que la educación entregada por el médico tiene mayor credibilidad, y su ocurrencia es determinante para valoración de este profesional.

Conclusiones

La buena apreciación de la calidad del trato por parte de los miembros del equipo de salud, está relacionada con la conformidad por la explicación de los procedimientos, por la realización de examen físico completo, por una entrega detallada de las indicaciones, educación acerca de las enfermedades de base, por proveer atención oportuna y, por la impresión de ser buenas personas. Aspecto que apela a la confianza que generan los profesionales, y por tanto, a la adherencia a sus recomendaciones.



TI- 017

CREENCIAS Y AFECTIVIDAD DE PACIENTES HIPERTENSOS RESPECTO A SU ENFERMEDAD

Autores: **Maldonado Catalina¹, Flores Raúl², Mendoza Jorge³**

¹Medico de Familia (E) Universidad de Chile, ²Medico de Familia Universidad de Chile, ³Nutricionista Universidad de Concepción

En Chile, al igual que a nivel mundial, la hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica que tiene alta prevalencia y elevada morbimortalidad. En nuestro país, las cifras de compensación se han mantenido bajas en el último decenio, a pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud (MINSAL) y de los profesionales de la salud por intentar mejorar la cobertura efectiva esta enfermedad.

Parece entonces necesario también centrarse en el punto de vista desde el cual paciente hipertenso entiende y siente su enfermedad, lo cual puede condicionar el autocuidado de su enfermedad y, por ende, puede influir en la compensación de la misma. No obstante, hay poca literatura que trate los aspectos cognitivos y afectivos de pacientes hipertensos relacionados a su enfermedad.

Para abordar esta problemática, en la presente investigación se ha diseñado un estudio cualitativo, en que se aplicó técnica de entrevistas grupal (grupo focal) e individual, que intenta aproximarse en los conocimientos, creencias y afectividad de pacientes hipertensos en torno a su enfermedad. Se aprecia un escaso conocimiento acerca de la enfermedad que tienen los sujetos estudiados en ciertas áreas, tales como la definición de la HTA o las cifras tensionales a partir de las cuales se considera que esta enfermedad se halla descompensada. Los sujetos reconocen claramente las complicaciones macro vasculares de la HTA, mas esto no ocurre con las complicaciones de tipo microvascular. Si bien los pacientes identifican los síntomas que puede generar la HTA, también mencionan otros que no tienen relación directa con la enfermedad. Respecto a los factores que pudieren aumentar o disminuir las cifras tensionales, hay cierta concordancia con los factores mencionados en otros grupos de hipertensos según describe la literatura. Sin embargo, estas técnicas empleadas en forma recurrente aparece mencionado un factor no descrito en otros estudios similares al nuestro: el jugo de limón como agente que disminuiría la presión arterial.



TI- 018

Multimorbilidad en adultos controlados en Centros de Atención Primaria en la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Descripción de interconsultas a especialidades y prescripción de fármacos de uso crónico.

Autores: Chacón Javier, Muñoz Reinaldo, Sandoval Daniela, Porras Tatiana, **Reyes Teófilo**, Venegas M. Francisca, Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Palabras clave: Multimorbilidad, Interconsultas, Fármacos de uso crónico, Atención Primaria.

Introducción:

La concurrencia de varias enfermedades o condiciones de salud en una persona, sin dominancia o relación entre ellas se conoce como multimorbilidad. En Chile no existen estudios que aporten información relevante sobre este tema y sus implicancias sobre las actividades requeridas por personas con esta condición y sus resultados sanitarios.

Objetivo:

Determinar la frecuencia de emisión de interconsultas a especialidades y prescripción de fármacos de uso crónico en personas multimórbidas controladas en centros de Atención Primaria de Salud de la Región Metropolitana de Santiago de Chile.

Método:

Estudio multicéntrico, transversal y descriptivo. A partir de un universo de 4762 personas multimórbidas (portadoras de 2 o más patologías adscritas al régimen de Garantías Explícitas en Salud) se seleccionó una muestra aleatoria de 433 personas. De esta muestra se excluyeron pacientes pediátricos (29), sin datos registrados en su ficha electrónica (156), trasladados a otro centro de salud (4), pasivos (2) y fallecidos (4), llegando a un total de 238 personas. Se revisó el registro clínico electrónico de ellos, consignándose datos sociodemográficos, derivaciones a especialidades y prescripción de fármacos de uso crónico durante el período 2012-2013. Los datos se presentan mediante frecuencias relativas.

Resultados:

La muestra consta de 238 personas, mayoritariamente mujeres (70,17%), con un promedio de edad de 66,7 años. Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las variables: educación superior, ámbitos laborales (trabajo dependiente e independiente, dueña/o de casa y jubilado) y en la clasificación del seguro sanitario (Fonasa C y Fonasa D). Los promedios de interconsultas emitidas y de prescripción de fármacos de uso crónico fueron de 1,47 y 5,4 respectivamente. Un 20,6% no registra interconsultas emitidas, 52% registra entre 1 y 2 interconsultas y 28% más de 3 interconsultas. Las especialidades de referencia a las que se derivaron con más frecuencia fueron: oftalmología (23,3%), rehabilitación (12,1%) y traumatología (8,5%). El 57,6% de la muestra analizada registra la prescripción de 5 a 9 fármacos de uso crónico diario. Un 39,4% de las personas que presentan la asociación Hipertensión Arterial + Diabetes Mellitus tipo 2 utilizan entre 5 y 9 fármacos de uso crónico diario y el 12,5% de las personas que presentan la asociación Hipertensión Arterial + Diabetes Mellitus tipo 2 + Artrosis, utilizan más de 10 fármacos de uso crónico diariamente.

Conclusiones:

El presente estudio muestra que las personas con multimorbilidad generan cifras importantes de interconsultas y de prescripción de fármacos de uso crónico diario, lo que probablemente se asocia a un incremento en el consumo sanitario con el consiguiente aumento en el gasto de recursos.



La concurrencia de múltiples patologías crónicas no transmisibles se asoció a una elevada prescripción de fármacos de uso crónico diario. Al 64,3% de las personas se le prescriben más de 5 fármacos de este tipo y al 6,7% se le prescriben más de 10. Estas prescripciones nos deben llevar a reflexionar en 3 aspectos: clínico, organizacional y económico. En el aspecto clínico, pertinencia de las prescripciones, interacciones farmacológicas y reacciones adversas. En el aspecto organizacional, disponibilidad de los fármacos de manera oportuna y permanente. En el aspecto económico, el costo financiero asociado a un mayor número de prescripciones de manera permanente.

La medicina familiar desde su efectividad clínica y mayor resolución puede regular la emisión de interconsultas y adecuarlas según pertinencia y oportunidad, así como ajustar la prescripción de fármacos de uso crónico de acuerdo a criterios clínicos validados y estandarizados.



TI-019

Percepciones de Directores de Salud Municipal sobre los Principales Desafíos de Gestión para el Control de las Enfermedades Crónicas

Autores: **Mansilla Cristián**, Majluf Nicolás., Montero Joaquín
Escuela de Ingeniería y Facultad de Medicina
P. Universidad Católica de Chile

El objetivo central de esta investigación es identificar las percepciones que los Directores de Entidades Administradoras de Salud Municipal (EAMS) poseen sobre las variables prioritarias para la buena gestión y el buen funcionamiento de la APS especialmente para el control de las enfermedades crónicas, (hipertensión arterial y la diabetes mellitus).

El instrumento de medición utilizado para recoger información fue una encuesta que se le hizo llegar al Director de las EAMS en el segundo semestre del 2012 y constaba de 81 preguntas. Se enviaron 345 encuestas y se recibieron respuestas de 174 (tasa de respuesta de 50,4%)

Resultados

Las 4 percepciones mas favorables fueron el buen trato del personal, la coordinación con la red de salud comunal, la información clínica de los pacientes y la calidad del personal.

Las 4 percepciones mas críticas de los directores de salud fueron el sistema de información para la toma de decisiones, el funcionamiento y la coordinación con la red asistencial externa, el equipamiento y la infraestructura y la dotación y la alta rotación de los médicos.

Si bien la información recogida puede estar sesgada por la responsabilidad que le cabe al informante en algunos de los tópicos, nos parece que por otra parte es una fotografía de la realidad que permite ilustrar las dificultades que encuentran los responsables comunales de la APS para cuidar la salud de su población a cargo.



TI-020

Elaboración de un Instrumento de medición de vulnerabilidad familiar que incluye determinantes sociales y que oriente intervenciones en atención primaria

Autores: Dra. Lilian Fernández F. (Medico Familiar - Pediatra)

Srta. Consuelo Telechea (Socióloga)

Srta. Javiera Delgado (Antropóloga)

Sra. Andrea Muñoz (Nutricionista)

Sra. Gabriela Suazo (Psicóloga)

Dra. Sara Gonzalez De Salvo (Médico Familiar)

Equipo de Trabajo Cesfam Panguipulli

INTRODUCCION:

El enfoque familiar de las políticas de salud, ampliamente difundido (Hidalgo, Carrasco 2002), es el marco de referencia para el cuidado, salud y bienestar de cada uno/a de sus miembros. A partir de 1998 que en Chile se ha ido potenciando el enfoque familiar en salud y transformando en Centros Familiares y Comunitarios (Minsal 2008a y 2008b). El bienestar o vida familiar saludable es un potente factor protector de enfermedades crónicas no transmisibles y de salud mental, asimismo comprobadas están las múltiples intervenciones familiares en salud primaria que han tenido buenos resultados (Leniz, García-Huidobro, 2012). El enfoque poblacional en salud primaria que, al contrario del enfoque de riesgo hoy en uso, requiere el conocimiento del nivel de vulnerabilidad de la población usuaria de los diferentes centros de atención (CESFAM) 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) una variedad de determinantes sociales de la familia y del entorno. Cada vez se buscan más las intervenciones familiares efectivas en la atención primaria (Leniz, García-Huidobro, 2012). Existe evidencia que la familia como sistema social, tiene un importante influencia en el desarrollo de problemas de salud (Puschel, Soto, Cerda y Rojas 2012), así como la evolución y control de las enfermedades, por ejemplo el control metabólico de Diabetes Mellitus y su relación con el funcionamiento familiar (Fisher, Chesta, Skaff et al. referido por Puschel y col 2012).

El presente es el resultado del diseño de un instrumento que permite rankear a las familias según vulnerabilidad considerando determinantes sociales. Entendemos como vulnerabilidad familiar en salud como aquel estado en permanente cambio que tiene que ver con la probabilidad mayor o menor de padecer algún daño (Donas, 1998), así, una familia con un alto grado de vulnerabilidad estaría más propensa a que sus miembros presenten problemas de salud, ya sea física o psicológica (Louro, 1994; Püschel et al., 2012). Este estado de mayor o menor vulnerabilidad se configura a partir de las condiciones y características de la familia además de las eventualidades que puede ser propias del desarrollo histórico familiar, o accidentales. En este sentido, la vulnerabilidad familiar está determinada por una serie de factores relacionados con características o conductas de riesgo o más bien que sean protectoras frente al daño.

Esta investigación la realiza un equipo mixto con investigadores universitarios y el equipo de gestión del CESFAM Panguipulli, con una participación activa en todo el proceso de diseño y posterior evaluación. La relevancia radica que el producto de esta investigación permitirá disponer de un instrumento adaptado a la realidad de la población beneficiaria de los centros de salud pública chileno. Instrumento que fortalecerá la estrategia que considera el enfoque de familias saludables como factor protector de diferentes enfermedades o daños.



OBJETIVO:

Construir un instrumento de medición válido y confiable, que permita medir el nivel de vulnerabilidad familiar desde la perspectiva de determinantes sociales de la salud y con ello la orientación de su intervención preventiva en un CESFAM.

MATERIAL Y METODO:

El diseño es mixto con un componente cualitativo en la construcción del instrumento (Etapa diseño y un componente cuantitativo en su validación (Etapa 2), a través de aplicación masiva con análisis factorial resultados aún pendientes. La etapa de diseño contempla: Revisión bibliográfica y de otras fuentes; consulta de expertos (12); Consulta de usuarios/as a través de dos grupos focales; elaboración de borrador del instrumento; Testeo del mismo y elaboración final. La etapa de validación se proyecta con el método de análisis Factorial exploratorio a una muestra de 400 familias.

RESULTADOS:

Se presenta en esta ponencia los resultados de la elaboración del instrumento de medición de vulnerabilidad familiar. De la revisión bibliográfica, consulta con expertos y grupos focales de usuarios, se obtiene el listado de ítem a considerar en el cuestionario. Las variables seleccionadas en el instrumento son: de la familia (funcionamiento, estructura, hábitos y costumbre y acontecimientos vitales), caracterización socioeconómica y del entorno social; y patologías ó problemas de salud. Se destaca la opinión de usuarios que incorpora aspectos de percepción de sistemas de atención, inter-culturalidad entre otros.

CONCLUSIONES:

La Integración de un equipo local de salud con investigadores del ámbito académico ha sido clave para el diseño y resultados de esta investigación. Por otro lado se destaca en la metodología la participación de usuario que permite incorporar nuevas variables en la construcción del instrumento para que sea adecuado a la realidad local.