



Médicos de
Atención Primaria

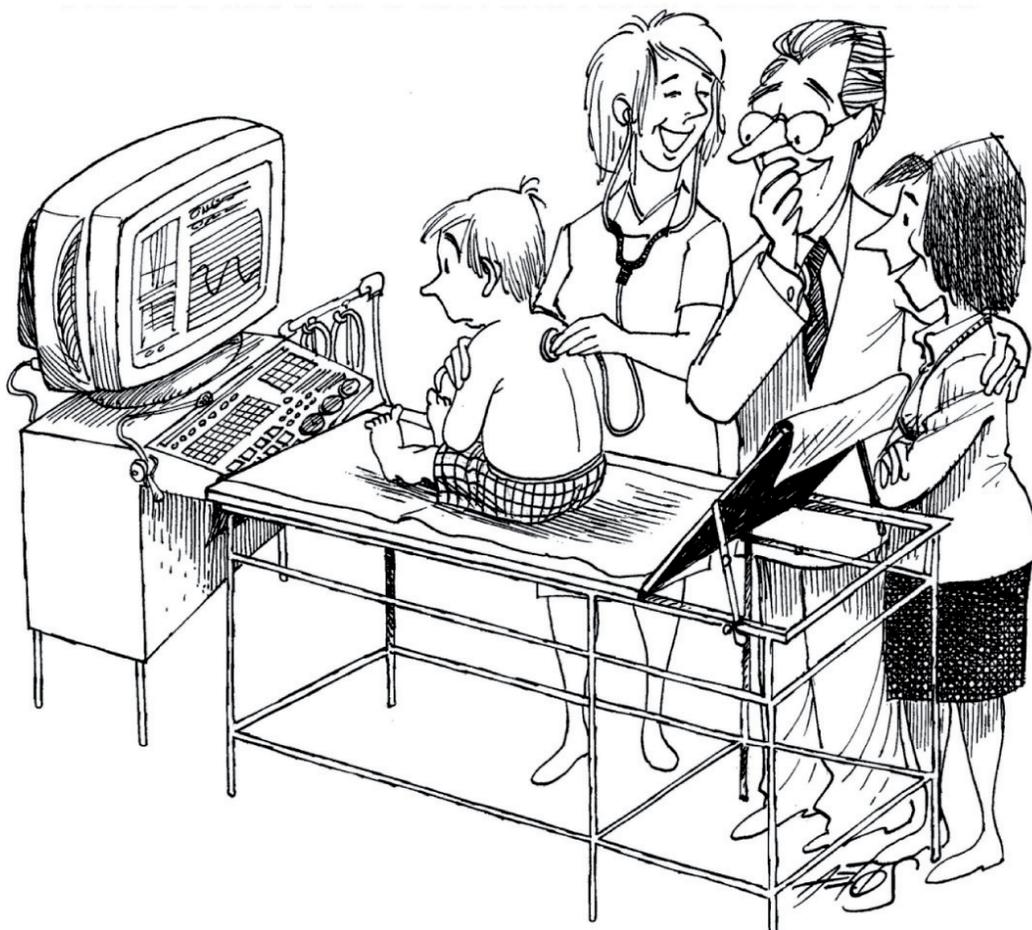
II CONGRESO CONJUNTO



X CONGRESO NACIONAL DE
MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

XV CONGRESO CHILENO
DE MEDICINA FAMILIAR

Santiago, Chile, 3, 4 y 5 de Octubre, 2013



LIBRO DE RESÚMENES



ÍNDICE

- Pág. 04 TL-INV.003 *Trabajo de investigación ganador.*
Influencia de los factores psicosociales en la adherencia a tratamiento farmacológico en sujetos hipertensos atendidos en Atención Primaria.
- Pág. 05 TL-INV.001 Costo-efectividad incremental de Celecoxib en comparación con otros AINES para el tratamiento de la Osteoartritis en Chile.
- Pág. 06 TL-INV.002 Estudio de brote de hepatitis a en una escuela rural de Iquique.
- Pág. 07 TL-INV.004 Información para la gestión en atención primaria: ¿Son Los REM información confiable?
- Pág. 08 TL-INV.005 La familia como factor protector en el cuidado y la salud de los adultos mayores del CECOSF EL Santo de la Comuna de Tomé". VIII Región en Enero a Diciembre del 2012.
- Pág. 10 TL-INV.006 Médicos egresados de la Universidad de Chile generación 2007-2010: Proporción de Médicos en Atención Primaria.
- Pág. 12 TL-INV.007 Neumonía adquirida en la comunidad, correlacion clínica – radiológico.
- Pág. 14 TL-INV.008 Perfil y densidad de conocimiento científico generado sobre la Atención Primaria en Chile.
- Pág. 16 TL-INV.009 Radiografía de rodilla, ¿es necesario para el correcto diagnóstico de la osteoartrosis de rodilla?
- Pág. 18 TL-INV.010 Rechazo u Omisión de Vacunación contra la Influenza; Seguimiento de una Consejería Educativa.
- Pág. 20 TL-INV.011 Teoría y práctica de la participación social en salud, desde el punto de vista del trabajador social de la provincia de Arauco, región del Bío Bío, año 2012.



- Pág. 22 TL-EXP.002 ***Trabajo de Experiencia ganador.***
Experiencia en uso de aplicaciones de Smartphone en contexto de aprendizaje clínico en carreras de Área de Saludención Primaria.
- Pág. 23 TL-EXP.001 Cuadernillo de control de salud infantil.
- Pág. 25 TL-EXP.003 Implementación de Aprendizaje Servicio en Internado de Medicina Familiar.
- Pág. 26 TL-EXP.004 Promoción de sensibilidad para personal de Jardín Infantil Aguas Claras en La Pintana.
- Pág. 28 TL-EXP.005 Propuesta de una nueva Tasa de Exámenes para la Atención Primaria. Servicio de Salud Aconcagua.



Trabajo de Investigación Ganador

INFLUENCIA DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN LA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN SUJETOS HIPERTENSOS ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores: Daniela Sandoval⁽¹⁾, Javier Chacón⁽¹⁾, Javiera Garrido⁽¹⁾, Hernán Aguilera⁽¹⁾, Eleana Oyarzún⁽¹⁾, Ivonne Ahlers⁽¹⁾, Isabel Segovía⁽¹⁾, Oscar Henríquez⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción:

La baja adherencia al tratamiento farmacológico en sujetos hipertensos ha sido considerado como una de las causas involucradas en el control insatisfactorio de la presión arterial.

Objetivo:

Determinar el grado en que factores psicosociales (como nivel socioeconómico, la relación médico paciente, la presencia de sintomatología depresiva, la cohesión familiar y el apoyo social) influyen sobre la adherencia a tratamiento en hipertensos bajo seguimiento en el programa de salud cardiovascular de la atención primaria.

Métodos:

Estudio de corte transversal. De un universo de 1.484 hipertensos entre 30 y 68 años atendidos en atención primaria, se seleccionó una muestra aleatoria de 513 sujetos con prescripción de farmacología antihipertensiva. La adherencia a tratamiento fue determinada a través de Test Morisky-Green-Levine. Se aplicó una batería de encuestas previamente validadas sobre relación médico paciente, ingreso familiar y educación, percepción del soporte social (test MOS) y de la cohesión familiar (APGAR), además se aplicó un cuestionario de sintomatología depresiva (GHQ-12). Se registraron aspectos sociodemográficos, farmacología prescrita y se valoró la presión arterial. Se realizó análisis de regresión logística para evaluar la influencia de estos factores sobre la adherencia farmacológica.

Resultados:

La adherencia farmacológica fue 36,3%, superior en mujeres (38,4% vs 28,9%; $p < 0,001$). Tras análisis multivariante la no adherencia fue asociada a: sexo masculino (OR: 1,58 [IC95% 1,11 - 2,26]), bajo ingreso familiar (OR: 1,84 [IC95% 1,25 - 2,70]), baja educación (OR: 1,93 [IC95% 1,33 - 2,81]), inadecuada relación médico paciente (OR: 1,76 [IC95% 1,22 - 2,55]), y alto score en cuestionario de depresión (OR: 2,24 [IC95% 1,48 - 3,40]). Cohesión familiar, apoyo psicosocial, farmacología antihipertensiva múltiple y años de conocimiento de la hipertensión no mostraron influencia en la adherencia a tratamiento.

Conclusiones:

Estos hallazgos subrayan la importancia de los determinantes sociales en la adherencia farmacológica en un programa de salud que proporciona acceso libre (sin costo) a tratamiento y farmacología. Futuras investigaciones pueden contribuir a determinar intervenciones eficaces en la modificación de los factores de riesgo identificados.



COSTO-EFECTIVIDAD INCREMENTAL DE CELECOXIB EN COMPARACIÓN CON OTROS AINES PARA EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOARTRITIS EN CHILE

Autores: Leisewitz, Thomas^(1,2); Bryon, Alejandro⁽²⁾; Mould, Joaquín⁽³⁾; Salgar, Lina⁽²⁾; Ávila, Mauricio⁽²⁾; Copetta, Claudia⁽²⁾; Said, Juan Carlos^{2 (2)}.

⁽¹⁾Departamento de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica de Chile ⁽²⁾Health Economics and Outcomes Research Team, HEORT ⁽³⁾Pfizer

Introducción:

La Osteoartritis (OA) es la enfermedad articular más frecuente en la población chilena, y su tratamiento ha sido incorporado al Régimen de Garantías Explícitas en Salud, AUGE, lo que asegura a toda la población el acceso al tratamiento.

Los Anti-Inflamatorios No-Esteroidales (AINEs) son una herramienta terapéutica fundamental. Sin embargo, el uso crónico de estos medicamentos se asocia a complicaciones gastrointestinales o cardiovasculares, por lo que se ha sugerido el uso inhibidores selectivos COX-2 como Celecoxib.

Objetivo:

Estimar la costo-efectividad incremental (ICER) del tratamiento de pacientes mayores de 65 años con OA leve-moderada con Celecoxib comparado con otros AINES, desde la perspectiva del sistema público de salud chileno.

Método:

Se adaptó un modelo tipo Markov desarrollado previamente con ciclos de 6 meses, comparando el uso de Paracetamol, Ibuprofeno, Diclofenaco o Celecoxib, combinado o no con un inhibidor de bomba de protones (Omeprazol).

El desenlace considerado fueron Años de Vida Ajustados por Calidad (QALYs). Las utilidades fueron transformadas desde la escala WOMAC. Los datos clínicos de efectividad y las probabilidades de los eventos se extrajeron de los estudios CONDOR, MEDAL, CLASS y TARGET.

El uso de recursos se obtuvo de las recomendaciones de guías clínicas, validado luego por especialistas locales. Los costos unitarios fueron obtenidos de bases de datos de medicamentos, y de un estudio de verificación de costos para el AUGE, y llevados a dólares americanos (USD).

El horizonte temporal analizado fue seis meses, uno y tres años, a una tasa de descuento de 6% para costos y efectos.

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, se consideró como costoefectivo si el valor del ICER está entre 1 y 3 veces el PIB per cápita de Chile por QALY, y muy costoefectivo si el valor es menor al PIB per cápita por QALY.

Resultados:

Considerando el costo de los medicamentos y sus complicaciones, el tratamiento más barato resultó ser Diclofenaco + Omeprazol y el más caro Celecoxib (sin Omeprazol). A 6 meses, los pacientes tratados con Paracetamol gastaron USD 84,07 versus USD 223,94 de Celecoxib. Sin embargo, Celecoxib, con o sin omeprazol, fue siempre costoefectivo (dominante) frente a los otros AINES recomendados para el tratamiento de la OA, con una ICER de USD 1780 / QALY (Celecoxib + Omeprazol) y USD 3497 / QALY (Celecoxib sin Omeprazol) respectivamente si se compara con Paracetamol (estándar de tratamiento en Chile). Estos valores están muy por debajo del umbral límite de 1 PIB per cápita por QALY propuesto por la OMS.

Conclusiones:

El modelo presentado muestra que el uso de Celecoxib para OA, aunque unitariamente más caro, resulta ser altamente costo-efectivo, especialmente si se asocia a Omeprazol. Este resultado se debe fundamentalmente a la menor incidencia de complicaciones gastrointestinales y cardiovasculares de Celecoxib en comparación con los otros AINES.

Ello sugiere realizar un análisis de impacto presupuestario en el sistema de salud chileno, para definir un eventual cambio en la recomendación de las guías de práctica clínica.



ESTUDIO DE BROTE DE HEPATITIS A EN UNA ESCUELA RURAL DE IQUIQUE

Autores: Solis O. Sebastián, Matus V. María Loreto, Ortiz M. Christian

Servicio de Salud Tarapaca, posta rural San marcos. Iquique; Consultorio N° 5 de Santiago; Consultorio Julio Acuña, Lo espejo Santiago

Introducción:

El principal agente viral de hepatitis en Chile es el virus de la hepatitis A (VHA), cuya vía principal de contagio es fecal-oral. La enfermedad está estrechamente asociada a la falta de agua potable, un saneamiento ambiental deficiente y una mala higiene personal.

A nivel mundial, las infecciones por VHA ascienden aproximadamente a 1,4 millones de casos al año. En Chile, desde 1990 a 2012 existe una transición de la Hepatitis A, desde alta endemia, con ciclos epidémicos cada 3 o 4 años, hacia una endemia intermedia. Para el 2012 en Chile, la tasa de incidencia fue de 4,9 por 100 mil hab. Contrario a esto, se observa que la región de Tarapacá, corresponde a una endemia alta, con una tasa de 18,7 por 100 mil hab hasta Marzo de 2013. Es por esta gran incidencia regional, que se decide realizar esta investigación en la caleta San Marcos, la cual cuenta con una Posta Rural y una escuela, la cual resultó ser el lugar más afectado por este brote.

Objetivos:

Describir la investigación de un brote de hepatitis A originado en la escuela rural de la Caleta San Marcos entre los meses de Abril a Junio de 2013, determinando los factores de riesgo, grupo etario, número de casos y las condiciones ambientales de estos, así como de las medidas adoptadas para su control.

Materiales y método:

Mediante estudio descriptivo, se utilizó información obtenida de la ficha clínica de los pacientes y se solicitó ayuda a enfermera referente para información complementaria de formularios ENO. Se consideró como caso confirmado aquel con IgM positiva para VHA en Hospital de Iquique y como caso sospechoso la presencia de síntomas sugerentes de hepatitis (coluria, acolia, ictericia, fiebre, náuseas, malestar general). Con enfermera y asistente social se visitaron los domicilios de afectados y las medidas de control incluyeron educación sanitaria y administración de vacuna de VHA, tanto a los contactos directos, como a todo el colegio.

Resultados;

Se produjo un total de 7 casos sospechosos, de los cuales 6 (85,7%) fueron confirmados mediante IgM para VHA, de estos casos la edad promedio fue 11 años, existiendo predominancia del grupo etario de los 0 a 10 años (50% del total de confirmados), seguido del rango de 11 a 20 años (33,3%). De ellos, 4 pacientes (66,6%) pertenecían a la escuela rural y 2 (33,3%) a contactos familiares, ninguno de los cuales necesitó ingreso hospitalario.

Los síntomas predominantes en la mayoría de los casos fueron el dolor abdominal y la coluria con un 66,6% cada uno, seguido por ictericia con 50%, acolia 33,3% y vómitos en un 16,6%.

En visita domiciliaria al tratarse de zona rural, se constata mala disposición de basura, mal estado de baños (letrinas), falta de aseo, vectores sanitarios (moscas y baratas), inadecuados hábitos de higiene, hacinamiento y carencia de agua potable, todos factores de riesgo para hepatitis A.

Conclusión:

Con lo descrito anteriormente, consideramos como un pilar fundamental para la prevención de Hepatitis A, reforzar la educación, comenzando con crear hábitos de higiene y saneamiento ambiental en los niños desde pequeños y a la familia más cercana para que los inculque y ponga en práctica. Además, la experiencia brindada por la investigación de este brote respalda la evidencia existente de que la vacuna de la Hepatitis A, es útil en el control de los brotes, ya que post vacunación no se encontraron nuevos casos confirmados o sospechosos y que debiera existir una estrategia de vacunación universal en la población infantil, al tratarse de la población expuesta de mayor riesgo.



INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿SON LOS REM INFORMACIÓN CONFIABLE?

Autores: Mansilla Cristian, Montero Joaquín, Majluf Nicolás, Rojas María Paulina

Introducción:

El tratamiento y control de Enfermedades Crónicas (EC) a nivel de la Atención Primaria de Salud (APS) es clave para alcanzar un mayor bienestar en la población del mundo entero. Para evaluar el nivel control de esta enfermedad el sistema público de salud chileno utiliza los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) elaborados por los entes Administradores de la Salud Municipal, que reciben estímulos o recortes financieros asociados al cumplimiento de algunas metas (IAAPS y Metas Sanitarias), que son construidas con información proveniente de los REM. Buscando relacionar la calidad de la gestión municipal del sistema de APS chileno, con el impacto en EC, comparamos los datos de efectividad del tratamiento de Hipertensión Arterial (HTA) de la ENS 2010, con los de los REM.

Objetivo:

Comparar la información de efectividad del tratamiento de la Hipertensión Arterial (HTA) de la ENS 2010, con la información proveniente de los REM, como un acercamiento hacia la validación de los datos provenientes de los REM.

Materiales y Métodos:

Se comparó la información de efectividad del tratamiento de la HTA a nivel regional en la ENS 2010, con los REM construidos a partir de la agregación de los informes comunales de diciembre del año 2010 para cada región del país. De la ENS, se seleccionó la población que poseía un nivel educacional menor a 12 años, como proxy de población FONASA A, B y C. No se logró conseguir los datos de los REM para la XI Región, por lo que se excluyó del análisis. En ambos casos se contempló la población entre 15 y 64 años.

Resultados:

Existen diferencias mayores en la efectividad del tratamiento de HTA calculada por la ENS o por los REM, con un sesgo que es favorable a éstos últimos. Mientras la variación de las mediciones de efectividad del tratamiento de la HTA en la ENS va desde 28% a 75%, los REM muestran valores de 54% a 77%. La desviación estándar en los datos de la ENS es de 12%, mientras que en los REM es de sólo 5.87%. La correlación entre ambas fuentes para el mismo dato es sólo de 0,024.

Conclusiones:

La información entregada por los REM no es confiable si se la compara con los datos de la ENS. Probablemente, la diferencia está más relacionada con el cumplimiento de las metas exigidas, que con la realidad de la efectividad del tratamiento de la HTA. Esto es extraordinariamente relevante, porque sin información válida no puede haber gestión, y sin gestión es muy difícil realizar mejoras significativas en la APS.



LA FAMILIA COMO FACTOR PROTECTOR EN EL CUIDADO Y LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CECOSF EL SANTO DE LA COMUNA DE TOMÉ”. VIII REGIÓN EN ENERO A DICIEMBRE DEL 2012.

Autores: Dra. Patricia Zambrano Salmerón

Residente de 3° año beca de Salud Familiar --- Universidad de Concepción

Introducción:

A partir de los numerosos estudios y conocimiento en general, la explosión demográfica que ha llevado la sociedad durante el último siglo ha sido desproporcionada en varios países, incluyendo Chile. La observación de la tendencia negativa de la tasa de natalidad y el aumento de la población mayor ha de ser una preocupación en el ámbito de la salud para dar espacio al conocimiento sobre el desarrollo personal y social, como también de las variables de tipo afectivo, autoestima y de reconocimiento hacia los grupos de pertenencias o grupos sociales, siendo la familia, el primero y la base de las relaciones sociales, y contención desde y hacia el adulto mayor para un grado de compromiso frente a la integración, afectividad y cuidados que demanda este grupo etario para su bienestar.

Objetivos de Estudio

Objetivo General:

- Relacionar el estado de salud de los adultos mayores según la característica biosicosocial de la familia.

Objetivos Específicos:

- > Describir el estado de salud del Adulto Mayor
- > Describir las características de la familia del Adulto Mayor
- > Relacionar el estado de salud del adulto mayor con las características de la familia
- > Identificar elementos de protección para el cuidado del Adulto Mayor

Materiales y Metodos:

Para la investigación se utilizó una encuesta con variedad de reactivos para abordar de mejor manera las categorías establecidas previamente al momento de ingresar al campo (socioeconómicas, vivienda, familiar, enfermedades, etc). Se utilizaron preguntas estilo escala Likert en relación al grado de satisfacción con el reactivo como también el porcentaje de frecuencia con la cual se presentaba una conducta dentro del grupo familiar hacia el adulto mayor. El instrumento en su totalidad está presentado en un paradigma cuantitativo para ser tratado los datos a modo de numeral según su categoría. También cuenta con un apartado de comentarios donde el encuestado plasmaba datos cualitativos de importancia que fuesen a apoyar los datos obtenidos de forma estadística. El instrumento se aplicó a 90 adultos mayores que de forma autónoma o asesorada completaron con sus datos. El trabajo de campo se realizó en domicilio como también en dependencias del CECOSF en el momento del control. Los datos obtenidos, una vez categorizados fueron ordenados individualmente y tratados según los coeficientes de relación “chi cuadrado” y la “t de student” la cual otorgó los datos a partir de la relación multivariable de las categorías planteadas para la investigación.

Resultados:

La encuesta se le realizó a 90 pacientes pertenecientes al CECOSF el Santo de la comuna de Tomé. De estos cabe destacar las principales patologías presentes en el siguiente detalle: 58 pacientes (52.2%) presentó HTA, 32 pacientes (28,8%) Diabetes Mellitus, 60 pacientes con enfermedad osteoarticular (54%), 8 pacientes (7,2%) con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, con otras enfermedades pulmonares 9 pacientes(8,1%) . Otras



enfermedades cardiovasculares 6(5,4%), pacientes con problemas de salud mental 16 (14,4%) y otras enfermedades 19 pacientes (17,1 %). En relación a la interacción del adulto mayor con su núcleo familiar y datos de su desarrollo social, la mayor parte de los encuestados (sobre el 70%) comparten al menos una comida al día con su familia, tienden a efectuar una buena comunicación dentro de sus familias sobre todo cuando un miembro de la familia se encuentra enfermo, a la mayoría de los adultos mayores los ayudan a realizar sus labores domésticas cuando están enfermos (sobre el 60%). De los aportes cualitativos, se presentó en reiteradas ocasiones las constantes muestra de afecto por al menos un integrante de la familia hacia su persona. .

Sin embargo la gran falencia se da en las familias en cuanto a los momentos de recreación ya que son pocos los adultos mayores que tienen en su familia una persona que les dedique tiempo y compañía para la relajación (7 pacientes) y recreación (8pacientes)

De las limitaciones encontradas se destacan la incomodidad evidenciada por parte de la muestra al responder temas personales de relación con su entorno, su escolaridad o ingreso económico percibido.

Conclusiones:

El presente trabajo nos permitió observar que mientras más integrantes tiene el núcleo familiar del adulto mayor, mejor es la comunicación hacia él o ella. En promedio, cada encuestado asiste cinco veces al año a consulta por patologías de morbilidad (agudas) lo que directamente se relaciona con el afecto y los cuidados que la familia le entrega al adulto mayor y que se ven más expresados al momento que el adulto mayor enferma. Sin embargo se pudo objetivar la poca recreación de la cual gozan los paciente encuestados y cuya actividad no guarda relación con el nivel económico dado por su ingreso familiar, pues a mayor ingreso económico fue menos frecuente las actividades de recreación y relajación.

De lo anterior, se desprende que la escasa o nula actividad recreacional y el sedentarismo de los encuestados influyen en la aparición o aceleración de patologías articulatorias, descompensación de enfermedades crónicas y la probable aparición de alguna sintomatología depresiva. A raíz de lo anterior, cabe señalar, que la ejecución de un programa adecuado orientado a este grupo etario mejorará la participación tanto del adulto mayor como de los integrantes de su familia mejorando la calidad de vida del adulto mayor de todo el grupo familiar.

Una vez presentado este estudio, sería de gran relevancia tomar estos datos para dar inicio a nuevas ideas de investigación en la misma línea o servir de apoyo a elemento relacionados con la ejecución de programas de recreación e integración del adulto mayor, una asesoría y capacitación de monitoras de salud que atienda de mejor manera las necesidades de los encuestados y reconocer la importancia de la familia en el desarrollo de sus adultos mayores a través de talleres que ayuden a mejorar la calidad de vida de su grupo en general.



MÉDICOS EGRESADOS DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE GENERACIÓN 2007-2010: PROPORCIÓN DE MÉDICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores: Patricia Vargas⁽¹⁾, Daniela Sandoval⁽¹⁾, Leonardo Urrutía⁽¹⁾, Nancy López⁽¹⁾, Belén Cortez⁽¹⁾, Macarena Sepúlveda⁽¹⁾, Yerko Jensen⁽¹⁾, Javier Chacón⁽¹⁾, Javiera Garrido⁽¹⁾

⁽¹⁾ Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción:

La importancia de la atención primaria de salud (APS) es reconocida mundialmente. Sin embargo en Chile, se ha denunciado un escaso interés de los médicos recién egresados por trabajar en servicios de salud de primer nivel, tradicionalmente relacionados con la APS, situación especialmente destacada entre los egresados de la Universidad de Chile.

Objetivos:

Determinar la proporción de médicos egresados de la universidad de Chile que trabajan en establecimientos de APS y describir principales características asociadas a esta actividad laboral.

Materiales y Métodos:

Estudio descriptivo de corte transversal. Se contactó a 793 médicos egresados de la Universidad de Chile de las generaciones 2007 a 2010. Se invitó a responder una encuesta virtual que consideró aspectos personales (edad, sexo, año y campus de egreso) y antecedentes laborales actuales tales como tipo de establecimientos en los cuales trabaja, aspectos relativos a la jornada laboral, al nivel de ingresos y a realización de especialidad médica y/o estudios de post-gradó. La actividad laboral ejercida en APS consideró a quienes trabajaban en establecimientos de salud de nivel primario tales como CESFAM, consultorios y postas rurales, SAPU y COSAM. Todos los antecedentes fueron recogidos a través de preguntas cerradas y de respuesta categórica. La valoración de los resultados se expresó a través de estadísticos descriptivos. Se utilizó prueba de chi-cuadrado en la comparación de proporciones.

Resultados:

Un total de 333 médicos egresados contestaron la encuesta virtual (41,9% del total de las invitaciones enviadas). La edad promedio de los participantes fue de $28,8 \pm 1,8$ años. 31,8% de los encuestados declaró trabajar en APS. Entre quienes declararon no trabajar en APS, la actividad principal se concentró en el nivel secundario (hospitales 76,2%). En tabla se comparan características generales entre médicos que trabajan y no trabajan en APS.



Tabla. Características generales de los médicos egresados. Comparación según área de trabajo

Características	Médicos en APS	Médicos no en APS	p-value
	(n=106) %	(n=227) %	
Sexo masculino	45,3	52,4	0.22
Campus de egreso			
Norte	26,4	35,2	0.11
Sur	17,0	10,1	0.07
Occidente	23,6	17,6	0.20
Oriente	11,3	23,3	<0.01
Centro	21,7	13,7	0.05
Año de egreso			
2007	14,2	23,3	0.05
2008	15,1	26,9	0.02
2009	28,3	26,0	0.65
2010	42,5	23,8	<0.01
Con especialidad médica	27,4	62,1	<0.01
Jornada Laboral			
Menos de 33 hrs semanales	4,7	16,7	<0.01
Entre 33 y 44 hrs semanales	39,6	20,3	<0.01
Más de 44 hrs semanales	55,7	63,0	0.20
Ingreso mensual			
Menos de 1.000.000	16,9	29,5	0.01
Entre 1.000.000 y 2.000.000	67,0	38,3	<0.01
Más de 2.000.000	13,2	26,9	<0.01
No responde	2,9	5,3	0.46

Conclusiones:

Más de un tercio de los médicos egresados de la universidad de Chile se desempeña en la APS. 27,4% de estos posee especialidad médica. Quienes trabajan en APS tienden a tener jornadas laborales más extensas y con nivel de ingresos superior respecto de quienes no se desempeñan en APS. La sede de egreso podría ser un factor importante en la actividad laboral del egresado. Finalmente la proporción de médicos en APS decrece a mayor número de años de carrera laboral. Estrategias tendientes a incentivar la permanencia en la APS de los médicos recién egresados podrían explorarse en investigaciones futuras.



NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD, CORRELACION CLINICA - RADIOLOGICO.

Autores: Pablo Jiménez Quiroz^(a), Sergio Ardiles Cáceres^(b), Káterin Astorga Pizarro^(c)

^(a) Médico cirujano CESFAM Shaffhauser, ^(b) Medico Consultorio La Higuera, ^(c) Estudiante Medicina UCN.

Introducción:

Las enfermedades respiratorias constituyen la tercera causa de muerte de la población chilena, superadas sólo por las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores malignos. El 50% de los decesos por enfermedades respiratorias en el adulto son atribuibles a neumonía, elevándose sobre 80% en la población pediátrica. La neumonía es la principal causa de muerte por enfermedades infecciosas en la población chilena y la primera causa específica de muerte en los mayores de 80 años¹⁻². La incidencia y letalidad de la neumonía comunitaria se elevan en las edades extremas de la vida. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. La radiografía torácica es útil para descartar o confirmar el diagnóstico pero no es limitante del inicio de terapia en el momento de sospecha clínica. Los síntomas respiratorios como tos y expectoración, la presencia de fiebre ó dolor torácico aumentan su valor predictivo de neumonía si se acompañan de alteraciones de los signos vitales ó de la presencia de crépitos. Como parte de garantía GES en mayores de 65 años, se establece la confirmación diagnóstica: dentro de 48 horas desde primera consulta, además que parte de la estrategia de reducir la letalidad es el empleo precoz de los antibióticos, el uso antes de 8 horas de iniciado el cuadro clínico se relaciona con una menor letalidad³. El principal desafío diagnóstico que tienen los médicos de atención primaria es diferenciar a los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad, que requieren tratamiento antibiótico, de otras afecciones respiratorias agudas, mayoritariamente de origen viral, que no requieren tratamiento específico, evitando la prescripción indiscriminada de antibióticos en infecciones respiratorias virales, y así evitar en forma concomitante, el desarrollo de microorganismos resistentes a los antimicrobianos.

Objetivos:

El presente trabajo evalúa la correlación entre la sospecha clínica de neumonía y su posterior confirmación con la radiografía de tórax.

Material y Método:

Se realiza un estudio retrospectivo, descriptivo de la población atendida en SAPU – CESFAM Schaffhauser, en la ciudad de La Serena, en un periodo de 6 meses (enero-junio), en el año 2012. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 65 años, con sospecha diagnóstica de NAC y sus respectivas radiografías de confirmación solicitadas. El diagnóstico radiológico asociado al diagnóstico clínico compatible se expresaron en valores promedio y medias porcentuales. Análisis de datos ingresado a programa estadístico Stata para su análisis.

Resultados:

Se reclutó un total de 84 pacientes, de los cuales la edad promedio fue de 69 años (65-87). 56%(47) femenino, 44%(37) hombre. El tiempo transcurrido de consulta de iniciado los síntomas hasta la consulta a consultorio o servicio de urgencia primario fue 8 días (3-12). En el 32%(27) de los casos con sospecha de neumonía fue confirmado por la radiografía de tórax. En un 50%(42) se encontraron otras patologías cardiacas o respiratoria. Un 18%(15) se describe como radiografía sin hallazgos patológicos significativos.

Conclusiones:

se presentó un sobrediagnóstico clínico de neumonía, no estando en relación a la imagen radiológica, esto confirma las normas internacionales que el diagnóstico de neumonía tiene que realizarse de forma clínica y radiológica, además esto podría ser interpretado por falta de precisión en la anamnesis y examen físico, tanto la Sociedad Americana de Tórax como la Sociedad Británica de Tórax reconocen la importancia del examen radiológico para confirmar el diagnóstico, evaluar la gravedad y descartar complicaciones⁴. Otra arista que podría darse es que se



II
CONGRESO
CONJUNTO



X CONGRESO NACIONAL DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

XV CONGRESO CHILENO DE MEDICINA FAMILIAR

Santiago, Chile, 3, 4 y 5 de Octubre, 2013

utilice el diagnóstico de dicha patología para proporcionar antibióticos y acceso a radiografía a patologías que no estén garantizadas. Los hallazgos encontrados sobre el VPP de la clínica para neumonía son concordantes a la realidad nacional. Sin embargo, por la alta mortalidad de la NAC en mayores de 65 años, ante la sospecha clínica se debe mantener la norma de iniciar tratamiento antibiótico precoz, mientras la radiografía de tórax no sea un recurso disponible en la atención primaria en forma inmediata.

- (1) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Anuarios de Estadísticas Vitales, Chile, 2000.
- (2) MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (<http://deis.minsal.cl/index.asp>).
- (3) Guía clínica neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más
- (4) BRITISH THORACIC SOCIETY STANDARDS OF CARE COMMITTEE. British Thoracic Society guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults. Thorax 2001; 56 (Suppl IV): 1-64.



PERFIL Y DENSIDAD DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO GENERADO SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN CHILE.

Jorge Barros U.; Jorge López G.; Klaus Puschel I.

Introducción:

Existe evidencia que muestra la relación positiva entre esta fortaleza en el nivel primario de atención (APS) y la mejoría de diversos indicadores de salud (1). Uno de los desafíos para lograr esta atención primaria fuerte es la toma de decisiones informadas y mejorar las políticas y sistemas de salud, siendo para ello necesario el desarrollo de la capacidad de investigar a nivel primario (2,3). Se ha descrito una relativa escasez de investigación acerca de los problemas comunes y dificultades que son identificadas y tratadas a nivel primario (4), siendo la participación activa en el desarrollo de esta investigación sólida es un desafío para los médicos de familia (5). La cuantificación de esta generación de conocimiento en APS ha sido estudiada en forma parcial, ya sea evaluando la producción científica mundial en un número determinado de revistas del área (6, 7), o a nivel de países desarrollados (8, 9). A nivel local desconocemos la cantidad y características del conocimiento generado en relación a la atención primaria.

Objetivos:

General: Evaluar la magnitud de conocimiento científico generado en APS en Chile. Específicos: Evaluar el perfil de publicaciones, estimar densidad y las fuentes de generación de conocimiento en APS.

Materiales y métodos:

Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos PubMed y LILACS, de artículos atingentes publicados en nuestro país durante el trienio de Enero de 2008 a Diciembre de 2010, utilizando una estrategia de búsqueda ya definida (10) para obtener resultados sobre la investigación en medicina familiar y atención primaria definida en PubMed. Para LILACS fueron utilizados sus equivalentes DeCs. Se definieron criterios de inclusión basados en la definición de áreas de investigación en Atención Primaria de Barbara Starfield (2, 11); y de exclusión: afiliación del autor no correspondiente a Chile, investigación realizada fuera del país, investigación en ciencias básicas, animales o en pacientes hospitalizados. Se obtuvieron las siguientes variables a partir del resumen o artículo completo de cada referencia: diseño metodológico; tópico; población; área de intervención; institución a la cual esté afiliado el primer autor, departamento al cual éste pertenece si éste pertenece a una Universidad. Dos revisores independientes analizaron los artículos, con un tercer revisor resolviendo discrepancias. El registro de la búsqueda y análisis de las publicaciones se ingresó a la base de datos Filemaker Server Pro 10, permitiendo un análisis descriptivo de los resultados.

Resultados:

La búsqueda sistemática brindó 125 resultados, (67 en Pubmed y 58 LILACS), los cuales se reducen a 112 luego de eliminar artículos duplicados. De éstos, 81 (72.3%) cumplieron criterios de inclusión, por lo cual fueron analizados con las variables descritas anteriormente. Dentro de los tipos de investigación, un 34.6% (28) de los estudios correspondió a artículos Exploratorios/explicativos, 19.8%(16) a políticas de salud, y un 16%(13) a experiencias. A nivel de diseño metodológico utilizado, un 33.3%(27) corresponde a estudios transversales, 17.3%(14) a artículos de opinión/editorial, y un 11.1%(9) a revisiones narrativas. El análisis de áreas de intervención muestra que un 39.5% (32) de lo publicado hace referencia a gestión, un 17.3% (14) a diagnóstico, un 14.8% (12) a promoción de la salud y un 8.6%(7) a prevención. En relación a las instituciones se observa que un 63% (51) de los artículos son producidos por Universidades. Del éstos, un 56.8% (29) corresponden a Escuelas de Medicina, destacando que un 24.1% (7) corresponden a Departamentos de Medicina Familiar, un 17% (5) a Medicina Interna y un 13.8% (4) a Salud Pública.



Conclusiones:

La investigación propuesta brinda algunos resultados descriptivos que resultan interesantes. Se observó un escaso número de estudios sobre intervenciones clínicas y comunitarias, detectándose escasez de diseños metodológicos más complejos, cuyos resultados, combinados a los de otros diseños de investigación, pueden traducirse en mejoría en resultados sanitarios (12,13). Destaca también el limitado número de artículos referentes a la promoción y prevención, grandes pilares sobre los que debiera avanzar la medicina familiar.

Estos resultados son coincidentes con otras investigaciones evaluando la producción científica en medicina familiar (7) y se relaciona a las críticas que se han realizado a la investigación en APS (14). Es destacable el rol de las universidades como instituciones generadoras del conocimiento, y dentro de ello, el hecho de que las publicaciones surgen de escuelas de medicina, pero también a otras áreas como la Enfermería y Nutrición.

Siendo la nuestra una revisión de artículos presentes en bases de datos, sabemos también que pueden existir estudios referentes a la APS que no se encuentren indexados en ellas. Sin embargo, al utilizar LILACS, creemos que reducimos esa posibilidad.

Referencias

- (1) Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research* 2003; 38(3), 831-65.
- (2) Beasley, J., Starfield, B., van Weel, C., Rosser, W., & Haq, C. Global health and primary care research. *J Am Board Fam Med.* 2007; 20(6), 518-26.
- (3) Beasley, J., Dovey, S., Geffen, L., Gomez-Clavelina, F., Haq, C., Inem, V., et al. The contribution of family doctors to primary care research: A global perspective from the international federation of primary care research networks (IFPCRN). *Primary Health Care Research and Development* 2004; 5(4), 307-316.
- (4) De-Maeseneer, JM.; van Driel, ML.; Green, LA.; van Weel, C. The need for research in primary care. *Lancet* 2003; 362: 1314-9.
- (5) van Weel, C.; Rosser, WW. Improving Health Care Globally: A Critical Review of the Necessity of Family Medicine Research and Recommendations to Build Research Capacity. *Ann Fam Med.* 2004;2(Suppl 2):S5-S16.
- (6) Irigoyen-Coria, A., Morales-López, H., Gómez-Clavelina, F., Fernandez-Ortega, M., Ponce-Rosas, R., & Mazón-Ramírez, J. Análisis de la producción científica mundial en medicina familiar: 1994-1995. *Arch Med Fam.* 2002; 4(1), 13-17.
- (7) Merenstein, J., Rao, G., & D'Amico, F. Clinical research in family medicine: Quantity and quality of published articles. *Family Medicine* 2003; 35(4), 284-8.
- (8) Seddon, M., Marshall, M., Campbell, S., & Roland, M. Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. *Qual Health Care* 2001; 10(3), 152-8.
- (9) Glanville, J., Kendrick, T., McNally, R., Campbell, J., & Hobbs, F. Research output on primary care in australia, canada, germany, the netherlands, the united kingdom, and the united states: Bibliometric analysis. *BMJ.* 2011; 342, d1028.
- (10) Jelercic, S., Lingard, H., Spiegel, W., Pichlhöfer, O., & Maier, M. Assessment of publication output in the field of general practice and family medicine and by general practitioners and general practice institutions. *Family Practice* 2010; 27(5), 582-9.
- (11) Starfield, B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344(8930), 1129-33.
- (12) World Health Organization. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva; Switzerland. 2008.
- (13) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2013: Investigaciones para una cobertura sanitaria universal.
- (14) Is primary-care research a lost cause?. *Lancet* 2003; 361(9362), 977



RADIOGRAFIA DE RODILLA, ¿ES NECESARIO PARA EL CORRECTO DIAGNOSTICO DE LA OSTEOARTROSIS DE RODILLA?

Autores: Pablo Jiménez Quiroz^a, Sergio Ardiles Cáceres^b, Káterin Astorga Pizarro^c

^a Médico cirujano CESFAM Shaffhauser, ^b Medico Consultorio La Higuera, ^c Estudiante Medicina UCN.

Introduccion:

La importancia de la osteoartritis (OA) radica en su alta frecuencia, las molestias que ocasiona a quienes la padecen y el importante deterioro funcional que suele asociarse al compromiso de rodillas y/o cadera. Es la enfermedad articular más frecuente y va aumentando con la edad y en los mayores de 60 años se estima que más del 80% presenta alteraciones radiológicas de OA en al menos una articulación¹. El diagnóstico radiológico se ha considerado como el patrón de referencia para estudios epidemiológicos de OA, pero los altos costos hacen que los estudios poblacionales, particularmente en Latinoamérica, sean escasos. Los estudios en población española, usando criterios clínicos para el diagnóstico, estiman la prevalencia de OA en población urbana en 23.8%, con una relación mujeres: hombres de 2:1². La frecuencia aumentaba con la edad, y en los mayores de 65 años la prevalencia llegaba al 80%³. Se debe sospechar el diagnóstico de OA de rodilla en todo paciente mayor de 50 años de edad, que se presente con dolor persistente (> 30 días) en la rodilla(s) que se ha mantenido en el tiempo, aumenta con la actividad y que mejora con el reposo. Para el diagnóstico de OA de rodilla se han definido diferentes estrategias. Algunas de ellas incluyen solo elementos clínicos y otras agregan además exámenes de laboratorio. Las más usadas en Chile corresponden a los Criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR) Clínicos: - Mayor de 50 años - Rigidez matinal de menos de 30 minutos - Crepitaciones óseas - Sensibilidad ósea - Engrosamiento óseo de la rodilla - Sin aumento de temperatura local al tocar. La presencia de 3 de estos 6 criterios tienen una sensibilidad de 95% y una especificidad de 69%. Usando clínica y radiología: Dolor en la rodilla más radiografía con osteofitos y a lo menos 1 de los siguientes: - Edad mayor de 50 años - Rigidez menor de 30 minutos - Crujido articular. Estos criterios tienen una sensibilidad de 91% y especificidad de 86%.

Objetivos:

El presente trabajo evalúa la real utilidad de solicitar siempre radiografía de rodilla, para el diagnóstico de OA. Considerando su correlación con los criterios clínicos entre la sospecha y su confirmación radiológica posterior.

Material y Método:

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de la población atendida en CESFAM Schaffhauser, en la ciudad de La Serena, en un periodo de 6 meses (Julio-Diciembre), en el año 2012. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 54 años, que consultaron por dolor persistente (> 30 días) en la rodilla(s) que se ha mantenido en el tiempo, aumenta con la actividad y sus respectivas radiografías. El diagnóstico de OA de rodilla se realizó en base a Criterios del Colegio Americano de Reumatología, y se evaluó posteriormente con estudio radiológico asociado si era compatible el diagnóstico de OA de rodilla. Se expresaron en valores promedio y medianas porcentuales. Análisis de datos ingresado a programa estadístico Stata para su análisis.

Resultados:

Se reclutó un total de 116 pacientes, de los cuales la edad promedio fue de 67 años (55-88). 72%(84) Femenino, 28%(32) Hombre. Del total de pacientes seleccionados, un 80% (93) cumplían con los criterios (clínico/examen físico) de artrosis de rodilla, y de ellos al realizarle la radiografía de rodilla apareció alguna lesión compatible con artrosis en un 95%(88). En el 20% (23) restantes de los pacientes que no cumplían con los criterios mínimos de artrosis de rodilla por si solos (clínico/examen físico) y se les solicitó radiografía de rodilla, en ellos en un 65%(15) apareció alguna lesión compatible con artrosis. Al asociar estos hallazgos con los criterios (clínico/examen físico) que presentaban estos pacientes, se cumplían con criterios de artrosis de rodilla leve o moderada, aumentando



la cifra total de diagnóstico de artrosis en un 93% (108). Un 3,5%(4) no cumplió con criterios (clínico/examen físico) + radiológicos de Artrosis de rodilla y la radiografía se describe como radiografía sin hallazgos patológicos significativos. Un 3,5%(4) se encontraron otros hallazgos radiológicos como parte de diagnóstico diferencial.

Conclusiones:

Solo en base a la (clínico/examen físico) se puede realizar un diagnóstico adecuado de OA de rodilla, en aquellos pacientes que cumplan los criterios del ACR. La solicitud de examen radiológico se debera reservar para aquellos que no cumplan los criterios clinicos minimos, en que la sospecha diagnostica sea elevada, como son pacientes con obesidad, osteoporosis y aquellos que determinan una carga biomecánica anormal en sitios articulares específicos. Por tanto, con los datos recopilados en este estudio, la radiografía de rodilla es un método disponible, barato y de gran apoyo en confirmacion diagostica de la OA, que de estar disponible se deberia utilizar, pero basado en los hallazgos actuales, bastaria una completa anamnesis y examen físico para llegar al diagnostico de certeza, y se deberia tener en consideracion apoyo con imágenes ante la duda diagnostica o para el seguimiento del manejo terapéutico inicial especialmente si no se ha obtenido mejoría de los síntomas.

- ¹ Lawrence JS, Bremmer JM, Bier F. Osteo-arthritis: prevalence in the population and relationship between symptoms and x-ray changes Ann Rheum Dis 1966; 25:1-24.
- ² Guia clinica tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada serie guías clínicas minsal n°41 2007



RECHAZO U OMISIÓN DE VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA; SEGUIMIENTO DE UNA CONSEJERÍA EDUCATIVA.

Autores: Pablo Jiménez Quiroz, Sergio Ardiles Cáceres, Káterin Astorga Pizarro

CESFAM Rodelillo, Corporación Municipal de Valparaíso

Introducción:

Si bien la vacunación anual contra la influenza proporciona uno de los medios más efectivos en la prevención de esta enfermedad y sus complicaciones, existe un alto porcentaje de pacientes con indicación de vacunación que rechaza u omite esta intervención. Considerando los beneficios, los equipos de salud debieran considerar esta problemática en actividades de promoción y prevención en salud.

Objetivo:

- 1.- Describir las razones individuales del rechazo u omisión de la vacuna, durante el periodo de influenza estacional año 2012, en un Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Valparaíso.
- 2.- Realizar una consejería individual sobre los beneficios de la vacunación, en el grupo seleccionado.
- 3.- Determinar la fuerza de la asociación entre los motivos declarados y el estado de inmunización durante el período de influenza estacional 2013.

Materiales y Metodos:

Se optó por un diseño observacional longitudinal y analítico. Se consultó por el estado de inmunización individual mediante la aplicación de una encuesta descriptiva de respuesta cerrada a los usuarios del CESFAM Rodelillo, incluidos dentro del grupo a vacunar. Esto se hizo durante atenciones de morbilidad, atenciones espontáneas, controles del programa de salud cardiovascular, y controles del programa respiratorio adulto, en el período otoño-invierno 2012, a cargo de profesional médico o kinesiólogo.

Del total, 66 usuarios declararon no estar vacunados. Para identificar las causas, se les aplicó una encuesta individual descriptiva abierta, cuyas respuestas se agruparon en las siguientes categorías: miedo a efectos adversos, percepción de buen estado de salud, desconocimiento de la indicación, inasistencia por horario, olvido personal, presentar alguna enfermedad respiratoria aguda, y causas misceláneas (falta de stock, confusión con la indicación médica).

De forma concomitante, a este grupo se le realizó una consejería individual sobre los beneficios y riesgos de la vacunación, con invitación de acudir a la campaña de vacunación del 2013.

Por último se realizó un seguimiento de los usuarios aconsejados, para determinar su estado de vacunación en el período de influenza estacional 2013. Se utilizó MedCalc en la determinación de Odds Ratios ajustados según análisis logístico regresivo e intervalos de confianza del 95%.

Resultados:

Los motivos más comunes relatados por los pacientes que no se vacunaron en la campaña antiinfluenza en el 2012 correspondieron a: Miedo a efectos adversos ocasionados por la vacuna, ya sea propios o referidos por terceros (48,4%); Percepción de buen estado de salud por parte de los pacientes (22,7%); Desconocimiento (10,6%); Inasistencia por problemas de horario (6%); Olvido personal (4,5%); Presentar alguna enfermedad respiratoria aguda (4,5%); y Causas misceláneas (3%).

De las 66 personas consultadas el año 2012, 12 (18,2%) se vacunaron durante la presente campaña de vacunación. Principalmente se observó una asociación entre el rechazo u omisión de la vacuna con el miedo a efectos adversos (OR: 0,059; CI 95%: 0,058-0,060) y la percepción de un buen estado de salud (OR: 0,0758; CI: 0,074-0,076), mientras que los grupos que cursaron con infecciones respiratorias agudas o problemas administrativos durante el 2012, en su mayoría acudieron a vacunarse el 2013.



Médicos de
Atención Primaria

II
CONGRESO
CONJUNTO



Sociedad Chilena de Medicina Familiar

X CONGRESO NACIONAL DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA | XV CONGRESO CHILENO DE MEDICINA FAMILIAR

Santiago, Chile, 3, 4 y 5 de Octubre, 2013

Conclusiones:

Considerando las principales causas de rechazo u omisión de la vacunación, es posible inferir que la subutilización del recurso se debe al desconocimiento de los beneficios y a la creación de toda una mitología en torno a los efectos adversos y significancia de la vacuna. En el marco de las encuestas se rescatan frases como “Mi madre casi murió después de vacunarse”, “el año pasado me vacuné pero igual me resfrié”, “el médico pediatra me dijo que era peligroso vacunarse”, “¿A cuál vacuna se refiere? ¿La de los bichos?”. Dicho esto, es deber de los equipos de salud liderar los procesos educativos que orienten a la población a la toma de decisiones responsable e informada.



TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD, DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TRABAJADOR SOCIAL DE LA PROVINCIA DE ARAUCO, REGIÓN DEL BÍO BÍO, AÑO 2012.

Autores: Claudia Valentina Muñoz Henríquez ⁽¹⁾, Jorge Emilio Martínez Soto ⁽²⁾

⁽¹⁾ Residente Medicina Familiar, Universidad de Concepción - ⁽²⁾ Médico General, COSAM San Pedro de La Paz, Concepción.

Introducción:

La participación social en salud implica una transferencia de parte del poder, a los sectores que antes estaban al margen de la toma de decisiones en relación a políticas públicas de en salud. Bajo el nombre de participación social existen diferentes prácticas que según la magnitud de esta transferencia de poder se pueden clasificar en: a) Colaboración: convierte a la población en artefacto para agilizar acciones institucionales; b) Autogestión: participación independiente para dar solución a situaciones específicas y frente a la ausencia de soluciones privadas o públicas; c) Negociación: toma de posición de la sociedad civil frente al papel del Estado en procura de convenir conjuntamente las condiciones y mecanismos para acceder al bienestar; d) Cogestión: intervención en decisiones; supone descentralización, democratización del poder y de los mecanismos de acceder a él. Por ser los sistemas médicos sistemas de especialistas, tienden a ser autosuficientes, y conceptúan a sus agentes como los idóneos para explicar científicamente la enfermedad y para tratarla debidamente. Dentro de ese contexto es poco probable que en los servicios de salud cedan a la población, y a sus organizaciones representativas, el suficiente poder resolutivo como para transformarlas en cogestoras, con participación plena en la toma de decisiones fundamentales. Este panorama se ve acentuado por la verticalidad y jerarquización de los servicios de salud, donde las decisiones ruedan desde la cúpula hacia abajo. Es de común ocurrencia que las instituciones de salud, y de otros sectores, frenen las posibilidades de organización autónoma mientras pretenden promoverla.

Objetivos general:

Caracterizar la teoría y la práctica de la participación social en salud desde el punto de vista del trabajador social de la provincia de Arauco, región del Bío Bío. Objetivos específicos: 1) Identificar al trabajador social de la provincia de Arauco, región del Bío Bío 2) Identificar el concepto de participación social en salud desde el punto de vista de los trabajadores sociales de la provincia de Arauco, región del Bío Bío. 3) Describir las prácticas de participación social en salud desde el punto de vista del trabajador social de la provincia de Arauco, región del Bío Bío.

Materiales y métodos:

Diseño observacional, no analítico, descriptivo. Población: Trabajadores sociales de la provincia de Arauco, región del Bío Bío. Variables: concepto de participación social y prácticas de participación social en salud. La recolección de datos se hizo mediante cuestionarios con método Delphi.

Resultados: Para el trabajador social de la provincia de Arauco el concepto de participación social en salud, implica una interacción entre dos o más sectores sociales para un trabajo en conjunto basado en necesidades o intereses comunes, que tiene como finalidad lograr un bien común. Por otro lado se considera una participación social efectiva, cuando se logra el total control de los individuos en relación a la toma de decisiones en cuanto a su propia salud y la de su comunidad con una mirada crítica a lo que el sector salud les pueda ofrecer.

Las prácticas de participación social en salud que lleva a cabo el trabajador social de la provincia de Arauco, se caracterizan por ser iniciativas de la propia institución, del sector de salud, no de la comunidad. Según la motivación desde salud se dará el tipo de participación social. Será de orden más colaborativa en el caso en que el objetivo de la institución sea lograr una relación que permita cumplir más fácilmente los objetivos propios del sector salud en la medida que coinciden con las necesidades de la comunidad, dándole a esta relación un carácter informativo y consultivo. Las acciones se centran entonces en buscar estrategias que permitan despertar el interés por parte



II
CONGRESO
CONJUNTO



X CONGRESO NACIONAL DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

XV CONGRESO CHILENO DE MEDICINA FAMILIAR

Santiago, Chile, 3, 4 y 5 de Octubre, 2013

de la comunidad de iniciar esta relación con la institución. Los primeros pasos apuntan a la identificación de las necesidades en salud de la comunidad, sus principales características, la creación de espacios para iniciar las interacciones con ésta, identificación de líderes que son visualizados como futuros aliados. Se reconoce, por parte de los trabajadores sociales una asimetría en la relación que se establece, y se adopta un rol donde se mantiene un equilibrio de esta asimetría que permita mantener una relación armónica con la comunidad pero que no necesariamente implica igualdad de poder para la toma de decisiones en políticas públicas. Por otro lado si la motivación inicial desde la institución es empoderar a la comunidad para que ésta logre mayor autonomía y ejerza un control social en las políticas públicas se hace una práctica de participación social donde el rol del profesional de salud es ser un facilitador de una serie de procesos que incluyen el analizar las problemáticas de salud desde la propia reflexión que hace la comunidad para lo cual el trabajo se centra en crear los espacios adecuados para que se dé esta reflexión y luego continuar con el resto de las etapas (planificación, ejecución, evaluación, etc.). Lo anterior no siempre se logra ya que requiere una comunidad organizada, comprometida y responsable frente a su propia salud.

Conclusiones:

En base a los resultados obtenidos, se puede afirmar que el concepto de participación social, desde el punto de vista del trabajador social de la provincia de Arauco implica la interacción entre dos o más grupos organizados de la comunidad con la finalidad de realizar un trabajo en conjunto por un fin común. Según este concepto y desde la percepción de este profesional, esta interacción nace como iniciativa de las instituciones de salud y no de la comunidad. Por otro lado, el tipo de participación social que se da en esta interacción, depende de la motivación que tenga la institución de salud para llevarla a cabo. Entonces hablamos de una participación de carácter colaborativo si la motivación es generar una relación de ayuda con la comunidad para cumplir objetivos propios de la institución, siguiendo una línea de trabajo que incluye el diagnóstico de necesidades sentidas, planteamiento de objetivos, planificación de actividades y evaluación. Se considera el máximo de participación social cuando la comunidad está presente en cada uno de los pasos de la línea de trabajo, sin embargo se reconoce una asimetría en la relación, donde el profesional de la salud es el que dirige los procesos. Por otra parte, si la motivación de la institución de salud es favorecer la participación para que la comunidad ejerza control social sobre las políticas públicas en salud, entonces hablamos de cogestión en salud, donde el rol del profesional es empoderar a la comunidad para que ésta tenga el poder en la toma de decisiones basada en la reflexión sobre sus necesidades y facilitar cada uno de los pasos de la línea de trabajo, en una relación simétrica. Cabe destacar que para lograr este tipo de participación se requiere como base, a una comunidad organizada, comprometida y responsable frente a su propia salud por lo que no siempre es posible realizarla en su totalidad.



Trabajo de Experiencia Ganador

“EXPERIENCIA EN USO DE APLICACIONES DE SMARTPHONE EN CONTEXTO DE APRENDIZAJE CLÍNICO EN CARRERAS DE ÁREA DE SALUD”

Autores: ⁽¹⁾ Dr. Esteban Ricardo Schade Villagran, ⁽²⁾ Dra Camila Susana Pérez Córdova, ⁽³⁾ Dr Cristian Campo Parra.

⁽¹⁾ Médico Cirujano, Cesfam Chiguayante, Concepción, ⁽²⁾ Médico Cirujano, Cesfam O'Higgins, Concepción,

⁽³⁾ Médico Cirujano, Cesfam Penco, Penco

Lugar de Trabajo: Universidad de Concepción, Chile

Antecedentes:

Dentro de nuestra experiencia diaria de trabajo clínico e investigación, uno de las cosas que tenemos más cerca en el diario vivir, pero que a la vez no muchas veces ponemos la atención necesaria es a la docencia de las nuevas generación de profesionales, y más aún como entregar herramientas para los profesionales en formación, para tener una experiencia clínica más enriquecedora a la hora de que en poco tiempo tengan que enfrentar el mundo laboral

Objetivos:

Crear una aplicación para smarthphone, que permita una integración más rápida entre conocimiento teórico y práctico dentro de las prácticas clínicas, de manera rápida y accesible, aprovechando una herramienta de alta penetración y uso dentro de los estudiantes tanto de la carrera de medicina como de la carrera de obstetricia

Desarrollo: Se Realizó una evaluación primaria, consistente en una encuesta para ver la viabilidad del proyecto, con un n=82, con una tasa de uso de smarthphone dentro de los estudiantes de un 72,5%, y un interés importante de que se desarrolle la herramienta propuesta en el proyecto de un 50,57%, se realizó una aplicación piloto dentro de una área específica, que consistió en una aplicación diseñada con medicamentos (Matromed), con enfoque en preparación, presentación, efectos adversos y tips de manejos de medicamentos en el área de ginecología y obstetricia, y orientada en un primer momento a alumnos de la carrera de obstetricia de la Universidad de Concepción, con uso igualmente valido para estudiantes de medicina cursando por ginecología y obstetricia, posteriormente, a las 2 semanas de uso se pidió una encuesta de evaluación aplicada a n=102 personas para estimar la satisfacción y uso de la aplicación.

Resultados y/o conclusiones:

Dentro del tiempo que se aplicó la encuesta, y habían un total de 402 instalaciones activas dentro del universo, lo que permite una significancia estadística adecuada, hallándose un 44,12% dentro de prácticas clínicas, usándolo regularmente un 66,6%, con un tasa de satisfacción del 75,49%, y una mayor seguridad de las practicas clínicas de un 45%. En conclusión, debido a los buenos resultados dentro de las encuestas, a la buena acogida dentro de la comunidad estudiantil y que al día 15 de Junio del 2013 hayan 1161 descargas activas, nos presentan estas herramientas como una buena oportunidad, que esperamos expandir, replicar a nivel local y de ser posible a nivel nacional.



CUADERNILLO DE CONTROL DE SALUD INFANTIL

Autora: Verónica Olate Morales

Antecedentes:

- En el control de salud infantil participan distintos profesionales: matrona, médico, enfermera, nutricionista y ocasionalmente técnico de enfermería nivel superior.
- La cantidad y calidad de información que se registraba en la ficha clínica dependía entre otros del tiempo del que disponía el profesional para realizar el registro, de la importancia que le diera a algunos hechos, de la posibilidad de informarse de los registros anteriores cuando la letra era legible, etc.
- La aplicación de los instrumentos durante el control se realizaban de acuerdo así los funcionarios contaban con ellos a la mano y si no se diferían para el próximo control. (test de Edimburgo, pauta relación vincular, pauta breve, etc.)
- La prescripción de hierro profiláctico y vitamina D no era prescrito de acuerdo a la norma ministerial, encontrándonos muchas veces con menores anémicos producto de la falta de suplementación adecuada.
- Finalmente, al ser evaluado por otro profesional se desconocía información relevante del desarrollo del menor que podría facilitar la aproximación diagnóstica.

Objetivos:

- Otorgar una atención de calidad a los menores que asisten al control de salud infantil.
- Mejorar la calidad del registro en ficha clínica en relación a los controles de salud infantil.
- Uniformar la información contenida en la ficha clínica que es aportada por distintos profesionales
- Optimizar el tiempo del control disminuyendo el tiempo destinado a registro.
- Recordar los tiempos en que se debe prescribir hierro profiláctico o vitamina D.

Desarrollo:

La idea de desarrollar un cuadernillo de control infantil que reuniera todos los controles que deben ser realizados durante el desarrollo del menor por los distintos profesionales surge como una respuesta a la problemática anteriormente señalada.

Considerando la cartilla de prestaciones del programa Chile Crece Contigo, las normas del ministerio en relación a alimentación de menores de 2 años hasta la adolescencia, norma de malnutrición, guías clínicas GES y algunas recomendaciones de pediatras, cree un cuadernillo que contiene desde el control de los 7 días realizado por matrona hasta el último control del alta a los 5 años 11 meses 29 días, considerando la información relevante que debe estar incorporada a la ficha clínica. Además, la mayoría de los controles tiene un relleno tipo check box, disminuyen el tiempo de registro, asimismo, cada control incorpora los instrumentos que se deben medir en ese control, tal como test de Edimburgo a los 2 y 6 meses, Escala de Massie Campbel, protocolo neurosensorial, escala de riesgo de morir por neumonía y factores de riesgo nutricional, entre otros. Finalmente se indica a manera de recordatorio cuando se debe iniciar la suplementación con hierro y vitamina D.

El cuadernillo fue sometido a análisis por todos los profesionales que desarrollamos esta actividad, a fin de que no se obviara ninguna información trascendental. Finalmente fue consensuado por todo el equipo. Se presentó a Dirección y se inició un período de marcha blanca, para finalmente ser adoptado de manera permanente por todos los equipos que trabajan en sector urbano. Posteriormente, este instrumento también se incorporó en las actividades del equipo rural.

Resultados y/o conclusiones:

- Los objetivos se cumplieron a cabalidad. Los profesionales se muestran muy satisfecho con el instrumento y desde el 2008 y con mayor propiedad, desde el 2009 es un documento que forma parte de todas las fichas clínicas de los menores que se encuentran en control en el programa.



Médicos de
Atención Primaria

II
CONGRESO
CONJUNTO



X CONGRESO NACIONAL DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA | XV CONGRESO CHILENO DE MEDICINA FAMILIAR

Santiago, Chile, 3, 4 y 5 de Octubre, 2013

- La posibilidad de conocer que fue lo que registro el colega en el control anterior también es una realidad, a fin de poder hacer seguimiento o bien utilizar dicha información para apoyar en diversos diagnósticos.
- El registro de la aplicación de instrumentos tales como pauta breve, escala de Edimburgo, escala de Massie Campbell, etc. aumento notablemente desde el 2008 para hacerse constante ya al 2012. Así por ejemplo, durante el año 2008 se aplicaron un 4.6% de pautas breves durante los controles de salud en las edades establecidas, en el 2009 esta cifra llegó a 15.9%, para llegar al 2010 a 31.8%. Sin duda, este no es un tema netamente atribuible a la presencia del cuadernillo, no obstante, el contar con este material al interior de la ficha clínica facilita sin duda alguna el registro y permite optimizar el tiempo, pues no tenemos nada que buscar.



IMPLEMENTACIÓN DE APRENDIZAJE SERVICIO EN INTERNADO DE MEDICINA FAMILIAR.

Autores: Dra. Solange Rivera, Dra. Marcela Bittner, Dra. Artzy Arenas, Dra. Philippa Moore, Dra. Marcela Cisternas, Dra. Carolina Gonzalez.

Antecedentes:

En el Internado de Medicina Familiar los alumnos pasan por 7 semanas en 3 Centros de Salud Familiar (CESFAM), zonas urbanas de bajo nivel socioeconómico. Los objetivos del curso están orientados a que ellos sean capaces de practicar la atención de pacientes en los CESFAM, en el contexto de un modelo de atención integral, ambulatorio y con énfasis en la promoción y prevención en salud.

La propuesta pedagógica del aprendizaje-servicio (A+S) parte de una premisa: las actividades solidarias desarrolladas por los estudiantes pueden ser en sí mismas una fuente de aprendizaje, siempre y cuando se planifiquen oportuna y adecuadamente. Esta propuesta daba respuesta a alcanzar objetivos de aprendizaje que hasta ese momento eran mal evaluados por los alumnos en el internado.

Objetivo:

Evaluar la factibilidad de la introducción de la metodología de aprendizaje-servicio en un curso del séptimo año de la carrera, a través de un piloto en el Internado de Medicina Familiar. Con apoyo del equipo A+S del Centro de Desarrollo Docente de la Universidad, fue posible desarrollar e implementar en el curso esta metodología.

Desarrollo:

Durante el año 2011 se capacitó a los docentes de Internado en esta metodología. Se aplicó desde el primer grupo de internado del 2012. Esta actividad se realiza en forma paralela a las actividades clínicas.

El servicio a realizar depende de cada CESFAM, el encargado docente del campo clínico, acuerda con los jefes de los programas clínicos, cuales son las necesidades que tiene la comunidad (entendida como los equipos de salud y los usuarios del CESFAM), la primera semana de rotación, se les presenta a los alumnos una "cartera" de posibles servicios, y ellos en grupos de tres, eligen el servicio que más les interese. Una vez elegido, deben contactar al miembro del equipo clínico del CESFAM, que propuso el servicio, y acordar con éste objetivos y actividades a realizar para cumplirlo. A mitad de rotación los alumnos deben entregar un informe de avance y reciben retroalimentación de un tutor y del socio comunitario, al final del curso los alumnos cierran la actividad presentando su servicio a los socios y tutores. Para cada servicio deben realizar un revisión bibliográfica del tema, y tienen una nota que evalúan el proceso y el resultado, esta nota es considerada en la calificación final. Ejemplos de servicios: instructivos de cómo usar el gimnasio del CESFAM, taller antitabaco en un colegio, motivación a la comunidad para integrarse al Consejo de Desarrollo Local, estrategias para aumentar cobertura de papanicolau (PAP).

Resultados y conclusiones:

Más del 80 % de los alumnos define la actividad como desafiante, interesante y con la oportunidad de tener responsabilidades y tomar decisiones. El 93% de los alumnos cree haber realizado una gran contribución y el 100% consideró que su servicio fue un aporte. Un 96% lo percibe como un aporte a su formación, un 82% cree que le permitió aplicar conocimientos del curso y un 95% la considera buena o excelente. Por otro lado, el 100% de los socios comunitarios encuestados se mostraron satisfechos o muy satisfechos con el servicio realizado por los alumnos, creen que el trabajo será utilizado por la organización de manera inmediata o en un futuro próximo, considera que existió una instancia en la que comunicaron al docente y/o a los alumnos del curso las necesidades sentidas de la organización.

Ha sido un tremendo desafío curricular, nos permitió volver a mirar nuestro programa de curso, objetivos y actividades. Una oportunidad de ver a nuestros alumnos motivados con ayudar a otros y en el camino aprendiendo contenidos centrales del curso y de su formación general (trabajo en equipo, profesionalismo, etc). Le ha dado relevancia y sentido a los contenidos del curso. A la fecha la metodología A+S se ha implementado en 3 cursos de la carrera, en cuarto año en la rotación de la Posta Central, en nuestro curso y como optativo de formación general. Sin embargo, desde el año pasado, la Escuela de Medicina ha iniciado un proceso de reforma curricular, que se espera culminar el próximo año, A+S está considerado dentro de las innovaciones y metodologías de aprendizaje activo ha introducir. Como curso, lo que hemos aprendido en el camino ha sido sorprendente, ver de lo que son capaces los alumnos, como ha mejorado la evaluación del curso como tal y los comentarios que nos han dejado los alumnos sobre la actividad de A+S ha sido realmente enriquecedor.



PROMOCION DE SENSIBILIDAD PARA PERSONAL DE JARDIN INFANTIL AGUAS CLARAS EN LA PINTANA.

Autores: ⁽¹⁾ Victoria Binda, Medico Familiar Mención Niño, Docente PUC , Diplomado en Promoción de Apego Seguro en Primer a Infancia, ⁽²⁾ Patricia López, Educadora de Párvulos, Diploma-do en Promoción de Apego Seguro en Primera Infancia, ⁽³⁾ Paula Ramírez, Psicóloga, candidata Magíster en Salud Mental Infantil.

Antecedentes:

Cercano al CESFAM El Roble, comuna de La Pintana, se encuentra la Sala Cuna y Jardín Infantil Aguas Claras, donde habitualmente realizamos distintas actividades. En el desarrollo de estas actividades notamos dificultades en las interacciones entre los niños y niñas y el personal del establecimiento. Nuestro equipo de trabajo cuenta con personal formado en Salud Mental Infantil Temprana. A partir de estos elementos nos planteamos elaborar una intervención desde el enfoque de apego, que aborde temas como sensibilidad, mentalización y apego con la finalidad de mejorar las interacciones entre los niños/ niñas con las Educadoras y Técnicos del Jardín Infantil. Una idea fuerza a considerar en esta intervención es considerar la alta vulnerabilidad en la que nacen y crecen los niños de nuestro sector, por tanto, la experiencia de la Sala Cuna y Jardín Infantil puede ser un factor protector y reparador de relaciones difíciles y poco sanas. Enmarcado en el programa Chile Crece Contigo , que busca promover el mejor desarrollo físico, cognitivo y socioemocional de los niños hasta los 4 años de edad, se diseñó , realizó y evaluó una intervención destinada a mejorar la sensibilidad del personal del Jardín Infantil Aguas Claras.

Objetivos:

- 1) Promover el desarrollo de una mayor sensibilidad hacia los niños en las educadoras, técnicos y personal de servicios menores del Jardín Infantil Aguas Claras.
- 2) Mejorar la interacción entre niños y adultos en las actividades pedagógicas que se desarrollan en cada nivel.
- 3) Entregar información acerca de la infancia, situaciones de estrés infantil, el apego y la autorregulación.

Desarrollo:

- 1) Vídeo Feedback: se filmó una sesión de juego de 5 minutos a Educadoras y Técnicos en párvulos del Jardín y luego se realizó una retroalimentación, en forma individual y confidencial, de lo observado en los videos a partir de la revisión conjunta de la filmación, destacando los aspectos positivos de la interacción y haciendo notar aspectos a mejorar, tanto para trabajarlas a nivel personal como para retomarlos en los contenidos a desarrollar en las sesiones teóricas y prácticas.
- 2) Taller participativo: Se realizaron 3 sesiones de 2 horas cada una, abordando temas como sensibilidad, mentalización y apego, además de las temáticas propuestas por el personal y aquellos elementos que aparecieron como relevantes en las filmaciones.
- 3) Nueva sesión de Vídeo Feedback. Una vez terminado los talleres se vuelve a realizar filmación y retroalimentación.

Para la evaluación de la intervención se realizó el análisis y comparación de los videos de juego, se aplicó un cuestionario teórico antes y al terminar la intervención y una encuesta de satisfacción.

Resultados:

Participaron en la intervención 19 funcionarias del Establecimiento de las cuales 6 son educadoras, 11 técnicos en párvulos y 2 auxiliares de servicios menores. Al comparar las filmaciones se observó en las primeras una tendencia orientada hacia la enseñanza y en las segundas mayor desarrollo de juego, permitiendo una mayor simbolización en el niño, también una mayor oferta de opciones para que el niño tomara la iniciativa, las participantes fueron colaboradoras y receptivas a la devolución personalizada, lo que da cuenta de su interés por mejorar en sus



II
CONGRESO
CONJUNTO



X CONGRESO NACIONAL DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA | XV CONGRESO CHILENO DE MEDICINA FAMILIAR

Santiago, Chile, 3, 4 y 5 de Octubre, 2013

prácticas. Se observó una mayor cantidad de respuestas correctas en el cuestionario post intervención en todos los conceptos evaluados: Mentalización, Apego y Sensibilidad. En relación a la encuesta de satisfacción destaca que un 100% de las encuestadas considera que aprendió durante la intervención, que los contenidos fueron de provecho para su práctica habitual, que las exposiciones fueron claras y les pareció buena la metodología utilizada.

Aspectos a mejorar:

Incorporar a los padres en alguna sesión, entrega de material escrito al personal, tareas a desarrollar por el personal entre una sesión y otra.



PROPUESTA DE UNA NUEVA TASA DE EXÁMENES PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA.

Autores: Dra. Mariela Quiroz, Médico Familiar, CESFAM Cordillera Andina; TM. Constanza Bremen, Tecnólogo Medica, Lab. CESFAM San Felipe El Real.; EU. Marcela Brito, Directora CESFAM Dr. Segismundo Iturra; MAT. Miriam Cabezas, Asesora Dpto Gestión APS, S.S. Aconcagua; Bioq. Veronica Lagos, Asesora Dpto Gestión Hospitalaria, S.S. Aconcagua

Antecedentes:

El Servicio de Salud Aconcagua, se encuentra en la 5° Región, incluye 10 comunas, 13 CESFAM, 10 Municipales y 3 del Servicio de Salud, 2 Hospitales de la Familia y la Comunidad, 2 Hospitales Autogestionados en Red y 1 Hospital Psiquiátrico. La Red del Servicio cuenta con 4 Laboratorios Clínicos, que responden casi al 100% de las necesidades de Hospitales y CESFAM dependientes del Servicio de Salud y parcialmente a CESFAM Municipales. A mediados de 2012, la percepción de los Laboratorios Clínicos de la Red, era una sobreutilización por parte de la APS, basándose en la tasa de exámenes de 0,7 examen/consulta. Por otra parte, los establecimientos de APS, consideran esta tasa insuficiente según las orientaciones entregadas por los programas de Salud y la incorporación de las Garantías GES. De forma paralela, los Administradores requieren identificar la necesidad de Exámenes para poder definir una demanda real, planificar y monitorear la gestión.

Objetivos:

Identificar la demanda de exámenes de Laboratorio Básico de la Atención Primaria de Salud, a partir de la Cartera de Servicios existente, a través de la definición de una Tasa de exámenes actualizada.

Desarrollo:

1. Se conforma un equipo multidisciplinario: médico de familia, enfermera y directora de un CESFAM, matrona y asesora del Departamento de APS, Tecnóloga Médica y Bioquímica Asesora del Servicio, responsable del tema.
2. Se solicita a los establecimientos la información de los exámenes realizados durante el 2012.
3. Se construye una Planilla Excel para la construcción de la demanda estimada para el año 2013, (ver tabla 1).
4. Se trabaja en el denominador que se utilizará, se revisa el indicador entregado por las orientaciones técnicas del Programa de Resolutividad de Laboratorio Clínico Básico para APS (hasta año 2010). Se construye un nuevo denominador a partir de todas las posibilidades de consultas en que se pueden solicitar exámenes, definiendo que profesionales van a poder solicitarlos y se evalúan las implicancias de utilizar la población per cápita por cada establecimiento como denominador.
5. Se presenta en reunión ampliada representativa de todos los establecimientos y laboratorios clínicos de la Red del Servicio de Salud, para la validación de la nueva tasa de exámenes.



Tabla 1: Demanda estimada de exámenes (N° exámenes/año*cobertura (en decimal)* población)

Programa/ Actividad	Exam/año	Cobert.	Población
Hipertenso/dislipidemia	16	100%	Personas bajo control hipertensos con o sin dislipidemia.
Diabetico tipo 2	19	100%	Personas bajo control diabeticos, con o sin comorbilidad
Salud mental	8	90%	Personas a atender por consulta médica salud mental
Infantil / Control sano	5	10%	Población bajo control de 0 a 6 años
Infantil / Mal nutricion	18	100%	Personas a atender por consulta médica malnutrición infantil
Ficha CLAP	3	50%	N° de fichas CLAP programadas a realizar al año
Epilepsia	7,5	100%	Personas a atender por medico programa epilepsia
EMPA	3,5	100%	N° EMPA programados realizar al año
EMPAM	8	35%	N° EMPAM programados realizar al año
Maternal	14	100%	N° de ingresos de embarazos programados a atender
Paternidad responsable	1	100%	N° de personas a atender paternidad responsable
Morbilidad	0,7	100%	N° consultas de morbilidad programada

Resultados:

Se reciben las planillas de los establecimientos, identificando que lo estimado para el año 2013(según tabla), es mayor que lo solicitado durante el año 2012. Se identifica que los establecimientos han ampliado la solicitud de exámenes a diferentes profesionales, pero la revisión de estos se centra en la consulta médica, por este motivo, se define no utilizar el denominador vigente para tasa de exámenes. Se intenta construir un nuevo denominador que incluya todas las opciones de consultas, pero este no permitiría monitorear la duplicidad de exámenes por paciente, además la generación del valor sería de alta complejidad. Por lo tanto se define utilizar la población inscrita validada o adscrita (dependientes del Servicio) como denominador, ya que esto resguardaría la continuidad del cuidado, la vigencia de los exámenes y evitaría la duplicidad de solicitud. Construyendo la tasa con el numerador: N° exámenes estimados y el denominador población inscrita o adscrita según corresponda; la tasa obtenida es alrededor de 4 exámenes/persona al año. Si comparamos la tasa construida: N° exámenes realizados año 2012/ población 2012, la tasa es 2 exámenes/persona al año, ante esta diferencia se acuerda una tasa de 3 exámenes/persona al año.

Conclusiones:

La definición de esta nueva tasa de exámenes, permite establecer un parámetro de la solicitud de exámenes para dar cumplimiento a las orientaciones y garantías establecidas por el MINSAL. Por otra parte, es una herramienta para la gestión Local que poder planificar las necesidades de forma anticipada según la demanda estimada y controlar el uso adecuado de ellos. Esta tasa será reevaluada a fines de 2013, y periódicamente si existen modificaciones en las orientaciones entregadas a la práctica clínica.