



XVII CONGRESO CHILENO de MEDICINA FAMILIAR

Puerto Varas, CHILE • 15, 16 y 17 de Octubre 2015



**PRÁCTICAS
INNOVADORAS
EN MEDICINA FAMILIAR**

LIBRO DE RESÚMENES

www.medicina-familiar.cl



Trabajos Libres Seleccionados

Investigación

Nº página	Título Trabajo Libre	Autores	Lugar de trabajo
4	TRABAJO DE INVESTIGACIÓN GANADOR INV 001 Impacto de estrategia educativa en el conocimiento de síntomas y factores de riesgo de infarto agudo al miocardio y ataque cerebrovascular.	Julio Parra Cares, Catherine Navarrete Gallegos, Andrés Hernández Rodríguez.	Centro de Salud Familiar San Fabian, Servicio de Salud Ñuble, Chile
7	INV 002 Asociación de estilos de crianza con sobrepeso y obesidad en niños de Puente Alto.	Trinidad Rodríguez Infante, Pamela Llantén Aroca.	Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile; Centro de Salud Familiar Ancora San Alberto Hurtado. Puente Alto, Chile
8	INV 003 Atención centrada en la persona: experiencia de usuarios de CESFAM del área sur-oriente de la Región Metropolitana de Santiago.	Angelina Dois Castellón, Aixa Contreras Mejías, Paulina Bravo Valenzuela, Isabel Mora Melanchthon, Gabriela Soto Pimentel, Claudia Solís Deza.	Escuela de Enfermería UC; Medicina Familiar Centro Médico San Joaquín UC; Medicina Familiar Centro Médico Irrazábal UC.
10	INV 004 Caracterización del tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos y diabéticos del programa de salud cardiovascular en Cefam Juan Pablo II, San Bernardo.	Gonzalo Arce Palma, Marisol Pinto Céspedes, Felipe Vivallo Aravena,	CESFAM San Juan Pablo II. San Bernardo
11	INV 005 Diseño de un curso de trabajo comunitario aplicando la metodología aprendizaje y servicio (a+s) en el programa de formación de especialistas en Medicina Familiar.	Carolina González Reyes, Jaime Camilo Sapag Muñoz de la Peña, María Paulina Rojas Villar, Javiera Martínez Gutiérrez.	Pontificia Universidad Católica de Chile
12	INV 006 Estimación del gasto público en prevención y promoción de salud de enfermedades no transmisibles en Chile.	Cristóbal A. Cuadrado Nahum, José Luis García Fuentes.	Programa de políticas, sistemas y gestión en salud, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile
14	INV 007 Evaluación de la participación ciudadana en el Centro de Salud Familiar "Antonio Varas".	Andrés Pérez Sepúlveda.	Escuela de Ingeniería Civil Industrial, Universidad Austral de Chile
15	INV 008 Interacciones farmacológicas frecuentes en la prescripción de medicamentos crónicos en adultos mayores atendidos en el CESFAM San Vicente, 2010-2015.	Jorge Pacheco Jara.	CESFAM San Vicente, Ilustre Municipalidad de Talcahuano. Universidad de Concepción.
17	INV 009 La baja escolaridad de los adultos mayores evaluados en el Minimental abreviado puede llevar a un sobrediagnóstico de demencia en APS.	Jorge Pacheco Jara.	CESFAM San Vicente, Ilustre Municipalidad de Talcahuano. Universidad de Concepción.
18	INV 010 Percepción de pacientes Diabéticos tipo 2 insulino-requirientes al asistir a control grupal: una aproximación cualitativa.	Nicolás Salvador López Iribarra, María Constanza Pavez Saavedra, Carla Gabriela Miranda Herrera, Andrés Alan Vergara Jackson, Fernando Enrique Cortés Báez.	CESFAM San Juan, Coquimbo. Universidad Católica del Norte
20	INV 011 Percepción del Modelo de Salud Familiar en funcionarios/as del CESFAM Jean y Marie Thierry	Katty Ojeda Guerrero, Ingrid Selle, Pablo Araya Vía, Lucy Granda Mancuello.	Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry
22	INV 012 Teledermatología: Experiencia en el CESFAM "Jean y Marie Thierry" de Valparaíso.	Manuel Vargas, Matías Ríos Díaz, Paulo Gnecco Tapia, Fernanda Castro, Luis Cid Barría.	CESFAM Jean y Marie Thierry
23	INV 013 Uso y abuso de ácido acetil-salicílico (AAS). Avanzando hacia una prescripción racional basada en la evidencia.	Julio Parra Cares, Catherine Navarrete Gallegos, Andrea Hernández Rodríguez.	Centro de Salud Familiar San Fabián, Servicio de Salud Ñuble, Chile



Trabajos Libres Seleccionados

Experiencia

Nº página	Título Trabajo Libre	Autores	Lugar de trabajo
25	TRABAJO DE EXPERIENCIA GANADOR EXP 001 Resolutividad y pertinencia, un aporte desde la medicina familiar. Experiencia de un médico familiar.	Karina Muñoz Navarrete, Sergio Salazar Cárdenas, Camilo León Véliz, Verónica Sánchez Ulloa, Lorena Aguirre Cabezas.	CESFAM Dr. Alberto Allende Jones, Talagante.
27	EXP 002 Almacen de Datos Clínicos en APS.	Eduardo Arenas Castillo.	Red de Centros de Salud Familiar Ancora UC.
28	EXP 003 Armonía de 0 a 14 años.	Claudia Ramírez San Martín, María Carolina Aguilera Contreras, Mariella Bagolini Retamal.	CESFAM San Luis, Peñalolen.
30	EXP 004 Diez años de Trabajo con Familias: una experiencia motivadora.	Luis Alberto Deza Castro.	CESFAM de Salud Familiar Los Castaños, La Florida, Santiago.
31	EXP 005 Experiencia "Junto a mi Paciente", practicando la Medicina Familiar desde las primeras aulas.	Francisca Quezada Riquelme, Eric Martínez Maass, Julian Peña Herrera, Michelle Thibaut Quezada.	Universidad San Sebastian, Sede Concepcion.
32	EXP 006 Experiencia del CESFAM San Joaquín en curación avanzada de Ulceras de pie diabetico periodo 2011-2015.	Susana Rojas Jashram, Ximena Candía Corvalán, Ingrid Kremser Ruíz.	CESFAM San Joaquin.
33	EXP 007 Gestion en Registros Electronicos Rayen al Servicio de los Sectores y del CESFAM en el Marco de Registros de Calidad.	María Alejandra Mansilla Sánchez, María Isabel Hernández Gárate.	CESFAM Las Animas.
35	EXP 008 Implementación del proyecto "Depiladora Amiga" y su repercusión en la comunidad	Andressa Seixas Gulin, Amanda Carolina Seika, Ana Luiza Reichmann Moreira Pinto, Ana Paula Perin Maia da Silva, Isabella Gil, Isabela Moraes Rego Pereira, Isabela Rot Sans, Lais Nicole Goncalves Panizzi, Mariana Maranhão Chyla, Tatiane Herreira Trigueiro.	Universidad Positivo: R. Prof. Pedro Viriato Parigot de Souza, Cidade Industrial Curitiba. Unidad de Salud Augusta: R. Robert Redzinski, Cidade Industrial, Curitiba, Brasil.
36	EXP 009 Intervención intercultural en usuarios de salud mental del área urbana de Quellón.	Oscar Olivares Gómez	DESAM Quellón
38	EXP 010 Intervención para el retorno a clases en la Escuela Aliro Lamas, en la fase de recuperación posterior a aluvion que afecto la comuna de Diego de Almagro.	Laura Ines Villares, Rodrigo Alonso Manzano Barrientos.	Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso.
40	EXP 011 Moviendonos por una comunidad saludable.	Gertrudis Abarca Navarrete, Natalia Valdivieso Sierpe.	CESFAM, San Luis



TRABAJOS LIBRES DE INVESTIGACIÓN

INV - 001 TRABAJO DE INVESTIGACIÓN GANADOR

Impacto de estrategia educativa en el conocimiento de síntomas y factores de riesgo (FR) de Infarto Agudo al Miocardio (IAM) y Ataque cerebrovascular (ACV).

Autores: **Julio Parra Cares**, Catherine Navarrete Gallegos, Andres Hernández Rodríguez. CENTRO DE SALUD FAMILIAR SAN FABIAN, SERVICIO DE SALUD ÑUBLE, CHILE.

Introducción: En Chile, las enfermedades cardiovasculares ocupan el 1er lugar de mortalidad. Dos de estas causas, el IAM y el ACV, son susceptibles de ser tratadas y mejorar su pronóstico. El tiempo desde el inicio hasta el ingreso hospitalario depende de varios factores: reconocimiento de los síntomas, percepción de su gravedad, conciencia de FR, entorno de ocurrencia, la disponibilidad de recursos sanitarios y el acceso a ellos.

Es necesario que el afectado acuda al servicio de urgencia (SU) rápidamente, ya que transcurrido el “tiempo ventana” solo se puede ofrecer tratamiento de soporte. Los estudios sobre demora y acceso al sistema sanitario evidencian una demora innecesaria en la activación de la cadena de supervivencia, el inconveniente traslado no asistido y la tendencia a agrupar solo a los casos graves en traslados por equipos de emergencia. El IAM posee síntomas característicos que identifican al 70% de los casos. Los síntomas de ACV agrupados en la escala de Cincinatti a su vez identifican sobre el 89%. En Chile, un reciente estudio encargado por el MINSAL, reveló que 12.7% de la población no reconoce ninguno de los síntomas principales de IAM, y 86.93% para ACV. El síntoma más mencionado en IAM es dolor al pecho (73.7%), mientras el resto es desconocido. El conocimiento de FR también es deficiente. Además, las diferencias en el conocimiento global de estas patologías están determinadas principalmente por el nivel educacional. Por esta razón, a la par con las recomendaciones de la AHA y ASA que avalan campañas abreviadas como mensaje inicial para la población general, el MINSAL realizó una campaña para ampliar el conocimiento de síntomas de IAM y ACV. En ese ámbito, es de interés conocer, si desde la perspectiva de la educación comunitaria dirigida, existe una transmisión perdurable que permita justificar su implementación sistemática en la atención primaria de salud.

Objetivo:

Principal: Establecer el impacto de una estrategia educacional focalizada, breve y motivacional acerca de los síntomas, FR y conducta a seguir, en relación a la sospecha de IAM y ACV.

Secundarios: describir el grado de conocimiento de la población dependiente territorialmente del Cesfam San Fabián acerca de los factores de riesgo, síntomas de IAM y ACV, además de la conducta a seguir frente a la sospecha diagnóstica, previo y posterior a estrategia educacional focalizada.

Materiales y métodos: Estudio longitudinal prospectivo. Considera 100 personas mayores a 15 años de la comuna de San Fabián urbano invitadas a participar a través de agrupaciones de interés social. Se utilizó cuestionario estructurado base del estudio MINSAL (pre testeado y validado para población chilena). El trabajo de campo fue realizado por internos de medicina de la Universidad Finis Terrae y el módulo educativo por los 2 investigadores médicos. Dicho módulo se constituyó de: explicación simple de ambos fenómenos, resultados de medición en población chilena (antecedentes de la intervención), exposición de FR, presentación y explicación de los síntomas, afiches y videos educativos MINSAL, con un cierre de preguntas abiertas al interés del auditorio. La información fue registrada de manera literal en la encuesta y luego codificada en variables categóricas definidas por el Centers for Disease Control and Prevention. Se utilizaron test de chi-cuadrado para significancia estadística de distribución de frecuencias y t student para muestras pareadas ($p < 0.05$). Se midieron las respuestas en dos tiempos: inmediatamente antes y 90 días posterior al módulo.



Resultados: Del total, el 83%(n=83) de los intervenidos con la estrategia educacional completaron seguimiento. Edad media 38.3 años(DE 20.8),58.6%(n=51) mujeres y 41.4%(n=36) hombres. 78.2%(n=68) estaba afiliado a FONASA, 9.2%(n=8) a Isapres, 1,1%(N=1) a otras y 11,5%(n=10) desconoce previsión. En educación, 14.9% (n=13) tenía menos de 8 años,48.3%(n=42) entre 8 y 12 y 36.8% (n=32) 13 o más.0% delos intervenidos tenía antecedentes personales de IAM y 1.15%(n=1)de ACV. Algún familiar o conocido cercano con IAM 37,9% (n=33) y ACV 14.9%(n=13). En relación al reconocimiento de síntomas, en IAM el 4.6%(n=4) reconoce 5 síntomas principales y 18.4%(n=16) al menos 3.Posterior a la educación27.6% (n=24) reconoce los 5 y 70.1% (n=61) al menos 3. En ACV 4.6%(n=4) reconoce los 3 síntomas principales y el 33.3% (n=16) al menos 1.Posterior a la educación, 26.4%(n=23) reconoce 3 y 83.9%(n=73)al menos 1. Diferencias con $p<0.05$.

Los resultados por síntoma y por FR desglosado se resumen en la tabla 1 y 2.La tendencia por nivel educacional se resumen en la figura 1.En términos de reacción frente a la sospecha, la conducta correcta(ir o llamar al SU), para IAM fue de 79.3%(n=69) antes de la educación y86.2%(n=75) posterior. En ACV65.5%(n=57) antes y 82.8%(n=72) posterior. Significativa la diferencia solo para ACV ($p<0.05$).En relación a la fuente de la información que se manejaba antes de la educación, en relación a IAM el 26.5% (n=23) mencionó los controles de salud, 24.1%(n=21) la TV, 16.1%(n=14) a internet y 8%(n=7) la campaña MINSAL.En ACV 23%(n=20) controles de salud, 18.4%(n=16) la TV, 9,2%(n=8) internet y 8%(n=7) la campaña MINSAL.

Conclusión:La población intervenida posee un perfil sociodemográfico similar al estudio MINSAL. Pese a los esfuerzos mediáticos, la campaña poblacional no ha conseguido igualar a países desarrollados en el conocimiento de los síntomas y FR de IAM y ACV, sin embargo ha logrado mejorar el nivel basal. La atención primaria de salud tiene un rol fundamental en la educación a través de los controles de salud. Además, a la luz de la presente evidencia, la estrategia educacional focalizada es eficiente, transversalmente a las características de la población, en la transmisión de información sanitaria a la comunidad a mediano plazo, pero requiere esfuerzos sistemáticos y equipos motivados.

Tabla 1. Reconocimiento de los síntomas de IAM y ACV previo y posterior a intervención educativa.

Síntoma	IAM	
	Previo	Posterior
	% personas que lo reconocen	% personas que lo reconocen
dolor de pecho	74.7 (n=65)	90.8 (n=79)*
dolor en brazos u hombros	20.7 (n=18)	59.8 (n=52)*
dolor en mandíbula, cuello o espalda	9.2 (n=8)	35.6 (n=31)*
disnea	41.4 (n=36)	66.7 (n=50)*
debilidad o mareo	24.1 (n=21)	55.2 (n=48)*
Síntoma	ACV	
	Previo	Posterior
	% personas que lo reconocen	% personas que lo reconocen
parálisis/paresia facial súbita	17.2 (n=15)	52.9 (n=46)*
parálisis/paresia súbita de un brazo	16.1 (n=14)	54.0 (n=47)*
alteración súbita del lenguaje	18.4 (n=16)	64.4 (n=56)*

*diferencia estadísticamente significativa ($p<0.05$)

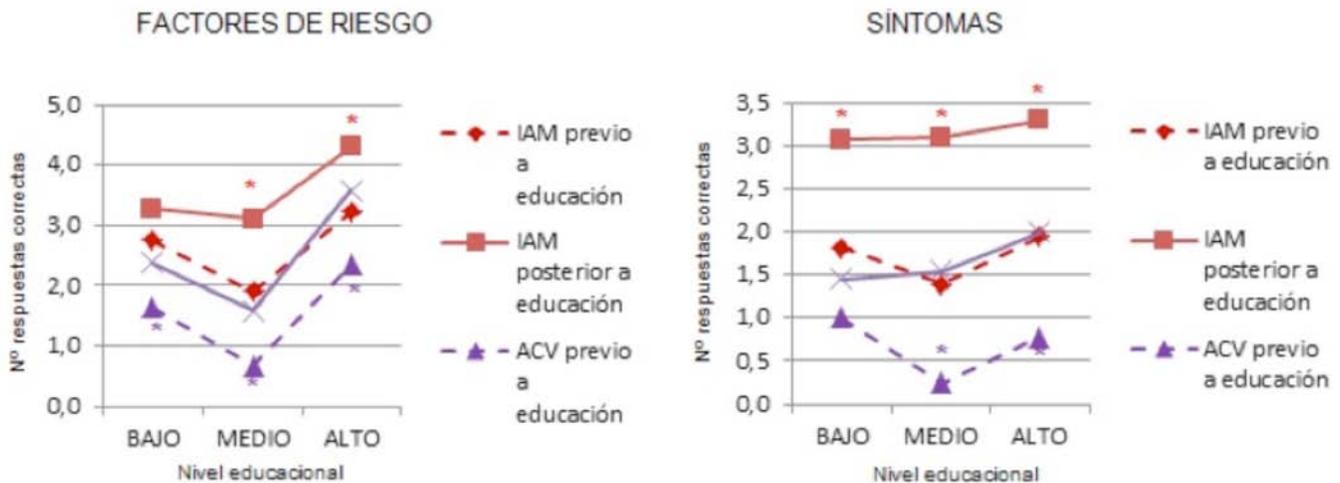


Tabla 2. Reconocimiento de los FR de IAM y ACV previo y posterior a intervención educativa.

		IAM		ACV	
		Previo	Posterior	Previo	Posterior
Factor de Riesgo		% personas que lo reconocen			
MAYORES	Edad	9.2 (n=8)	11.5 (n=10)	3.4 (n=3)	5.7 (n=5)
	Sexo	1.1 (n=1)	4.6 (n=4)	5.7 (n=5)	9.2 (n=8)
	Antec. personal/familiar de ECV	12.6 (n=11)	16.1 (n=14)	6.9 (n=6)	6.9 (n=6)
	Tabaquismo	29.9 (n=26)	58.6 (n=51)*	18.4 (n=16)	32.2 (n=28)*
	Hipertensión	18.4 (n=16)	34.5 (n=30)*	25.3 (n=22)	47.1 (n=41)*
	Diabetes	4.6 (n=4)	13.8 (n=12)*	3.4 (n=3)	13.8 (n=12)*
PREDISPONENTES	Dislipidemia	21.8 (n=19)	28.7 (n=25)	11.5 (n=10)	24.1 (n=21)*
	Obesidad	58.6 (n=51)	73.6 (n=64)*	11.5 (n=10)	32.2 (n=28)*
	Sedentarismo	54.0 (n=47)	62.1 (n=54)	17.2 (n=15)	27.6 (n=24)
OTROS	Dieta poco saludable	35.6 (n=31)	44.8 (n=39)	11.5 (n=10)	24.1 (n=21)*
	Factores psicosociales	10.3 (n=9)	3.4 (n=3)	21.8 (n=19)	9.2 (n=8)*

*diferencia estadísticamente significativa (p<0.05)

Figura 1. Nivel de conocimientos de factores de riesgo y síntomas para IAM y ACV según nivel educacional.



*diferencias antes y posterior a módulo educativo estadísticamente significativas.



INV - 002

Asociación de estilos de crianza con sobrepeso y obesidad en niños de Puente Alto.

Autores: **Trinidad Rodríguez Infante**, Pamela Llantén Aroca. DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR, ESCUELA DE MEDICINA, UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE; CENTRO DE SALUD FAMILIAR ANCORA SAN ALBERTO HURTADO, PUENTE ALTO, CHILE

Introducción: Chile es el sexto país con más obesidad infantil a nivel mundial, la que se asocia a enfermedades crónicas en etapa adulta. Tradicionalmente, su tratamiento se orienta a intervenciones sobre dieta, actividad física y familia. Las intervenciones sobre la última se centran en aspectos puntuales de la conducta de los cuidadores, y sus efectos no siempre se mantienen en el tiempo. Este estudio propone su abordaje desde una perspectiva más amplia, que involucre todo el espectro de interacciones entre padres e hijos, interviniendo sobre estilos de crianza; lo que podría influenciar sobre estilos de vida más saludables.

Los estilos de crianza se clasifican de acuerdo a dos dimensiones (sensibilidad y exigencia) en autoritativo, autoritario, permisivo y negligente. El autoritativo se considera el ideal, y existen estudios que lo correlacionan con mejores resultados en los niños, a largo plazo, en relación a menor prevalencia de síntomas depresivos, mejor capacidad de autorregulación, mejor rendimiento escolar, menor involucramiento en conductas de riesgo y, eventualmente, menor riesgo de sobrepeso y obesidad.

Objetivos: Identificar estilos de crianza en padres de niños de la comuna de Puente Alto. Comparar estilos de crianza de niños normopeso versus niños con sobrepeso y obesidad.

Materiales y métodos: Estudio piloto cuantitativo transversal de una muestra de 390 niños entre 3 y 12 años que asisten a jardines infantiles y colegios de Puente Alto. Estudio piloto porque hasta el momento no se dispone de datos que estimen la prevalencia de cada estilo de crianza en la población chilena, por lo que para efectos del estudio se asumirá una distribución homogénea de éstos en la población (25% cada uno). Este tamaño muestral se calculó asumiendo un error α de 0.05 y un intervalo de confianza de 95%

Se medirá peso y talla en niños (variable dependiente) y su cuidador principal por personal calificado, usando pesa y estadiómetro portátiles. Al cuidador principal se le aplicarán encuestas para identificar estilo de crianza (Parenting Dimensions Inventory [PDI] - Short Version) y variables confundentes (datos demográficos, depresión, funcionamiento familiar) (variables independientes).

Se compararán las variables utilizando un análisis univariado para cada una, y, posteriormente, un análisis multivariado con aquellas variables que al momento de enrollar resulten relevantes, y que en el análisis previo univariado resulten estadísticamente significativas. Los datos se analizarán con el programa estadístico SPSS 15 con asesoría de estadísticos del Centro de Investigaciones Médicas de la Universidad Católica (UC).

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética UC y se cuenta con la autorización de la Corporación Municipal de Puente Alto para la recolección de datos en jardines infantiles y colegios de la comuna. Los padres han firmado consentimiento informado para su participación en el estudio, y los niños mayores de 7 años, asentimiento. El estudio fue financiado por la Dirección de Investigación de la Escuela de Medicina UC.

Resultados: Pendientes. Con respecto a los avances, se consiguió la versión en español, validada en población mexicana, de la encuesta PDI, y se hizo su adaptación lingüística en población chilena. Se inició la recolección de datos en abril 2015, habiendo reclutado hasta ahora el 30% de la muestra. Se extenderá la recolección de datos hasta septiembre 2015, para tener resultados definitivos para octubre 2015.

Conclusiones: Determinar la existencia de asociación entre estilos de crianza e IMC en niños podría dar pie a intervenciones preventivas de sobrepeso y obesidad, enfocadas en desarrollar determinados estilos de crianza en los padres, y generando prácticas globales de vida saludable que se mantengan en el tiempo.



INV - 003

Atención centrada en la persona: experiencia de usuarios de CESFAMs del área sur-oriente de la Región Metropolitana de Santiago.

Autores: **Angelina Doís Castellón**, Aixa Contreras Mejías, Paulina Bravo Valenzuela, Isabel Mora Melanchthon, Gabriela Soto Pimentel, Claudia Solís Deza. ESCUELA DE ENFERMERIA UC; MEDICINA FAMILIAR CENTRO MEDICO SAN JOAQUIN UC; MEDICINA FAMILIAR CENTRO MEDICO IRARRÁZABAL UC.

Introducción: El fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud es un elemento clave de la reforma del sistema de salud chileno. Uno de los principios irrenunciables del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario es la atención centrada en las personas, pero éste no es un atributo de un proveedor u organización sino que debe definirse a partir de la experiencia del usuario.

Objetivo: Describir la opinión de usuarios de Centros de Salud Familiar respecto de los elementos que debe considerar la atención en salud centrada en el usuario.

Materiales y método: Se presentan datos que corresponden a la fase cualitativa del proyecto FONIS “Construcción de indicadores de evaluación de los principios que orientan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en el ámbito de la Atención Primaria en Salud a través del método Delphi”. (SA14ID0025)

Universo y muestra: usuarios de Centros de Salud Familiar de las comunas de La Florida y La Pintana. Muestreo por conveniencia. Criterios de inclusión: mayor de 18 años, atendido en el mismo CESFAM durante al menos 2 años, no tener discapacidad o enfermedad grave que impida la adecuada comprensión de las preguntas y manifestación de su opinión o voluntad, querer participar y firmar el Consentimiento Informado. Los datos fueron recolectados entre enero y mayo 2015 a través de cinco grupos focales grabados, con un total de 41 usuarios, utilizando como criterio de finalización la saturación teórica. Para el análisis de las transcripciones se utilizó la metodología de análisis de contenido propuesta por Krippendorff.

La confidencialidad de la información, la autonomía de las participantes y el resguardo de su dignidad se aseguró a través del consentimiento informado aprobado por el Comité- Ético-Científico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile y del Comité de Ética del Servicio Metropolitano Sur-Oriente.

Resultados: En total participaron 10 hombres y 31 mujeres, cuya edad promedio fue de 43.8 años (rango 18 - 78 años). Todos eran usuarios de los mismos centros de atención primaria por 10.78 años en promedio. En relación a la atención centrada en el usuario, los participantes describen dos elementos que para ellos son relevantes:

1. Trato al usuario: esperan que el trato que reciben particularmente de los médicos se caracterice por:
 - a. Acogida: que se establezca una relación que considere conductas sociales básicas, tales como saludar, establecer contacto visual y recibir trato amable.
 - b. Características de la atención: percibir una preocupación genuina por los problemas del usuario (usar un lenguaje comprensible, establecer una relación empática, de confianza y que considere la opinión del usuario).

“Porque además de médico yo quiero que alguien me acoja bien, porque yo vengo a pedir una ayuda, no vengo a vitrinear” / “Hay médicos que usted sale y ni siquiera se dieron cuenta si usted tenía el pelo largo, el pelo corto, si tenía los ojos claros, los ojos oscuros, no se dieron cuenta” / “...y si hay gente amable, empática y... y en una ruca de tres palos para’ yo prefiero ir a la ruca de tres palos...”



2. Fragmentación de la atención. Las experiencias que han vivido los usuarios les hacen entender que el sistema de salud funciona centrado en los problemas y no en las personas.

“... a veces [...], la gente se siente mal, pero el hecho que lo escuchen, que le den un consejo, que se fijen más, que no sea solamente un paciente o un número” / “Para mí el problema grave son los médicos, porque aquí en Chile les han enseñado que en la salud se atiende la pura enfermedad”. / “Los médicos atienden a una pura persona, una enfermedad específica, la que lleva en ese minuto o sea que si uno tiene cuatro enfermedades tiene que tirar al cara y sello cuál le digo al médico”.

Conclusiones: El análisis de los relatos da cuenta de algunas características que para los usuarios se constituyen como relevantes y que están en la misma línea de lo planteado por estudios internacionales en el área. Parece prioritario intencionar el trabajo con los equipos de salud para alcanzar niveles de satisfacción usuaria altos como una forma de fortalecer el modelo de salud vigente.



INV - 004

Caracterización del tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos y diabéticos del programa de salud cardiovascular en Cesfam Juan Pablo II, San Bernardo

Autores: **Gonzalo Arce Palma**, Marisol Pinto Céspedes, Felipe Vivallo Aravena. CESFAM SAN JUAN PABLO II, SAN BERNARDO

Introducción: Muchas veces el ímpetu que se genera en los funcionarios de la atención primaria de salud por cumplir las metas sanitarias impuestas por el ministerio de salud, nos lleva a recurrir a herramientas biomédicas riesgosas como aumentar el número de fármacos por pacientes para lograr la compensación de las enfermedades crónicas. En este contexto, en el paciente adulto mayor, la polifarmacia (descrita por algunos autores como más de 5 principios activos por fármacos) conlleva a mayores tasas de hospitalizaciones asociadas a reacciones adversas a medicamentos y a mayor fragilidad.

Objetivos

General: Describir el tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos y diabéticos del programa de salud cardiovascular (PSCV).

Específico: Cuantificar los fármacos utilizados por pacientes adultos mayores hipertensos y diabéticos del PSCV.

Método: Estudio observacional de corte transversal. Se analizó una muestra de 166 cartolas en el periodo desde Enero a Junio del 2015, de pacientes adultos mayores del PSCV con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 no insulino dependiente (DMNIR) e hipertensión arterial (HTA) compensados y descompensados, sin antecedentes de eventos cardiovasculares previos ni otras patologías crónicas, del Cesfam Juan Pablo II de San Bernardo. Análisis estadístico en base a distribución porcentual. Se calculó el tamaño de muestra con los siguientes parámetros N: 292, DS: 0.5 Z: 95% $p < 0.05$.

Resultados: La edad promedio de los pacientes evaluados fue de 72.6 años. El número de fármacos promedio por paciente fue de 9.2. El promedio de fármacos en pacientes diabéticos no insulino dependiente e hipertensos compensados fue de 11.1. Los fármacos más utilizados fueron glibenclamida (46%), metformina (38,7%) y AAS (6,12%).

El promedio de fármacos en pacientes diabéticos no insulino dependiente e hipertensos descompensados fue de 7.3, los fármacos más utilizados fueron metformina 850 mg (18.6 %), losartán 50 mg (15.5%) y enalapril 10 mg (13.5%)

Conclusiones: Podemos concluir, en base al trabajo presentado, que los pacientes adultos mayores diabéticos e hipertensos tienen un factor de riesgo importante que es la polifarmacia. Si se analizan los fármacos más utilizados, llama la atención que se encuentren los hipoglucemiantes orales en los primeros lugares. Si bien, las metas sanitarias son importantes a nivel de salud pública, no podemos desmerecer la importancia del riesgo de la polifarmacia en el adulto mayor al aumentar la cantidad de fármacos. Debemos como parte del equipo de salud con enfoque biosicosocial, buscar nuevas alternativas en la promoción y prevención, para así lograr los objetivos sanitarios sin aumentar la fragilidad del adulto asociada a la polifarmacia.



INV - 005

DISEÑO DE UN CURSO DE TRABAJO COMUNITARIO APLICANDO LA METODOLOGÍA APRENDIZAJE Y SERVICIO (A+S) EN EL PROGRAMA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR.

Autores: **Carolina González Reyes**, Jaime Camilo Sapag Muñoz de la Peña, María Paulina Rojas Villar, Javiera Martínez Gutiérrez. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

Introducción: Una competencia esperable del Médico de Familia es el Trabajo Comunitario. En diferentes evaluaciones de la residencia de medicina familiar de la Pontificia Universidad Católica de Chile había surgido como un aspecto a mejorar la competencia en el trabajo comunitario de nuestros egresados. Para profundizar el conocimiento comunitario de los Residentes y sistematizarlo, se propone aplicar la metodología de Aprendizaje y Servicio (A+S) que es un servicio solidario destinado a atender necesidades reales y sentidas de una comunidad, el que es protagonizado por los estudiantes y planificado en forma integrada con los contenidos curriculares. A pesar de la gran experiencia y buenos resultados de la aplicación de esta metodología docente en pregrado, existe poca en el postgrado. Específicamente en la residencia de Medicina Familiar hay sólo una experiencia publicada por el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria del Colegio Médico de Wisconsin.

Objetivo: Diseñar un curso de Salud Comunitaria aplicando la metodología Aprendizaje-Servicio dentro de la residencia de Medicina Familiar, para así fortalecer la docencia de Salud Comunitaria, cumpliendo con las competencias exigidas por el programa. Por otro lado, aportaremos también al conocimiento de esta metodología y su aplicación en el postgrado, lo que podrá ser replicado posteriormente por otros programas de postgrado de Chile y el mundo.

Metodología: Se llevan a cabo reuniones de consenso iterativo y se definen 6 etapas para el diseño (definición de competencias, diseño de curso teórico interdisciplinario, formación y capacitación del personal docente, definición de Socios Comunitarios, diseño de momentos de reflexión y evaluación de los residentes).

Resultados: Se definen 7 competencias a adquirir con 3 niveles de profundidad cada una. Se diseña un curso que dura 16 meses en total, semi-presencial (40 horas presenciales y 256 horas a distancia), donde se conforma un equipo docente interdisciplinario de 10 Médicos de Familia, 2 Psicólogos y 3 Asistentes Sociales. El curso teórico tiene 4 sesiones donde, aplicando la metodología de Educación de Adultos, se enseñan los tópicos de Rol de los médicos Familiares en el Trabajo Comunitario, Aproximación a la Comunidad y Gestión de Redes, Levantamiento de las Necesidades Comunitarias, Intervención y evaluación de ellas dentro de la Comunidad. Se diseñan 2 tipos de reflexión (Centrales y Locales). Se definen los Socios Comunitarios con los que los Residentes podrán trabajar. La evaluación de los residentes se realizará a través de un portafolio, el que deberá contener los siguientes documentos adjuntos: Registro de Actividades, Informe de Servicio, Ensayos de Reflexión, Autoevaluación, Evaluación por Pares, Evaluación del Socio Comunitario. Se diseñó una página web, usando como plataforma la red interna de la Universidad. En esta página se mantiene todo el material bibliográfico del curso, se logra la comunicación dentro del equipo docente y los residentes, se tienen los documentos bases y las pautas para las evaluaciones.

Conclusiones: Se logra diseñar un curso inserto dentro del segundo y tercer año de Residencia de Medicina Familiar, usando distintas metodologías, pero donde la metodología de Aprendizaje y Servicios (A+S) es central. Esperamos que con él logremos las competencias definidas en nuestros estudiantes. Se comenzó a Implementar el curso diseñado en Septiembre del 2014 con la primera cohorte de estudiantes (11 alumnos) quienes terminarán el curso en Marzo 2016. Los estudiantes realizaron el curso teórico, han levantado las necesidades del Socio y diseñado una plan de Intervención. Ya se han realizado las reflexiones del primer semestre y se aplicaron las Pautas de evaluación. Se espera evaluar la aplicación de la metodología en Abril del 2016. Para ello se realizarán evaluaciones cuantitativas (% adquisición de competencias por los residentes, encuestas) como también cualitativas (grupos focales de Docentes, Residentes y Socios Comunitarios). La página web creada abre nuevas posibilidades de aplicar esta metodología a distancia, lo que también abre campos de investigación.



INV - 006

Estimación del gasto público en prevención y promoción de salud de enfermedades no transmisibles en Chile.

Autores: **Cristóbal A. Cuadrado Nahum**, José Luis García Fuentes. PROGRAMA DE POLITICAS, SISTEMAS Y GESTION EN SALUD, ESCUELA DE SALUD PUBLICA, UNIVERSIDAD DE CHILE

Introducción: Las enfermedades no transmisibles (ENT) constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial. En cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), estas enfermedades dieron cuenta durante el año 2008 del 63% (57 millones de personas) del total de muertes a nivel mundial, debido principalmente a enfermedades cardiovasculares, diabetes, cánceres y enfermedades respiratorias. En Chile, las ENT representan la primera causa de muerte en la población, concentrando más de un 50% del total de muertes, así como una gran carga de enfermedad para el país. Con el propósito de realizar un monitoreo de la acción del gobierno en la prevención de estas enfermedades y sus principales factores de riesgo, este estudio plantea cuantificar el gasto público destinado a disminuir el impacto futuro de la epidemia de las ENT en Chile.

Objetivos: General: Caracterizar la inversión pública en prevención y promoción de la salud enfocada en las ENT en Chile durante el último año con información presupuestaria disponible (2013). Específicos: a) Explorar las fuentes de información disponibles sobre gasto público en actividades de prevención primaria y promoción de la salud en ENT en diversos ministerios; b) Calcular el gasto público destinado a estas actividades; c) Describir la distribución de este gasto entre los diferentes ministerios y tipos de acciones.

Materiales y métodos: Estudio transversal descriptivo de costeo, utilizando una estrategia bottom-up, con datos de ejecución presupuestaria del año 2013 provenientes de múltiples ministerios. La información fue levantada directamente a través de la consulta a los encargados sectoriales de cada ministerio, con apoyo del Departamento de Economía de la Salud del Ministerio del Salud (MINSAL). Con dicha información se construye un indicador que da cuenta del porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) invertido por el sector público en la prevención de ENT. El indicador se define como el gasto anual ejecutado por el Sector Público en acciones de prevención primaria y promoción en ENT (Enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes mellitus tipo 2) y factores de riesgo seleccionados (consumo de tabaco, sedentarismo, consumo de alcohol, dietas poco saludables), expresado como porcentaje del PIB. Los valores se presentan en moneda nacional (pesos chilenos) del año de estudio.

Resultados: El gasto total realizado durante este período correspondió a M\$215.226.668 equivalente al 0,19% del PIB del país. Acciones de los ministerios de Desarrollo Social, Educación, Deporte, del Interior y Seguridad Pública, Medio Ambiente, Bienes Nacionales, Transportes y Telecomunicaciones, además del Ministerio de Salud, responden a actividades que pueden ser consideradas de prevención o promoción. La mayor parte del gasto en acciones de prevención de ENT es realizado por el MINSAL (86%), el cual destina un 3,5% del gasto público total en salud para estos fines. De este, un 86,5% corresponde a acciones incluidas en el Programa de Salud Familiar sobre el cual se calcula el per cápita y los presupuestos transferidos desde el MINSAL a los municipios. Fuera del sector salud, destaca que el Ministerio de Deporte es el que destina la mayor parte de su presupuesto (22,8%) a acciones de prevención y promoción en salud.

Conclusiones: El presente estudio es una primera aproximación para ampliar el seguimiento del gasto en prevención y promoción de ENT, involucrando una perspectiva intersectorial. Según la estimación obtenida, un 3,5% del gasto total en salud, cifra cercana al 3-5% reportado en otros países, y un 0,19% del PIB se destinan a la prevención de ENT, para esta última cifra no existen comparadores en otros lugares del mundo. Sensibilizar al



XVII CONGRESO CHILENO de MEDICINA FAMILIAR

Puerto Varas, CHILE • 15, 16 y 17 de Octubre 2015



extrasector de salud sobre el impacto de sus acciones en la prevención y promoción en salud podría mejorar la calidad de datos sobre gasto público. El gasto municipal resulta un desafío para efectos de este estudio. Evaluar la evolución de este gasto, así como su relación con el gasto en el tratamiento de las consecuencias de estas enfermedades resulta de interés para el futuro, como una estrategia de monitoreo del impacto social, económico y sanitario de las ENT, así como de las acciones que el gobierno realiza para su disminución.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés relevantes con el objeto de este estudio.

Financiamiento: Proyecto financiado por OPS bajo el título “Estudio sobre el cálculo de indicadores para el monitoreo del impacto socioeconómico de las enfermedades no transmisibles en Chile”. Enero - Julio 2015.



INV - 007

Evaluación de la participación ciudadana en el Centro de Salud Familiar “Antonio Varas”

Autor: **Andrés Pérez**, Ingeniero Civil Industrial - Universidad Austral de Chile Puerto Montt - Chile

Introducción: Hoy en día en todos los ministerios se ejecuta por mandato legal (Ley 20.500) mecanismos de participación ciudadana. En el marco de la salud pública, en cada territorio del Estado de Chile se encuentran presentes los Servicios de Salud, una Administración Municipal y Centros de Salud que prestan servicio a una comunidad. Al incorporar a la sociedad en este marco, surgen preguntas acerca de cuáles son los mecanismos de los que obtiene información de la participación ciudadana el Gobierno de Chile, por ende ¿Cómo se mide la participación ciudadana?, ¿Tenemos una participación efectiva?, ¿Cuál es el nivel de participación en la Atención Primaria?. Todas estas preguntas se encuentran sin respuestas actualmente, ya que el Ministerio de Salud no evalúa la participación social por parámetros sociales, sino más bien en una encuesta que pregunta acerca de los procesos de la atención en salud.

Objetivo Principal: Evaluar la participación ciudadana en el Centro de Salud Familiar “Antonio Varas”.

Objetivos Específicos: Levantar información acerca de documentos, encuestas y mecanismos de participación ciudadana. Identificar variables, analizar y diagnosticar los mecanismos de participación y factores que influyen en la gestión de salud e inequidades en el acceso. Diseñar, esquematizar y aplicar la metodología del estudio. Evaluar la participación ciudadana del Centro de Salud Familiar.

Materiales y Métodos: Estudio desarrollado en la Región de Los Lagos, en la ciudad de Puerto Montt, en el Centro de Salud Familiar “Antonio Varas”; Enfoque cuantitativo, del tipo descriptivo-correlacional, no experimental de diseño transeccional; La población del estudio son todos los usuarios inscritos en el Cefsam. Se obtienen dos muestras, una corresponde a los dirigentes sociales que es de carácter tendencial con 21 personas, la restante es representativa con 100 usuarios encuestados. Cada una equivale a diferentes cuestionarios; Las variables del estudio son “gestión en salud” (independiente) que son los objetivos estratégicos del Plan de Salud Comunal 2013-2016 del Departamento de Salud de la ciudad de Puerto Montt, y las “inequidades en salud” (dependiente) que son los principales programas de la Organización Mundial de la Salud; Las herramientas utilizadas fueron encuestas cerradas con aplicación del estadístico chi-cuadrado y el continuum de participación ciudadana de Kennedy Stewart.

Resultados: Un 60% de las personas encuestadas no conoce la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes; un 71% dice que el Centro entrega una información oportuna y comprensible; el 89% de las personas recibe un trato digno, respetando su privacidad; el 77% dice que el Cefsam se preocupa por ellos; un 78% dice que no existe discriminación en el Cefsam y el 90% de las personas no participa en los mecanismos de participación. Las variables de gestión en salud e inequidades en salud son independientes. El nivel de participación es “Elevado” con un rol de “Asesor” por parte de la comunidad y la efectividad es “Media”. Comparación empírica demuestra que existe relación entre las variables de la hipótesis pero no de manera concluyente.

Conclusiones: Falta de documentos estadísticos acerca de enfoques participativos; Diseño metodológico de la encuesta correspondiente a la hipótesis es de muestra tendencial y con credibilidad, en cambio, el cuestionario aplicado a los usuarios es representativo, pero sin credibilidad; Tendencia de participación de los dirigentes sociales es “regular” en la población de menores de edad y “suficiente” en los adultos mayores; Existe una severa deficiencia en la posibilidad de que los usuarios puedan elaborar las reglas bajo las cuales someter su propia salud.



INV - 008

Interacciones farmacológicas frecuentes en la prescripción de medicamentos crónicos en adultos mayores atendidos en el CESFAM San Vicente, 2010-2015

Autor: **Jorge Pacheco Jara**. CESFAM SAN VICENTE, ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCAHUANO. UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

Introducción: La polimedicación es frecuente de observar en adultos mayores atendidos en forma ambulatoria. Estudios poblacionales realizados en nuestro país informan una proporción creciente de adultos mayores que utilizan 6 o más medicamentos. Este grupo aumentó de un 12,1% el año 2007 a un 18,1% el año 2013. En un estudio realizado previamente en este centro de salud, se dio cuenta que un 21,5% de los adultos mayores investigados utilizan 6 o más medicamentos y que un 19,8% presentan una prescripción potencialmente inapropiada según criterios de Beers 2012. La multimorbilidad frecuente en adultos mayores, asociado a cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos, llevan a la indicación de prescripciones múltiples y complejas que tienen el riesgo de producir interacciones farmacológicas con relevancia clínica.

Objetivo: Caracterizar las interacciones farmacológicas con relevancia clínica en las prescripciones crónicas de adultos mayores atendidos en EMPAM en CESFAM San Vicente entre el año 2010 y 2015.

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal. La muestra está constituida por una selección no aleatoria de 180 sujetos evaluados en Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor en el CESFAM San Vicente desde el año 2010 al 2015. Se consideraron para el análisis variables socio-demográficas como el sexo, la edad y la escolaridad y variables biomédicas como la presencia de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, osteoartritis e hipotiroidismo. Se define como interacción farmacológica con relevancia clínica aquellas interacciones clase D (*considerar modificación terapéutica*) y clase X (*evitar combinación*) según software Lexi-Interact de UptoDate. Se realizaron análisis descriptivos y bivariados (Chi cuadrado). Se consideró como significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: La edad promedio de los AM evaluados es de $74 \pm 7,08$ años. Un 62,2% son mujeres. Un 25,6% tiene 0 a 3 años de escolaridad, un 47,2% tiene 4 a 8 años de escolaridad y un 27,2% tiene 9 o más años de escolaridad. Respecto a las comorbilidades, un 27,8% tiene diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, un 75% tiene diagnóstico de hipertensión arterial, un 11,7% tiene diagnóstico de hipotiroidismo y un 37,2% tiene diagnóstico de artrosis. El promedio de medicamentos utilizados es $3,71 \pm 2,58$. En relación a las interacciones farmacológicas con relevancia clínica, un 15% presentó una interacción clase D y un 3,3% una interacción clase X. Todos aquellos que tenían una interacción clase X, también tuvieron una clase D. A mayor número de medicamentos utilizados, mayor probabilidad de tener una interacción farmacológica con relevancia clínica. En aquellos que utilizaron 0 a 3 medicamentos sólo un 1,2% presentó este fenómeno, en aquellos que utilizaron 4 a 6 medicamentos esto ocurrió en un 14,9% y en aquellos que utilizaron 7 o más medicamentos esto se observó en un 59,3% ($p < 0,05$). Las interacciones clase X más frecuentes involucran el uso de tioridazina (*2 casos, produce QT prolongado*), citalopram (*2 casos, produce QT prolongado*) y carbamazepina (*2 casos, inductor potente de citocromo-P450*). Las interacciones clase D más frecuentes fueron: el uso conjunto de calcio o hierro oral con levotiroxina (9 casos, disminuye la absorción de la levotiroxina), la asociación entre anti-inflamatorios no esteroideos (AINEs) y aspirina (*5 casos, disminuye el efecto anti-trombótico de la aspirina*) y la asociación entre tramadol e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (*3 casos, puede producir síndrome serotoninérgico*). Otras interacciones observadas fueron: el uso conjunto de diuréticos de asa y AINEs (*disminuye el efecto diurético*), la asociación de anticoagulantes orales y aspirina (*aumenta el riesgo de sangrado*) y la prescripción duplicada (*aumenta los efectos adversos, sin mayor beneficio terapéutico*).



XVII CONGRESO CHILENO de MEDICINA FAMILIAR

Puerto Varas, CHILE • 15, 16 y 17 de Octubre 2015



Conclusiones: Las interacciones farmacológicas con relevancia clínica son frecuentes y aumentan de forma no lineal al incrementarse el número de medicamentos utilizados. Un grupo particularmente expuesto a esto son los adultos mayores que utilizan 7 o más medicamentos en quienes estas interacciones se producen en más de la mitad de los casos. Es importante conocer las interacciones farmacológicas más frecuentes en atención primaria, ya que estas pueden ser evitadas espaciando las dosis de los medicamentos o suspendiéndolos. Si bien resultan infrecuentes, las interacciones clase X también deben ser conocidas ya que se asocian a eventos potencialmente fatales como son las arritmias ventriculares



INV - 009

La baja escolaridad de los adultos mayores evaluados en el Minimental abreviado puede llevar a un sobrediagnóstico de demencia en APS.

Autor: **Jorge Pacheco Jara**. CESFAM SAN VICENTE, ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCAHUANO. UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

Introducción: En Chile se realizan anualmente Evaluaciones Médicas Preventivas a Adultos Mayores (EMPAM) que permiten identificar precozmente problemas de salud relacionados con el envejecimiento. Una dimensión evaluada es la función cognitiva a través del test Minimental (MMSE), cuya versión modificada y abreviada están validadas en nuestro país. Diversos estudios han demostrado que este test está fuertemente relacionado con la edad y la escolaridad de los sujetos, razón por la cual se ha sugerido ajustar los puntajes de corte en estos grupos. Asimismo, se sabe que la aplicación conjunta del MMSE con el test de funcionalidad de Pfeffer (PFAQ) permite detectar aquellos casos de alteración de la función cognitiva con discapacidad, aumentando la especificidad y disminuyendo los falsos positivos relacionados con la escolaridad de los sujetos evaluados.

Objetivo: Comparar en adultos mayores chilenos la influencia de la edad y la escolaridad en la alteración cognitiva y en la alteración cognitiva con discapacidad.

Metodología: La muestra corresponde a 1.051 adultos mayores chilenos evaluados en la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Se consideró alteración cognitiva un MMSE <13 puntos y se consideró como alteración cognitiva con discapacidad un MMSE <13 puntos asociado a un PFAQ >6 puntos. La edad y la escolaridad se utilizaron como variables continuas y categóricas ordinales. Se calculó la proporción de alteración cognitiva y alteración cognitiva con discapacidad según rango etario y nivel de escolaridad. Para evaluar la influencia de la edad y la escolaridad se realizaron regresiones logísticas binarias cuyas variables dependientes fueron dos: la alteración cognitiva y la alteración cognitiva con discapacidad. Las variables independientes fueron: la edad en años cumplidos y la escolaridad en años de estudio cursados. Se consideró como estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: Un 12,2% de los adultos mayores tiene alteración cognitiva y un 5,4% tiene alteración cognitiva con discapacidad. La proporción de adultos mayores con alteración cognitiva disminuye con la escolaridad y aumenta con la edad. En aquellos adultos mayores con 0 a 3 años de escolaridad un 19% presentó alteración cognitiva, en aquellos con 4 a 8 años de escolaridad esta cifra disminuyó a un 9,3% y en aquellos con 9 años y más de escolaridad sólo un 6% presentó esta alteración. Esta gradiente disminuyó al evaluar la alteración cognitiva con discapacidad. En aquellos con 0 a 3 años de escolaridad sólo un 7,3% presentaba alteración cognitiva con discapacidad, esta cifra disminuyó a un 4,3% en aquellos con 4 a 8 años de escolaridad y a un 4% en aquellos con 9 años y más. En relación a la edad, la proporción de alteración cognitiva fue de un 7,3% en aquellos de 65 a 69 años hasta un 26,6% en aquellos de 85 años y más. Esta gradiente disminuyó al considerar la alteración cognitiva con discapacidad. Esta proporción fue de un 2,1% en aquellos de 65 a 69 años hasta un 21,5% en aquellos con 85 años y más. En el análisis multivariado se confirman estas relaciones, observándose una asociación directa de la edad con la alteración cognitiva e inversa de la escolaridad con la alteración cognitiva (R^2 Nagelkerke 12,1%, escolaridad OR 0,863 [IC95% 0,813-0,917] $p < 0,01$, edad OR 1,077 [IC95% 1,046-1,109] $p < 0,01$). Al evaluar la alteración cognitiva con discapacidad, la magnitud de la asociación se hace más fuerte con la edad y más débil con la escolaridad (R^2 Nagelkerke 13,2%, escolaridad OR 0,907 [IC95% 0,838-0,981] $p = 0,01$, edad OR 1,113 [IC95% 1,073-1,155] $p < 0,01$).

Conclusión: Se confirma que el test Minimental abreviado está altamente influido por la escolaridad y la edad de los sujetos evaluados. Más de la mitad de los adultos mayores con baja escolaridad que presentan alteración cognitiva en este test no tienen discapacidad. Su aplicación aislada en el EMPAM puede llevar a un sobrediagnóstico de demencia en APS, sobre todo en aquellos sujetos menos escolarizados. Se sugiere complementar este test con cuestionarios de funcionalidad como el PFAQ.



INV - 010

Percepción de pacientes Diabéticos tipo 2 insulino-requirientes al asistir a control grupal: una aproximación cualitativa.

Autores: **Nicolás Salvador López Irribarra**, María Constanza Pavez Saavedra, Carla Gabriela Miranda Herrera, Andrés Alan Vergara Jackson, Fernando Enrique Cortés Báez. CESFAM SAN JUAN, COQUIMBO. UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL NORTE

Introducción: Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se han clasificado como una epidemia en el siglo XXI. Por su parte, la Diabetes mellitus (DM) tipo 2 se asocia con daño micro y macroangiopático, y en consecuencia a éstos, una importante reducción de la expectativa de vida. El manejo de las enfermedades crónicas, incluye la visión interdisciplinaria, requiriendo un modelo de educación en salud diseñado para capacitar a las personas, con la integración de diversas estrategias y técnicas que permitan la movilización comunitaria, consejería y comunicación interpersonal. Esta última, considera las intervenciones interpersonales grupales, como estrategia de aprendizaje social con una atención integral.

Desde el año 2008 en el CESFAM San Juan de la Comuna de Coquimbo, se ha implementado control grupal multidisciplinario para pacientes diabéticos tipo 2 con hemoglobina glicosilada (HbA1c) $\geq 9\%$ usuarios de insulina o que deban iniciar tratamiento con insulina y sus familias. Con el componente educativo, que incluye revisión de estilos de vida, control de hemoglucotest seriado, modificación de dosis de insulina si lo requiere; bajo modalidad de grupo de autoayuda multifamiliar. Acuden a controles grupales hasta lograr HbA1c $< 9\%$, momento en el que se reintegran a sus controles habituales en el CESFAM. Frente a esta modalidad, es necesario desarrollar una investigación que describa las experiencias vividas por los pacientes al asistir a control grupal, para caracterizar el grupo objetivo que es intervenido.

Objetivo General: Describir la experiencia de pacientes DM tipo 2 Insulino-requirientes al asistir a control grupal.

Objetivos específicos:

1. Reconocer la percepción de los pacientes diabéticos tipo 2 al asistir a control grupal
2. Determinar conocimientos adquiridos por pacientes DM2 asistentes a control grupal
3. Reconocer las motivaciones de los pacientes diabéticos para lograr su compensación
4. Reconocer barreras de los pacientes diabéticos para desarrollar cambios conductuales

Materiales y métodos: Estudio cualitativo, con muestreo intencionado, incluyendo a los sujetos diabéticos tipo 2 insulino-requirientes asistentes a control grupal con HbA1c $\geq 9\%$, mayores de 15 años y de ambos sexos, que hayan participado de a lo menos una sesión grupal, en el CESFAM San Juan de Coquimbo. Se seleccionó técnica de grupos focales. Los sujetos fueron reclutados de los mismos grupos de diabéticos, aplicando consentimiento informado previo. Se realizaron 3 grupos focales, buscando saturación teórica. Se obtuvieron un total de 5 temas: Percepción acerca de los controles grupales, grado de satisfacción de los pacientes, conocimientos adquiridos, motivación y apoyo para el cambio de los pacientes, barreras y dificultades para el cambio. Se realizó interpretación de los temas.

Resultados: 1) Percepción: se destaca la capacidad de comparación con los pares, además de experiencias de autocuidado. Valor de normalizar una crisis normativa (adquirir una enfermedad crónica no transmisible) frente a otros con las mismas experiencias. 2) Satisfacción: en ninguno de los grupos se expresaron comentarios insatisfactorios, además expresan la necesidad de que otros puedan ser parte de instancias similares. 3) Conocimiento: expectativa de aprendizaje futuro, importancia de la alimentación, adquisición de conocimientos



específicos, creando planes concretos para cambio en el estilo de vida, autocrítica sobre el manejo, conocimientos técnicos en el manejo de complicaciones, síntomas y tratamiento. 4) Motivación: la familia como base sustancial de los cambios 5) Barreras: Cambios en los hábitos de alimentación y el inicio de insulina como vivencia negativa. Además ambiente negativo que impide en algunas situaciones modificar sus conductas.

Conclusiones: La instancia grupal se presenta como un espacio educativo para generar cambios conductuales en los asistentes, entregando información que permita otorgar el autocontrol a los individuos de su patología. De esta experiencia se destaca la valoración que dan los sujetos al experimentar colectivamente su enfermedad, valorando en el otro la significación y cuidado de la diabetes. Con ello un alto grado de satisfacción usuaria y aumento en los niveles de conocimiento. Falta aún seguir profundizando en la valoración y determinar la importancia de estas instancias en parámetros metabólicos y estudios cuantitativos.



INV - 011

Percepción del Modelo de Salud Familiar en funcionarios/as del CESFAM Jean y Marie Thierry.

Autores: **Katty Ojeda Guerrero**, Ingrid Selle, Pablo Araya Vía, Lucy Granda Mancuello. CENTRO DE SALUD FAMILIAR JEAN Y MARIE THIERRY

Introducción: El proceso de transformación del Centro de Salud a Centro de Salud Familiar se enmarca en una política nacional de Reforma al Sistema Sanitario que releva a la atención primaria como un eje fundamental para mejorar los indicadores epidemiológicos y la calidad de vida de la población.

El nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, hace suyas las demandas ciudadanas, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud antes que aparezca la enfermedad y entregándoles herramientas para su autocuidado y fomentando la intersectorialidad y resolutivez. Para que todos esos objetivos se puedan alcanzar, es indispensable tener un equipo de salud que acoja el desafío, aprender los elementos del cambio y que los introduzca en un sistema en marcha.

Objetivos

General

- Conocer la percepción del equipo de salud del Cesfam Jean y Marie Thierry respecto al Modelo de Salud Familiar

Específicos

- Conocer la percepción de autoidentificación con el modelo de salud familiar.
- Identificar la percepciones de las condiciones temporoespaciales necesarias para ejecutar el modelo de atención.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, realizado en agosto 2015, que incluyó un grupo de 45 funcionarios/as del Cesfam Jean y Marie Thierry (JMT) que cumplieron con los criterios de selección de la investigación.

Se aplicó una encuesta diseñada en base a las guías ministeriales de implementación del Modelo de Salud Familiar, esta encuesta consta de 27 preguntas.

Resultados: Se encuestaron 45 funcionarios/as, la edad promedio es de 35 años, la mayoría es de sexo femenino (77,8%), profesionales 46,6% y la mayoría con 6 años o más en el CESFAM (51,0%).

Se identificó que un 88,9% de funcionarios/as encuestados conoce el modelo de salud familiar y consideran como positivo (71,0%) el funcionamiento del CESFAM en relación al anterior modelo, no significando sobrecarga en el trabajo (57,8%), Un 82,0% de encuestados/as se sienten orgullosos de trabajar en atención primaria, dado que un 75,6% considera que la APS ha permitido su crecimiento personal y profesional, señalando además que un 51,0% siempre se trabaja en equipo, que las funciones, roles y responsabilidades de cada integrante se encuentran claras y que además se otorga continuidad en la atención (77,8%), refiriendo que se otorgan prestaciones como consejerías individuales/familiares en un 75,5%.

La mayoría de los encuestados cree que a veces se trabaja con enfoque bio-psico-social y comunitario (66,7%), a veces se integra la familia en las diferentes prestaciones (64,4%), a veces se acogen las sugerencias de los usuarios (66,7%), no se dispone del tiempo (57,8%) ni del espacio físico necesario para realizar todas las actividades que propone el modelo (40,0%), el CESFAM no provee de suficientes actividades de autocuidado a su personal (46,6%), y la falta de recursos junto con la elevada carga asistencial va en desmedro de la planificación de actividades de promoción y prevención (73,0%), considerando que a veces se entregan guías anticipatorias (51,1%), no se realizan suficientes estudios de familia (33,3%), existiendo un 37,7% desconocen la realización de esta herramienta de salud familiar.



XVII CONGRESO CHILENO de MEDICINA FAMILIAR

Puerto Varas, CHILE • 15, 16 y 17 de Octubre 2015

Conclusiones: La percepción del modelo de salud familiar, su proceso de transformación y el funcionamiento con el actual modelo se considera positiva, existiendo concordancia con la Etapa de Fortalecimiento del CESFAM. Los encuestados en su mayoría se sienten orgullosos de trabajar en la atención primaria y creen que esto les ha permitido su crecimiento personal y profesional.

No obstante, se identifica que el tiempo y espacio físico actuales son insuficientes para ejecutar el modelo, así como la falta de recursos no permite realizar una óptima planificación del equipo, centrándose acciones en lo curativo, en desmedro de la promoción y prevención.



INV - 012

Teledermatología: Experiencia en el CESFAM “Jean y Marie Thierry” de Valparaíso.

Autores: **Manuel Vargas**, Matías Ríos Díaz, Paulo Gnecco Tapia, Fernanda Castro, Luis Cid Barría. CESFAM JEAN Y MARIE THIERRY DE VALPARAÍSO

Introducción: Los problemas dermatológicos constituyen uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria de Salud (APS), correspondiendo al 12,4% de las consultas en Estados Unidos. En Chile este grupo de patologías representa el 4,7% de las interconsultas realizadas a la especialidad.

Desde el año 2009, en el contexto de la Estrategia Digital de Salud, el Ministerio de Salud (MINSAL), inició la implementación de la teledermatología (TD) para dar acceso a atención dermatológica en lugares donde existen menos especialistas. Esta modalidad de atención tiene utilidad diagnóstica y terapéutica avalada por la literatura médica.

En Chile existen pocos trabajos sobre el uso de TD en APS, y tratan sobre la experiencia de su aplicación en comunas rurales de la Región Metropolitana (María Pinto, Talagante, Curacaví e Isla de Maipo), Juan Fernández y Yerbos Buenas (Región del Maule). En general existe buena aceptación usuaria y buenos resultados diagnósticos y terapéuticos.

Por las ventajas descritas en múltiples revisiones de la literatura, las características geográficas de Chile, la importancia de este tipo de patologías en APS como motivo de consulta y la baja cantidad de publicaciones al respecto en Chile, resulta de interés describir la experiencia de su aplicación en un Centro de Salud Familiar (CESFAM) urbano.

Objetivo general: Describir las atenciones dermatológicas realizadas por TD, en cuanto a características clínicas de los usuarios, diagnósticos, terapias ofrecidas, resolutivez en APS, y concordancia diagnóstica y terapéutica entre médicos generales y dermatólogos, en el CESFAM “Jean y Marie Thierry” de la comuna de Valparaíso, entre marzo de 2014 a julio de 2015.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo. Los datos se recolectaron en una base de datos de Microsoft Excel, sobre las variables edad, sexo, diagnóstico y tratamientos realizados por médico general y especialista en dermatología. La descripción de las variables cuantitativas se hizo con media y desviación estándar. Las variables cualitativas se describieron con frecuencia y porcentajes. La concordancia diagnóstica se determinó a través del índice Kappa. El programa de análisis estadístico usado fue Stata versión 13.0.

Resultados: Los diagnósticos más frecuentes por teledermatología son acné (6,3%) y Rosácea (6,3%). Existió concordancia diagnóstica en 53,5% de las consultas entre el médico general y el especialista.

Conclusiones: Existe baja concordancia diagnóstica entre el médico general y el especialista, lo que refleja la complejidad del diagnóstico dermatológico para los médicos no especialistas. Su diagnóstico gracias a esta modalidad permite su manejo en APS.



INV - 013

Uso y abuso de ácido acetil-salicílico(AAS). Avanzando hacia una prescripción racional basada en la evidencia.

Autores: **Julio Parra Cares**, Catherine Navarrete Gallegos, Andrea Hernández Rodríguez. CENTRO DE SALUD FAMILIAR SAN FABIÁN, SERVICIO DE SALUD ÑUBLE, CHILE

Introducción: Los eventos cardiovasculares corresponden a la primera causa de muerte en nuestro país. En este contexto, la clasificación de los pacientes según riesgo cardiovascular es útil para distribuir los esfuerzos proporcionalmente. El AAS es uno de los fármacos más utilizados, tanto en prevención primaria, como secundaria. Su uso está recomendado en pacientes con riesgo cardiovascular alto, documentándose un papel fundamental en la prevención de nuevos eventos. Sin embargo la evidencia de su efectividad en prevención primaria es aún discutida, puesto que su actividad antiagregante debe ser contrapuesta con el riesgo de hemorragias mayores y la creciente evidencia de progresión e inestabilidad subsecuente en placas de ateroma debido a micro hemorragias in situ. Por lo anterior, no hay respaldo de su uso rutinario en pacientes con riesgo cardiovascular moderado o bajo. Con esta indicación restringida, y basados en la actualizada clasificación de riesgo propuesta recientemente por el MINSAL, resulta fundamental revisar su prescripción, en miras de reducir los efectos adversos y entregar una cobertura efectiva a quienes tienen indicación de uso.

Objetivo General: Determinar el perfil de uso(prescripción) de AAS en los usuarios del programa de Salud Cardiovascular del Centro de Salud Familiar San Fabián y contrastar con la indicación propuesta en base al riesgo cardiovascular y otras indicaciones formales.

Objetivos específicos: Determinar la prevalencia del uso de AAS, de usuarios con indicación de AAS sin prescripción y con prescripción de AAS sin indicación.

Materiales y métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo. Se analizaron cartolas y fichas de pacientes con control vigente a junio 2015 pertenecientes al programa cardiovascular del Cesfam San Fabián. Del total de pacientes (n=757), 62% (n=467) correspondieron a mujeres y 38% (n=290) a hombres. Las edades fueron: <20 años 0,9% (n=7), 20-29 años 1,5% (n=11), 30-39 años 5% (n=38), 40-49 años 15% (n=116), 50-59 años 21% (n=160), 60-69 años 24% (n=182), 70-79 años 21% (n=159), 80-89 años 9,8% (n=74) y 90 años y más 1,3% (n=10). En relación a los diagnósticos en control: hipertensión arterial crónica (HTA) 77% (n=582), diabetes tipo II(DMII) 32,8% (n=248), dislipidemia 29,8% (n=226), patología tiroidea 11% (n=84), enfermedad renal crónica (ERC) 11,4% (n=87), estados pre-diabéticos (glicemia ayuno alterada, intolerancia a glucosa oral y/o resistencia a la insulina) 10,9% (n=83), evento cardiovascular previo (SCA, ACV) 6% (n=48) y otras 3% (n=23). En cada paciente se identificaron los siguientes factores de riesgo (FR) cardiovascular: presión arterial >140/90 o HTA en tratamiento farmacológico, circunferencia de cintura (CC) >80 cm en mujer o >90 cm en hombres, obesidad (índice de masa corporal >30 en adulto y >32 en adulto mayor), triglicéridos (TAG) >150mg/dl, Colesterol HDL <40 mg/dl en hombres y <50mg/dl en mujeres, sedentarismo y tabaquismo. En base a los datos obtenidos se calculó el riesgo cardiovascular según las nuevas normas establecidas en el consenso 2014. Posterior a la estratificación, se registró la prescripción de AAS, y las condiciones especiales que podrían avalar su uso a pesar de no tener indicación por riesgo y aquellas que contraindican prescripción.

Resultados: Según la nueva clasificación de riesgo el 61,5% (n=465) resultó alto (RA), 26,4% (n=200) moderado (RM) y 12,1% (n=92) bajo (RB). En el grupo catalogado como RA, 40% (n=188) corresponde a DM II, 16,5% (n=77) ERC etapa 3b a 5,11% (n=52) pacientes con antecedentes de evento cardiovascular previo, 0,4% (n=2) HTA refractaria,



0,2% (n=1) DLP severa (LDL>190). Además, 19,5% (n=91) presenta síndrome metabólico, 4,5% (n=8) fibrilación auricular, 4,5% (n=8) insuficiencia cardíaca, 2% (n=12) hipertrofia ventricular izquierda, 0,4% (n=2) trombosis venosa profunda, 0,4% (n=2) usuario de marcapasos y 0,2% (n=1) tromboembolismo pulmonar. En este grupo el uso de AAS asciende hasta 61,5% (n=286). En el 38,5% (n=179) restante no fue prescrito el medicamento, de los cuales 4,5% (n=8) están en tratamiento anticoagulante oral (TACO), 4,5% (n=8) ha presentado eventos cardiovasculares previos y 0,8% (n=4) tienen contraindicación de uso por: hemorragia digestiva (n=1), úlcera péptica activa (n=2) y hemorragia dental (n=1). En el grupo de RM, 13,5% (n=27) presenta 1 FR, 45,5% (n=91) 2 FR, 39% (n=78) 3 FR y 2% (n=4) 4FR. El 55,5% (n=111) resultó ser usuario de AAS y tan sólo el 44,5% (n=89) no lo usa; Del grupo usuario del fármaco 45% presenta 2FR (n=50), 43% 3FR (n=48), 10,8% 1FR (n=12) y 1,8% 4FR (n=2). El diagnóstico más prevalente fue HTA 100% (n=111), y de los FR: CC alterada 90% (n=100) y edad 75% (n=84), en menor porcentaje: sedentarismo 8% (n=9), TAG> 150 15% (n=17), tabaquismo 3,6% (n=4), HDL alterado 1,8% (n=2) y estados prediabéticos 11,7% (n=13). Además el 0,9% tiene diagnóstico de cáncer (n=1), valvulopatía 2,7% (n=3), bloqueos de rama 1,8% (n=2), insuficiencia venosa 0,9% (n=1), obesidad mórbida 0,9% (n=1) y arritmia crónica 0,9% (n=1). En el grupo de RB tan sólo el 2% (n=2) usa AAS y el 97,8% (n=90) no lo usa. La figura 1 muestra la prevalencia del uso de AAS según grupo de riesgo.

Conclusión: El uso de AAS está indicado en el 61,4% (n=465) de nuestro usuarios. En la práctica 399 personas lo reciben a diario, no teniendo indicación 113, y estando exceptuadas 12 (por TACO o RAM). En síntesis, hay un 22% (n=167) que teniendo indicación formal no lo recibe. Asimismo, se está sobre medicando al 38,6% de las 292 personas que no tiene indicación formal, con los consecuentes riesgos. Entonces, es imprescindible revisar de manera sistemática las indicaciones respaldadas por evidencia y prescripción de AAS en atención primaria, con el fin de evitar abuso y por sobre todo privación de suministro en aquellos que tienen indicación.

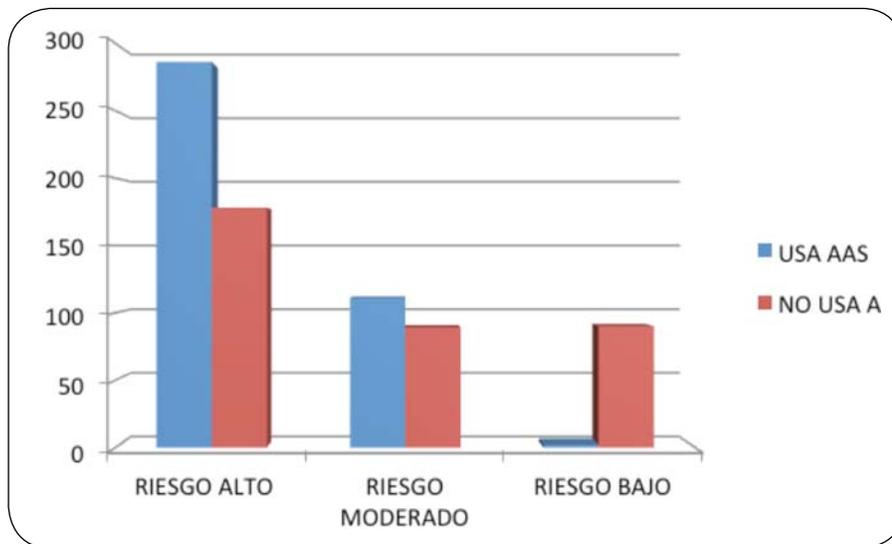


Figura 1.



TRABAJOS LIBRES DE EXPERIENCIA

EXP - 001

TRABAJO DE EXPERIENCIA GANADOR

Resolutividad y pertinencia, un aporte desde la medicina familiar. Experiencia de un médico familiar.

Autores: **Karina Muñoz Navarrete**, Sergio Salazar Cárdenas, Camilo León Véliz, Verónica Sánchez Ulloa, Lorena Aguirre Cabezas. CESFAM DR. ALBERTO ALLENDE JONES, TALAGANTE

Antecedentes: Desde el año 2002 se ha llevado a cabo una reforma de salud, y se ha enfatizado en “Modelo con Enfoque Familiar en la Atención Primaria de Salud”. Esto ha demostrado que se obtienen mejores resultados en salud, menores costos y mayor equidad. A pesar que se ha llevado a cabo esta reforma, y que la literatura avala su beneficio, persisten problemas como resolutividad en manejos de patologías crónicas prevalentes y que abarcan la mayoría de las consultas en APS, y especialmente en nuestro CESFAM Dr. Alberto Allende Jones. La resolutividad tiene relación con un adecuado trabajo en red. Por esta razón el médico de APS además es un gestor ya que tiene que incluir en el proceso diagnóstico y de tratamiento, los convenios disponibles y la red con la que contamos. La maximización en el aprovechamiento de los recursos, determina una mayor satisfacción usuaria y una mejor percepción de acogida por parte del usuario.

En nuestro CESFAM se analizaron las interconsultas generadas, de la atención de morbilidad del año 2013 y los periodos de Enero a Marzo 2014, dónde el total de interconsultas generadas corresponde a un 13,2%, considerando < 10% una buena resolutividad. Con respecto a la pertinencia un 41% de las interconsultas (SIC) generadas a Neurología, un 32,3% SIC a Nefrología un 16 y 15% SIC a Endocrinología y Cardiología fueron no pertinentes y un número considerable de interconsultas, les faltaban antecedentes y exámenes complementarios, para clarificar y apoyar el envío a atención secundaria.

Como un medio de realizar un programa de intervención como centro se complementa este análisis con entrevistas semiestructurada a grupos claves, compuestos por Coordinador médico, Jefe de SOME, Director del establecimiento y administrativos, llegando a la conclusión que el problema continúa siendo, lo que se reflejaba en el análisis de las interconsultas, limitada resolutividad del tratamiento y rehabilitación de patologías crónicas y músculo-esquelética para población del CESFAM Alberto Allende Jones. Dado el análisis anterior se considera relevante y un problema a abordar el tema de la percepción del estamento médico de limitada resolutividad de ciertas patologías crónicas que comprenden un porcentaje importante de las patologías de APS necesarias a dominar y secundariamente mejorar pertinencia en derivaciones.

Objetivos: Mejorar la capacidad resolutiva del equipo médico del CESFAM, contando con una red interna de resolutividad en patologías establecidas según análisis de SIC; Estandarizar el manejo de las derivaciones en el centro de salud familiar Alberto Allende; Unificar criterios de derivación interna y externa; Mejorar pertinencia, Minimizar pérdida de información.

Desarrollo: Para lo anteriormente expuesto es que Médico familiar asume contraloría de SIC (gestión de demanda) con 9 hrs semanales donde revisa en promedio 42 interconsultas diarias, de estar pertinentes las visa según mapa de derivación. Además se destinan 11 hrs semanales a la atención de programa resolutividad que se denominó “Programa Adultos”. A este programa accederán los pacientes derivados por tratantes en base a 5 áreas con mayor debilidad pesquisadas en análisis previo: Cardiovascular, Gastroenterología, Salud Mental, Neurología, Osteomuscular. Realizarán una SIC con destino a medicina familiar, médico contralor egresa del sistema y son entregadas a TENS a cargo de gestionar la agenda y citar a los pacientes ya sea a Ingreso de programa o



XVII CONGRESO CHILENO de MEDICINA FAMILIAR

Puerto Varas, CHILE • 15, 16 y 17 de Octubre 2015

procedimiento (rendimiento 30 minutos) o para control del mismo (rendimiento 20 minutos), dónde el tratante (Médico Familiar) da el alta, deriva a nivel secundario o cita a control según corresponda.

Resultados y/o conclusiones: Del total de interconsultas realizadas con destino a medicina familiar (231 SIC), 44% corresponde a patología osteomuscular, un 23% a patología cardiovascular, un 16% a neurología 4% rechaza atención, 7% no eran pertinentes en su origen y un 6% suma los otros dos ámbitos de derivación (Salud mental y Gastroenterología).

Del total de SIC derivadas (231) se generan 15 SIC a nivel secundario que corresponde a 6,7%.

Con respecto al porcentaje de resolutivez éste disminuye de un 13% a un 6% durante el año de evaluación.



EXP - 002

Almacén de Datos Clínicos en APS (Business Intelligence / Data Warehouse)

Autor: **Eduardo Arenas Castillo.** RED DE CENTROS DE SALUD FAMILIAR ANCORA UC

Introducción: Actualmente la atención primaria Chilena, debe dar cuenta de sus actividades a través de un método de auto informes, entregando informes mensuales, semestrales y anuales al Departamento de Estadística e Información de salud DEIS, a través del Servicio de salud correspondiente a su comuna. Estos Informes, denominados REM (Registro Estadístico Mensual), sufren variaciones al menos una vez al años, algunas de las modificaciones comprenden nuevos datos, eliminación de registros, o desagregaciones de datos existentes en el registro. Los datos solicitados se deben entregar en un formato de archivo electrónico facilitado por DEIS (formato MS Excel xls). Existe un departamento de estadística en cada servicio de salud que consolida la información sectorial. Los registros están ordenados por Programa de Salud, en cada uno de ellos solicitan; las prestaciones otorgadas por programas, poblaciones en control de personas por programa, cantidad de exámenes de laboratorio, radiología, vacunas administradas.

Existen dos modalidades de trabajo, dependiendo el soporte de almacenamiento de historia clínica que posee cada centro de salud; a) ficha clínica en papel. Los centros de salud trabajan en forma manual consolidando la estadística en forma diaria. B) Ficha clínica electrónica. Los datos son almacenados y explotados desde sistemas de base de datos.

De parte de los Servicios de Salud y DEIS, existe soporte, estrategias y técnicas de registro, recopilación y auditoría de datos. Los REM fueron concebidos y son modificados, para un registro y consolidación manual.

La red de centros de salud familiar Ancora UC (RED CESFAM UC). Nace en 2004, con su primer centro de salud familiar CESFAM Madre Teresa de Calcuta, con el cual ha tenido la oportunidad de innovar en nueva metodología de trabajo para afrontar las necesidades de información tanto internas como externas, generando registros exigibles por el Ministerio de Salud de Chile, además de generar nuevas herramientas de datos para gestión por parte de sus directivos. La base de esto es una fuerte y avanzada implantación de sistema, gestión del cambio en el personal, administración basada en procesos, adaptación de procesos manuales a procesos informatizados. Todo esto ha traído consigo el generar un modelo estándar de Centro de Salud Familiar "Consultorio sin papales", el cual fue replicado en 2 nuevos centros de salud (CESFAM Juan Pablo II y CESFAM San Alberto Hurtado), incorporando mejoras en cada uno de ellos. Los centros Ancora son administrados por La Pontificia Universidad Católica de Chile, y su financiamiento es público por medio del sistema de inscritos per cápita de FONASA.

La Red de Centros de Salud Familiar Ancora UC (RED CESFAM UC), cuenta con una unidad de TI denominada Unidad de Gestión de Información (UGI), que provee servicios informáticos y Estadística de la RED CESFAM UC. Cada centro de salud Ancora cuenta con 70 empleados, en total la red tienen 210 Empleados, 9 de ellos son empleados de área informática.

A finales de 2006 con la llegada incorporación de 2 centros de salud, se decide incorporar herramientas analíticas de datos, con muy buenos resultados, disminuyendo errores de cálculo, optimizando los procesos estadísticos, lo que ha permitido conocer de mejor forma las poblaciones de pacientes que se atienden, ajustando los servicios clínicos a las necesidades, distribuyendo la información, listados e indicadores a las personas precisas en el lugar preciso y en el tiempo preciso. Últimamente se han incorporado herramientas de minería de datos al sistema de información, lo que ha permitido tener mayor conocimiento de las cargas de morbilidad de los grupos de pacientes, hacer mediciones de performance clínico con ajustes de riesgo, y en definitiva tener una descripción de la morbilidad muy avanzada lo que facilita el trabajo de los equipos clínicos.



EXP - 003

Armonía de 0 a 14 años

Autores: **Claudia Ramírez San Martín**, María Carolina Aguilera Contreras, Mariella Bagolini Retamal.
CESFAM SAN LUIS, PEÑALOLEN

Los trastornos psiquiátricos son enfermedades frecuentes en la población infanto-juvenil. Dentro de los estudios epidemiológicos, destaca el de Belfer (2009) que estima una prevalencia global de hasta un 20% en menores de 15 años. Ya en el 2005, el estudio ATLAS de la OMS mostraba a los trastornos mentales en niños y adolescentes como un problema importante de salud pública para la cual no hay estrategias desarrolladas. En nuestro país, el Dr. Benjamín Vicente junto a un grupo de especialistas realizaron un estudio clínico multicéntrico en 2002 en niños entre 4 y 18 años, donde la prevalencia general alcanzó al 22,5%, destacándose los trastornos disruptivos (21,8%), trastornos ansiosos (18,5%) y los afectivos (6,1%). En nuestra realidad local, el CESFAM San Luis tenía hasta abril de 2014 un número de derivaciones a nivel secundario o terciario de atención en el año 2013 correspondió a 115 casos y la lista de espera para ingreso a Psiquiatría Infantil llegaba a 287 días, sin contar con una estrategia en nuestro centro para tratar a dichos pacientes de una manera eficaz. Dentro de este contexto, es que se desarrolla el proyecto “Armonía de 0 a 14 años” del CESFAM, como un esfuerzo para mejorar la atención hacia la población pediátrica y fortalecer a la Atención Primaria de Salud.

Nuestro objetivo general consistió en: “Elaborar un Plan de Atención en Salud Mental Infantil innovador y de vanguardia, bajo el modelo de Salud Familiar, donde el foco sea el niño/a y su familia, a través de variadas intervenciones psicoterapéuticas y sociales integrales e integradas, en el sector 1 del CESFAM San Luis, Peñalolén”. Los objetivos específicos fueron los siguientes: a) Mejorar la precisión diagnóstica en salud mental en los niños de nuestro sector, b) Diversificación de diagnósticos, c) Incorporar diagnóstico de la situación familiar y social de los pacientes de nuestro sector, d) Realizar tratamiento específico y resolutivo de psicopatologías y e) Realizar tratamiento oportuno.

Considerando el contexto clínico local y global previamente mencionado, se decidió hacer cambios en la cantidad y calidad de la atención de los pacientes a través de las modificaciones se mencionan a continuación:

1. Inversión de agenda: hubo un aumento protegido de horas de la dupla de salud mental (médico y psicólogo). A diciembre de 2014, la agenda varió de 70% adultos y 30% niños, a 50% para cada población.
2. Flujograma de atención: Dada la gran demanda de ingreso de pacientes pediátricos, se ideó un flujograma que nos permitiera realizar un registro y una priorización de los trastornos mentales por severidad. Se facultó a la Jefa de sector como el profesional encargado de realizar el triage, apoyada por la dupla de salud mental mediante consulta de casos, para luego otorgar las horas a médico o psicólogo. En aquellos pacientes de riesgo severo, se determinó que el ingreso fuera realizado por la misma dupla.
3. Incorporación de otros profesionales: se solicitó la incorporación de enfermera y psicopedagoga, para la educación de los padres sobre manejo conductual y guías anticipatorias; matrona para la disminución del riesgo de embarazo adolescente y de enfermedades de transmisión sexual; y apoyo de nutricionista en pacientes con trastornos asociados a la imagen corporal o aquellos que se manifiestan con cambios en la alimentación.
4. Utilización de nuevo arsenal terapéutico: En la comuna de Peñalolén, el uso de los fármacos para los pacientes en edad pediátrica no estaba regularizado y algunos de ellos no se encontraban en la canasta de prestaciones del CESFAM. Considerando el aumento del número y tipo de diagnósticos, se presentó el proyecto al director del establecimiento y se decidió incorporar arsenal terapéutico a la canasta de prestaciones, con orientación y vigilancia de la Psiquiatra Infantojuvenil con la que realizamos consultorías de casos complejos una vez al mes.
5. Optimización de horas de consultoría: a través de la discusión de casos y consulta de tratamientos, mejorando el rendimiento de la consultoría.



Durante el período de observación de abril a diciembre de 2014, la población bajo control fue de 188 pacientes. Por rango etario, el mayor porcentaje de los pacientes consultantes corresponde al tramo entre 6 y 10 años con un 50%, seguido del tramo entre 11 y 14 años con un 30%. El trastorno por déficit atencional (TDAH) y trastorno emocional son los más prevalentes, con un 29% (50 niños) y 24% (42 niños) respectivamente. Del total de pacientes evaluados, el 37% se encuentra bajo control y el 23% fue dado de alta. En cuanto a los pacientes sin control regular (74 niños), el 48% se encuentra clasificado como inasistente y el 13% abandonó tratamiento. Sobre el tratamiento, solo el 33% de los niños evaluados tuvo indicación de tratamiento farmacológico. Analizando la mejoría clínica, el 44% presentó una mejoría clínica exitosa y el 14% tuvo una mejoría parcial. Sin embargo, al excluir a los pacientes no evaluables y pendientes, el porcentaje de pacientes exitosos aumenta a más del 70% de los casos.

El impacto del proyecto en el CESFAM llevó a su presentación a nivel comunal, con aceptación unánime y en 2015 fue incorporado al plan comunal de Peñalolén, siendo extendido a sus 5 centros de salud familiar.



EXP - 004

Diez años de Trabajo con Familias: una experiencia motivadora

Autor: **Luis Alberto Deza Castro**. CESFAM DE SALUD FAMILIAR LOS CASTAÑOS, LA FLORIDA, SANTIAGO

Introducción: El Trabajo con Familias en Atención Primaria de Salud es, de las actividades que se realizan cotidianamente, una de las más desconocidas y complejas de realizar por los equipos de salud.

Nuestro Centro de Salud Familiar (CESFAM) lleva trabajando con familias una década, durante las cuales la actividad se fué armando, reorganizando y consolidando. Hacer un recorrido temporal por la historia desde el nacimiento del Consultorio a nuestros días, nos ha develado como han influido la participación de los diferentes actores involucrados en su resultado final.

Objetivos:

- Presentar el desarrollo histórico del Trabajo con Familias en el CESFAM Los Castaños.
- Señalar los hitos más importantes que han contribuido a consolidar el Trabajo con Familias en el CESFAM Los Castaños.

Material y método: Se realizaron entrevistas y revisión bibliográfica.

Resultado: Se construyó una línea temporal con los eventos más importantes que influían en el Trabajo con Familias desde el nacimiento del consultorio, tanto a nivel mundial, nacional, comunal y local. Se identificaron aquellos hitos más influyentes en el Trabajo con familias en nuestro CESFAM.

Conclusiones: Orientaciones Técnicas, Programación Comunal y apoyo de la Dirección fueron fundamentales para realizar un Trabajo con Familias coordinado, continuo en el tiempo, con objetivos, metas y evaluaciones regulares.

Lograr equipos de Trabajo con Familias motivados, capacitados, empoderados y conocedores de su población a cargo, implicó un trabajo interno del CESFAM en todas las direcciones: organizacional, mejora continua en calidad, articulación de la red interna e intersectorial y trabajo con la comunidad.

Efectuar un Trabajo con Familias eficiente significó una inversión en capital humano que en nuestro CESFAM se logró con un plan de capacitación continua de los equipos en el modelo.



EXP - 005

EXPERIENCIA “JUNTO A MI PACIENTE”, PRACTICANDO LA MEDICINA FAMILIAR DESDE LAS PRIMERAS AULAS.

Autores: **Francisca Quezada Riquelme**, Eric Martínez M., Julian Peña Herrera, Michelle Thibaut Quezada.
UNIVERSIDAD SAN SEBASTIAN, SEDE CONCEPCION

Antecedentes: “Junto a mi Paciente” consiste en promoción y prevención de la salud en una comunidad de alto riesgo social. Se utiliza a estudiantes de medicina y alumnos de otras carreras relacionadas con el trabajo directo con la comunidad, capacitados previamente por profesionales en conocimientos básicos de índole médica y social a entregar. En Enero de 2014 fueron insertados durante 12 días en la comunidad de Cerro Obligado, Coronel, Región del Bio-Bio, comprendiendo el contexto de vulnerabilidad que rodea a los habitantes de esta zona y como son estos determinantes sociales son los que influyen en la génesis y evolución de la enfermedad.

Objetivos: Se establecieron dos grupos de objetivos:

Comunitario: Educar a la población en riesgo social en promoción y prevención de enfermedades incorporando estilos de vida saludable. Lograr conocimientos para la comprensión y autocuidado de patologías prevalentes, mejorando el desarrollo de éstas.

Con los alumnos: Potenciar en los estudiantes de Medicina el enfoque biomédico social tanto del paciente como de su comunidad, promoviendo el desarrollo de valores que incidan en la comprensión y empatía del paciente. Conocer temas de salud pública y comunitaria previo a su ingreso a práctica clínica. Adquisición de habilidades para una mejora en la relación médico-paciente.

Desarrollo: Se realizaron actividades de preparación tanto con los estudiantes como con el equipo de gestión: capacitaciones previas, hechas por profesionales atingentes, para dar las armas necesarias a los alumnos en su rol de educadores de la comunidad de “Cerro obligado”. Durante la experiencia, se realizó acompañamiento y seguimiento de un paciente crónico por un grupo de alumnos, con la finalidad de entender a cabalidad su patología, su entorno, conocer los factores que determinan la forma de vivir con esta enfermedad y servir de consejeros en la enseñanza directa del paciente. Actividades realizadas: Ferias de promoción y prevención de la salud en lugar altamente concurrido por la comunidad con temas de salud prevalentes: Stand de Salud cardiovascular, Stand de Salud Mental, Stand de Recreación y deportes, Stand Higiene Dental, Stand Alimentación sana y Stand Violencia Intrafamiliar.

Resultados: Se compararon los puntajes de las evaluaciones sobre conocimientos previos y posteriores a la experiencia tanto de alumnos como pacientes objetivos, demostrando un aumento del 46,77% en la respuesta de los alumnos y un aumento del 83,91% en el aprendizaje de la población objetivo.

Se añaden conocimientos y puesta en práctica de enfoque biopsicosocial y trabajo interdisciplinario por parte de los alumnos, añadiendo una gran valoración a la promoción y prevención de la salud como pilar fundamental de la salud pública actual.



EXP - 006

Experiencia del CESFAM San Joaquín en “CURACIÓN AVANZADA EN ULCERAS DE PIE DIABÉTICO” período 2011 -2015

Autores: **Susana Rojas Jashram**, Ximena Candia Corvalán, Ingrid Kremser Ruíz. CESFAM SAN JOAQUIN

Antecedentes: La atención primaria de salud, es una estrategia de atención para la población, enfocada en los principales problemas de salud del país. Este modelo, establece que los centros de salud familiar son establecimientos responsables de dar soluciones efectivas, oportunas y eficientes a las necesidades de salud de las personas y familias. En este contexto, las úlceras del pie diabético representan una complicación grave y costosa. Según la última Encuesta Nacional de Salud la prevalencia de la diabetes en Chile fue estimada en un 9,4% de la población mayor de 15 años, cifra que se estima, se duplicará para el 2030. Aproximadamente un 15% de los diabéticos, sufrirá una úlcera en el pie en el transcurso de la enfermedad y un 85% de las amputaciones de miembros inferiores, viene precedidas de úlcera de pie diabético. La atención inadecuada del pie diabético puede llevar a una de las complicaciones más graves de pie diabético: amputación. Un error común en este tratamiento básico es el método utilizado para la curación, lo que lleva a retraso en la cicatrización. La curación avanzada de las úlceras de pie diabético, asume la aplicación de procedimientos, que permitan lograr una cicatrización permanente y funcional, al facilitar el proceso fisiológico y prevenir o eliminar factores locales, sistémicos o externos que lo alteran, utilizando materiales, dispositivos, apósitos y técnicas adecuadas realizadas sobre las úlceras, que se implementan con el fin de mejorar el tiempo de la resolución de su herida y contribuyendo así, al bienestar físico y mental durante todo el período que dure el proceso de curación y por ende también, en la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo: La implementación de la curación avanzada en las úlceras de pie, responde a una normativa ministerial en la que la enfermera cumple un rol preponderante, en conjunto con los otros integrantes del equipo, para obtener como fin último disminución de amputaciones y por ende, mejorar calidad de vida del paciente. En este trabajo el objetivo es describir el proceso implementado en el Cefsam San Joaquín, como una primera aproximación a posteriores estudios más controlados.

Desarrollo: Para realizar la curación avanzada, se utilizó distintos tipos de apósitos y se consideró los algoritmos de curación avanzada establecidos por el MINSAL. Los pacientes fueron atendidos por el equipo de salud de cabecera y las curaciones de pie diabético en un 100% fueron realizadas por enfermera quien evolucionó en formulario de valoración de úlceras de pie diabético al ingreso de éste; frente a cambios significativos en los avances o retrocesos y al alta del paciente. Se fue tomando registro fotográfico al ingreso del paciente, durante el tratamiento y al alta. Esto permitió involucrar al paciente en su proceso. Se atendieron en este período a 66 pacientes, 33 mujeres y 33 hombres, cuyas edades fluctuaron entre los 29 y 90 años. De estos pacientes, 12 fueron amputados en algunos de sus orfejos. Esta cifra constituye un 18% del total de pacientes que tuvieron úlceras. Cabe destacar que los pacientes amputados presentaban mal control metabólico, 6 de ellos se controlaban en nivel secundario y dos tenían enfermedad arterial oclusiva. En Julio de este año, el SSMS ha hecho entrega de zapatos especiales a los pacientes diabéticos de mayor riesgo de ulceración y estamos a la espera de evaluar el impacto que esto ha tenido en la presencia, ausencia o disminución de la frecuencia de aparición de úlceras de pie diabético.

Conclusión: Los cuidados al pie diabético implican una planificación colaborativa y un trabajo en equipo para valorar, planificar, implantar, monitorizar y evaluar los cuidados con el paciente. La curación avanzada de úlceras de pie realizadas en Cefsam, tiende a mostrar la efectividad de la técnica para mejorar la cicatrización de las úlceras diabéticas de pie. La participación del paciente es un componente esencial de los cuidados de diabéticos con úlceras de pie, para evitar la reaparición de úlceras y estos cuidados deben basarse en métodos centrados en el paciente. Los usuarios atendidos, perciben al equipo del Cefsam, más cercano y atento a sus necesidades, lo que favorece la adherencia a controles y en general a los otros servicios del Centro de Salud. Se necesitan ensayos con muestras mayores y con metodología de tipo estudio controlados para obtener conclusiones acerca del impacto en disminución de amputaciones, costo efectividad, disminución de hospitalizaciones, entre otras.



EXP - 007

GESTION EN REGISTROS ELECTRONICOS RAYEN AL SERVICIO DE LOS SECTORES Y DEL CESFAM EN EL MARCO DE REGISTROS DE CALIDAD.

Autores: **María Alejandra Mansilla Sánchez**, María Isabel Hernández Gárate. CESFAM LAS ANIMAS

Antecedentes: El CESFAM cuenta con ficha clínica electrónica para el 100% de sus registros. El desarrollo del modelo de Salud Familiar definió a un Equipo Gestor para el abordaje de todo el que hacer de cada uno de los CESFAM municipales de la comuna. Entre ellos se encuentra el Gestor de Información quien tiene en sus actividades monitorizar los registros electrónicos a través de sistema Rayen, creación de los perfiles clínicos y administrativos de acuerdo a las actividades que realiza cada funcionario, cautelando que éstos tengan relación con los rem de cada año según DEIS, permitiendo extraer información para evaluar la calidad de los registros por cada funcionario, elaboración de estadística mensual del CESFAM, elaborar estado mensual de metas por sector y CESFAM, tarjeteros electrónico para elaboración de REM de población, elaboración de planillas que den cuenta de la producción del sector y CESFAM en el marco de la gestión local y monitoreo población inscrita. Los registros se encuentran regulados por un Manual de Ficha Clínica y su Manejo.

Objetivo General: Contribuir al mejoramiento continuo de la calidad en un CESFAM a través de la Gestión de los registros clínicos electrónicos para la productividad de acciones en salud y la retroalimentación a los equipos desde la Unidad de Información.

Objetivos Específicos:

- A. Definir y Resguardar los registros clínicos electrónico a través de Manual de Ficha Clínica.
- B. Monitorizar la calidad de los registros en ficha clínica electrónica de cada uno de los funcionarios.
- C. Realizar Informes para la gestión clínica de cada sector y CESFAM aportando en la toma de decisiones.
- D. Elaborar REM mensual y REM de población del CESFAM
- E. Diseñar tarjeteros electrónicos de población bajo control.
- F. Difundir la productividad de las metas por sector y CESFAM.
- G. Monitorizar mensualmente registro de inscritos en Rayen.
- H. Emisión mensual de planillas de gestión a los sectores.

Desarrollo: La gestión de los RCE Rayen parte el año 2007 junto con la instalación del Gestor de la información quién fue desarrollando el sistema para que la información estadística sea extraída de los registros electrónicos y en la Unidad de Información elaboren los diferentes documentos para facilitar la gestión del sector y CESFAM, unificación de criterios de los registros y la información entregada. De esta manera liberar horas clínicas de cada sector que estaban destinadas a realización de rem canalizándose esta actividad en éste gestor.

Resultados y/o conclusiones:

- A. Elaboración de un Manual de Ficha y su manejo en el marco de la Acreditación para Centros de Atención Abierta 2015 y Ley de Derechos y Deberes que regula la Accesibilidad, Seguridad, Oportunidad y Confidencialidad de los registros.
- B. La implementación de la monitorización continua de los registros ha permitido el mejoramiento de la calidad de los registro de cada funcionario, así también las planillas de gestión han aportado en el mejoramiento del cumplimiento de metas.
- C. Se generan listado de usuarios rutificado por sector en base a la población inscrita para el rescate de los usuarios y dar cumplimiento a las metas.



- D. A través de la unificación del registro de las actividades según DEIS se generan REM mensual y de población con datos fidedignos validados por Gestor de la Información.
- E. Cada sector cuenta con tarjetero electrónico infantil, cardiovascular, salud mental y maternal dispuesto en intranet para la elaboración de REM de Población Semestral.
- F. Las metas IAPPS, Sanitarias, CHCC, odontológicas, resolutiveidad, junaeb, audit, etc. son difundidas mensualmente en una planilla Excel que contiene: meta a lograr, productividad por sector, logro actual y brecha, esto permite que cada sector pueda implementar con tiempo nuevas estrategias para el logro de éstas. Para reforzar una vez al mes son presentadas en reunión general del CESFAM.
- G. La monitorización mensual de inscritos permite actualizar la base de datos con datos básicos actualizados de los usuarios para cada corte percápita.
- H. Las planillas mensuales para la gestión de los sectores ha permitido mejorar las metas sectoriales, entre éstas tenemos; planillas de DSM para rescates y seguimientos, cruce de información mensual de controles de crónicos dm v/s realización de Pie diabéticos, planilla de inasistentes por estamento y profesional de forma mensual, nómina de recién nacidos para realización pauta neurosensorial, etc.
- I. La gestión de registros electrónicos desde el Gestor de la información ha favorecido la disminución de horas administrativas, unificación de la información y toma de medidas correctivas a tiempo por parte de los equipos clínicos.



EXP - 008

Implementación del proyecto “Depiladora Amiga” y su repercusión en la comunidad.

Autores: **Andressa Seixas Gulin**, Amanda Carolina Seika, Ana Luiza Reichmann Moreira Pinto, Ana Paula Perin Maia da Silva, Isabella Gil, Isabela Moraes Rego Pereira, Isabela Rot Sans, Lais Nicole Goncalves Panizzi, Mariana Maranhão Chyla, Tatiane Herreira Trigueiro. **UNIVERSIDAD POSITIVO:** R. PROF. PEDRO VIRIATO PARIGOT DE SOUZA, CIDADE INDUSTRIAL CURITIBA. **UNIDAD DE SALUD AUGUSTA:** R. ROBERT REDZIMSKI, CIDADE INDUSTRIAL, CURITIBA, BRASIL.

Antecedentes: El número de exámenes preventivos realizados el año pasado en la Unidad de Salud Augusta, que se encuentra en Curitiba, Paraná, está abajo del recomendado por el Ministerio de Salud, y podemos ver el aumento de la prevalencia del diagnóstico de las enfermedades de transmisión sexual (ETS 's) en la región. Confirmando la necesidad de un nuevo enfoque de la promoción de la salud, se buscó un modo de aumentar el número de evaluaciones, asesoramiento, diagnóstico y tratamiento correcto de estas infecciones. El estudio del comportamiento habitual de las mujeres, sexualmente activas, de origen brasileña, se puede verificar a la realización de procedimiento de depilación íngle realizada en la media una vez al mes. El número de consultas ginecológicas realizadas por mujeres en el mismo grupo de edad es menos de una consulta por año. Para realización del procedimiento depilatorio hay una exposición de la región de la vulva y anal en su totalidad o en parte, es posible que los profesionales que trabajan con esta técnica puedan observar lesiones sospechosas de ETS. Se nota por eso, el gran potencial de estos profesionales en el asesoramiento correcto por la busca de los servicios de salud. Con el fin de capacitación de estas profesionales, el proyecto “ Depiladora Amiga”⁴ aparece en la orientación del reconocimiento de lesiones sospechosas y la indicación correcta a la Unidad de Salud Augusta.

Objetivos: El objetivo es describir la experiencia de “Depiladora Amiga”, proyecto de la Unidad de Salud Augusta, Curitiba, Paraná, y cómo este proyecto puede intervenir de manera beneficiosa en la región mediante el aumento del número de exámenes preventivos en la Unidad de Salud Augusta después de 30 días de intervención.

Desarrollo: La localidad del experimento es que la Unidad de Salud Augusta, perteneciente al Distrito Sanitario Ciudad Industrial de Curitiba, Paraná. La metodología utilizada fue Informe de Experiencia, con el método de Investigación - Acción. Las preguntas de la encuesta fueron aplicadas por los estudiantes de medicina a los profesionales de depilación que pertenecen a la región de la Unidad de Salud Augusta para evaluar cómo era la conducta de estas profesionales antes del proyecto con relación a la observación de una lesión en la vulva y el área anal. Posteriormente ocurrió un curso de capacitación para orientar las profesionales de cómo actuar y encaminar a sus clientes a la Unidad de Salud.

Resultados y / o Conclusiones: El curso de capacitación del Proyecto “Depiladora Amiga” ocurrió el 06/07/2015. En los meses previos al curso, el número exámenes de prevención en la Unidad de Salud fue: Abril / 2015 : 51; Mayo / 2015 : 58; Junio / 2015 : 28. Después de la implantación del proyecto “Depiladora Amiga” fueron realizados 73 procedimientos de acción preventiva. Por lo tanto, hubo un aumento de aproximadamente 60% en comparación con la media de los tres meses anteriores al proyecto.

La experiencia tuvo un gran impacto en las redes sociales, y debido a esto, ganó un artículo en un periódico³ de amplia circulación en la ciudad de Curitiba. El proyecto también se hizo visible al Alcaldía de Curitiba, que está estudiando la posibilidad de implementar el proyecto “Depiladora Amiga” por toda la ciudad.

Referencias:

1) https://www.youtube.com/watch?v=y6J0C_2YTVI

2) <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/projeto-transforma-depiladoras-em-agentes-de-saude-da-mulher-8ip6af0ntuof5ng54jgnqibbo>



EXP - 009

Intervención intercultural en usuarios de salud mental del área urbana de Quellón.

Autor: **Oscar Olivares Gómez.** DESAM QUELLÓN

Antecedentes: El DESAM de Quellón y su Red establecimientos de atención primaria trabajan en base al modelo de salud integral, con enfoque familiar y comunitario, adaptándolo a la realidad local, de alta población y comunidades williche, entre otras características sociodemográficas y geográficas, este modelo toma el nombre de “Modelo de salud familiar, con enfoque intercultural y complementario” (DESAM, 2014).

La asociación de mujeres indígenas Rayen Kuyen desde el año 2006 vienen desarrollando un trabajo de fortalecimiento de salud intercultural, con enfoque de género en la provincia de Chiloé, en base a técnicas de sanación, con una matriz cultural pertinente y con la convicción de mantener vivo el Sistema Médico Ancestral, para así intervenir en algunas enfermedades propias de la cultura, lo que se hace coherente con el Modelo de Salud Familiar con Enfoque Intercultural que desarrolla la Atención Primaria de la comuna, así como con el convenio OIT N°169 y el artículo N°7 de la ley 20.584 (Rayen Kuyen, 2014).

En el segundo semestre del año 2014 el programa de salud mental presentaba 1199 personas en control, de los cuales 112 se registra como pertenecientes a pueblos originarios, lamentablemente en el área urbana no había una oferta de intervención con pertinencia cultural que contará además con evaluación de efectividad.

Objetivos

General

Entregar oferta de tratamiento intercultural en salud mental en conjunto con agrupación Rayen Kuyen.

Específicos

- Llevar una alternativa de salud intercultural a los usuarios de salud mental del sector urbano.
- Cumplir con el artículo N° 7 de la ley de deberes y derechos.
- Realizar una medición de impacto y resultado en las personas beneficiarias.

Desarrollo: En el año 2014 se logra construir de manera conjunta un convenio formal de colaboración entre Rayen Kuyen y el DESAM de Quellón, que articula el trabajo que se venía realizando en las postas de salud rural en el marco de los proyectos PESPI, además de generar esta experiencia de trabajo con usuarios de salud mental del área urbana. Los recursos económicos provienen del convenio de salud mental, además para temas de gestión, transporte, comida y box, se cuenta con el apoyo de la dirección del CESFAM de Quellón.

Los equipos de salud mental de cada sector urbano derivan a usuarios que cumplan con los requisitos y quieran participar, para ello se firma un consentimiento informado. Finalmente quedan 8 personas, 7 mujeres y un hombre, con diagnósticos como depresión, trastornos ansiosos, entre otras. Paralelamente se desarrolla un modelo de evaluación del impacto de estas terapias en las usuarias, se ello se utilizan las Fichas de Evaluación Subjetiva de salud (física, emocional y social) Inicial y Final para terapias complementarias (Leighton y Monsalve, 2013). Además se utilizan instrumentos complementarios según los diagnósticos de las usuarias.

La intervención de salud intercultural comienza en el mes de septiembre, realizando atenciones mensuales hasta diciembre. En el primer control se realiza una entrevista y evaluación con instrumentos mencionados (inicial) y después de la terapia una evaluación final. Se llama por teléfono a las personas que no pueden ser entrevistadas para que den apreciaciones generales de su atención. Las lawentuchefes de Rayen Kuyen entregan terapia con pertinencia cultural, que incluye masajes, hierbas medicinales, ventosas, entre otras.



Resultados y/o conclusiones: Se lograron los objetivos trazados, incorporando de manera efectiva una atención de salud intercultural en el CESFAM de Quellón, en un trabajo coordinado entre Rayen Kuyen y equipos de cabecera y salud mental.

También se logra evaluar el impacto en la salud de 6 usuarias beneficiadas, los principales resultados apuntan a una mejoría notable de la salud general, al inicio todos presentaban una condición “regular” y una “mala”, con un promedio de 16,8 puntos, al finalizar el tratamiento todos pasan logran una “buena” salud con un promedio de 27,8. La evaluación con instrumentos complementarios también arroja resultados positivos, pasando por ejemplo de depresión establecida o ansiedad grave a síntomas casi inexistentes. A nivel de resultados cualitativos la mayoría de los comentarios apuntan a lo beneficioso del tratamiento, la mejoría de la salud y lo importante de que este tipo de estrategias se mantengan en el tiempo. Como resultados extras se aprecian dos altas integrales de salud mental posterior al tratamiento, mejoras en temas como una alopecia areata y acompañamiento efectivo en usuaria con cáncer terminal.

En conclusión, se hace importante seguir desarrollando estrategias de intervención con pertinencia cultural en todos los programas de salud, fortalecer las estrategias de salud intercultural con agrupaciones indígenas, así como evaluar e investigar el impacto de estas actividades en la salud de las personas, familias y comunidades.



EXP - 010

Intervención para el retorno a clases en la Escuela Aliro Lamas, en la fase de recuperación posterior a aluvión que afectó la comuna de Diego de Almagro.

Autores: **Laura Ines Villares**, Rodrigo Alonso Manzano Barrientos. FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

Antecedentes: En el contexto de la situación de desastre ocurrida en el norte del país en el mes de marzo del 2015, secundario a copiosas precipitaciones que causaron desbordes de ríos, desplazamientos de tierra y varios aluviones; residentes de Medicina Familiar de la Universidad de Valparaíso se movilizaron a la zona de catástrofe a prestar apoyo.

La escuela Aliro Lamas de la comuna de Diego de Almagro, funcionó como albergue de damnificados y a la vez como punto estratégico de coordinación de ayuda, donaciones y brigadistas. Al cabo de casi tres meses, la Escuela debe regresar a la rutina de clases y a una supuesta normalidad, aún teñida por un reciente suceso que marcó profundamente la vida de todos los habitantes de la ciudad, con pérdidas humanas, materiales, y el recuerdo muy vívido de una experiencia compleja y dolorosa.

Objetivo General:

- 1.- Desarrollar una intervención colectiva para facilitar el proceso de incorporación a clases de los docentes de la Escuela Aliro Lamas de la comuna de Diego de Almagro durante la fase de recuperación posterior al desastre, en el período de junio y julio del año 2015.

Objetivos Específicos

- 1.- Facilitar la expresión emocional junto con la reflexión individual y colectiva de los docentes ante lo vivido posterior al desastre.
- 2.- Identificar en conjunto herramientas personales y estrategias institucionales para el enfrentamiento del inicio de clases y el apoyo a los alumnos y apoderados.
- 3.- Evaluar posteriormente la satisfacción de los docentes luego de la intervención desarrollada mediante la aplicación de una encuesta estructurada.

Desarrollo: Como parte del apoyo movilizado desde la residencia de Medicina Familiar, se coordina la realización, ya en fase de recuperación del desastre, de un taller destinado a docentes de la Escuela Aliro Lamas próximos al inicio de clases post catástrofe.

La actividad nace de la propia inquietud de docentes y directiva de la Escuela, por el inminente regreso a las actividades académicas, pero manteniendo latente la angustia de lo vivido, las pérdidas, y una situación en general atípica, en una ciudad cubierta de barro y polvo, con escases de agua potable e incorporándose de un desastre natural que cambió para siempre su geografía, fisonomía e historia.

Los profesores de la escuela Lamas solicitan apoyo profesional para sobrellevar el comienzo de actividades laborales, pero principalmente una guía de acompañamiento ante el estrés que significa trabajar con niños que sufrieron la misma realidad.

Se desarrollan dos jornadas de cinco horas de duración cada una, el día 05 de junio y el 10 de julio del 2015, utilizando metodología de educación participativa de adultos y dinámicas de trabajo grupal que promuevan la expresión emocional y la identificación de herramientas personales e institucionales de enfrentamiento, y se concluye con cierre en plenaria.

Resultados y/o conclusiones: Se obtienen resultados satisfactorios en relación a los objetivos, pero más importante aún, en concordancia con la necesidad sentida y manifestada por el cuerpo docente. La organización



XVII CONGRESO CHILENO de MEDICINA FAMILIAR

Puerto Varas, CHILE • 15, 16 y 17 de Octubre 2015



de dos sesiones separadas por un lapso de un mes permitió dar continuidad al trabajo inicial, lográndose una facilitada integración de los profesores al trabajo académico.

En la segunda sesión se pudo evaluar el resultado del primer taller, comprobando de manera cualitativa que la dinámica de expresión emocional, y la identificación de estrategias de afrontamiento en crisis, fueron aportes importantes para los docentes al comienzo de clases.

Durante el trabajo grupal se facilitó la expresión emocional a la cual se le dio sentido colectivo durante las plenarios haciendo énfasis en la reflexión, para posteriormente desarrollar estrategias de enfrentamiento para ésta y eventuales futuras situaciones de desastres

La metodología fomentó la visualización e incorporación de estas herramientas en cada participante, lo cual se evidenció al momento del cierre de la evaluación final de cada sesión.

La respuesta del cuerpo docente a las dos actividades fue positiva con una favorable evaluación tanto de la metodología de los talleres como de los resultados obtenidos a mediano plazo, comprobado mediante la aplicación de una encuesta de satisfacción.



EXP - 011

MOVIENDONOS POR UNA COMUNIDAD SALUDABLE

Autores: **Gertrudis Abarca Navarrete**, Natalia Valdivieso Sierpe. CESFAM, SAN LUIS

Experiencia: Desde el cambio en la manera de visualizar una atención más integral hacia nuestros pacientes, hemos realizado numerosos planes de trabajo, con el fin de crear conciencia, responsabilidad y participación en su cuidado personal y entorno social.

Es por esto, que a lo largo del tiempo enlazamos las necesidades y objetivos de la comunidad con la de los equipos multidisciplinarios, dentro de los cuales destacan factores de riesgo como: sedentarismo, obesidad, patologías osteomusculares crónicas, y cardiovasculares. Visualizando los principales requerimientos y problemas de la comunidad es que diseñamos líneas de trabajo relacionadas, con la prevención y promoción, fomentando la actividad física y estilos de vida saludables, en los distintos grupos etarios a lo largo del ciclo vital, desarrollando la participación social y el empoderamiento de la comunidad hacia el cuidado de su salud.

Objetivos.

- Desarrollar grupos comunitarios empoderados en estilo de vida saludable.
- Intervenir precozmente en estilo de vida saludable y actividad física en prescolares, a través de acción conjunta comunidad escolar y la familia.
- Aportar al manejo integral del enfoque cardiovascular complementando el tratamiento tradicional a la actividad física con base comunitaria
- Mejorar la calidad de vida a través de integración y participación social y/o comunitaria.

Implementación: Nuestra comunidad activa y empoderada trabajaron en conjunto con el equipo de salud en relación a sus necesidades, surgiendo como temas relevantes la promoción a través de hábitos saludables y actividad física y la mejora de la calidad de vida a través de la participación social.

Esto se plasmó en el desarrollo de grupos de actividad física y formación de monitores. Se implementaron talleres ubicados en sedes sociales, jardines y/o capillas de la comunidad. Estos talleres realizan actividades físicas 2 a 3 veces por semana a cargo de una monitora capacitada y supervisados por kinesiólogo, una vez al mes. Cuentan con personalidad jurídica, por lo que pueden postular a proyectos para auto gestión de sus necesidades de mejora de implementación.

Continuando con el trabajo intersectorial y comunitario, el equipo de salud participó en conversaciones con jardines infantiles del territorio, producto de este diálogo se fue construyendo una intervención promocional en niños preescolares; la cual desde el inicio se buscó que lograra integrar a toda la comunidad escolar padres, tías y niños. Esta actividad cuenta con el desarrollo de estilo de vida saludable a través de un modelo de educación para adulto, con actividad física regular programada para prescolares de 3-4 años, realizada 2 veces a la semana con evaluación nutricional trimestral y educación de alimentación saludable a niños(a).

La otra línea de acción surge cuando ampliamos las intervenciones tradicionales del programa de salud cardiovascular con un enfoque integral que incluye actividad física con base comunitaria realizando la actividad 2 a 3 veces por semana con evaluaciones mensuales por nutricionista y enfermera además de su control semestral por médico.

Resultados y/o conclusiones: Actualmente existen 6 talleres autogestionados en la comunidad para 30 pacientes adultos y adultos mayores cada uno, activos hace 15 años y con alta adherencia, realizando actividad física 2 a 3 veces por semana a cargo de una monitora capacitada y supervisados por kinesiólogo, una vez al mes. Cuentan con personalidad jurídica, por lo que pueden postular a proyectos para auto gestión de sus necesidades de mejora de implementación.



XVII CONGRESO CHILENO de MEDICINA FAMILIAR

Puerto Varas, CHILE • 15, 16 y 17 de Octubre 2015



En preescolares se realiza intervención en jardín Ichuac con 40 niños y jardín, Montahue, 40 niños, con la misma metodología. Realizando actividad física 2 veces por semana a cargo de profesor de educación física y evaluación nutricional trimestral. Además intervención con charlas educativas en reuniones de apoderados semestralmente. En cuanto a los talleres de actividad física en pacientes CV se implementó 2 veces por semana, en cuatro horarios disponibles para mejorar acceso, adherencia, y participación de los usuarios. Participan alrededor 40 pacientes y tenemos disponibilidad para 30 por cada sesión.

Dentro de los resultados destacan que los grupos de gimnasia muestran clara mejoría en calidad de vida y participación social, ya que esta actividad no solo se reduce a actividad física específica, sino que es una instancia de interacción e integración social.

En los niños se evaluarán resultados en diciembre 2015 en cuanto a estado nutricional, pero se está observando en ellos el hábito de realizar su actividad física durante la semana.