

I CONGRESO CONJUNTO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y
AGRUPACIÓN NACIONAL DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA
4, 5 y 6 de Octubre 2012

**UNIDOS
DEJANDO HUELLAS
CREANDO FUTURO**

Libro de Resúmenes



Médicos de
Atención Primaria



Sociedad Chilena de Medicina Familiar

CONGRESO CONJUNTO
XIV CONGRESO CHILENO DE MEDICINA FAMILIAR
IX CONGRESO NACIONAL DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

ÍNDICE

- Pág. 05 TI-01 ¿Qué atributos del Modelo de Salud Familiar priorizan los usuarios del Centro Médico San Joaquín?
- Pág. 07 TI-02 Análisis de Depresión en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 en CESFAM Lagunillas, Coronel
- Pág. 09 TI-03 Análisis del diagnóstico clínico versus patológico en biopsias realizadas entre junio 2009 y junio 2012 en sala de cirugía menor, cesfam lagunillas
- Pág. 11 TI-04 Análisis del estado nutricional de pacientes con diagnóstico de osteoartritis de rodillas y/o caderas del CESFAM Lagunillas, Coronel
- Pág. 13 TI-05 Análisis Descriptivo de Interconsultas emitidas por Centro de Salud Familiar Cordillera Andina, Comuna de Los Andes. 2011
- Pág. 15 TI-06 Calidad de vida y funcionamiento familiar en niños y adolescentes con SDAH atendidos en el CESFAM Madre Teresa de Calcuta
- Pág. 17 TI-07 Caracterización de las familias de niños(as) con trastorno específico del lenguaje (tel) en una localidad rural de la viii region.
- Pág. 19 TI-08 Caracterización de pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo atendidos en Programa Salud Mental de Cesfam Alcalde Leocán Portus de Talcahuano.
- Pág. 21 TI-09 Comorbilidades cardiovasculares en pacientes portadores de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica según índice paquetes/año fumado Pertenecientes a Cesfam y Consultorio de la Zona Sur de Santiago.
- Pág. 22 TI-10 Comparación del Consumo Máximo de Oxígeno Versus Valores Espirométricos Basales en Estudiantes de Kinesiología de la UST de 20 a 25 años Fumadores y No Fumadores de la Ciudad de Osorno.
- Pág. 24 TI-11 Datos Sociodemográficos y Comorbilidades presentes en una Cohorte de Pacientes Postrados, de un Consultorio de la Octava Región.
- Pág. 26 TI-12 Efectos del Ejercicio Físico en la Funcionalidad de Adultos Mayores Pertenecientes a una Organización Comunitaria del Sector de Ovejería, en Osorno el año 2012
- Pág. 28 TI-13 Estudio Cualitativo de las Condiciones que Influye en la Participación en una intervención Familiar
- Pág. 29 TI-14 Índice de Barthel en cohorte de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

- Pág. 31 TI-15 Lactancia Materna: descripción en un CESFAM.
- Pág. 33 TI-16 Percepción del estado nutricional de mujeres diabéticas e hipertensas del Pscv en el Consultorio número 5 de Santiago
- Pág. 34 TI-17 Perfil de atenciones por patología oftalmológica en SAPU Cesfam Leocán Portus Talcahuano en el año 2011.
- Pág. 36 TI-18 Perfil de derivaciones médicas al nivel secundario de atención, en el Cecosf de Llaullao, comuna de Castro, durante el año 2011.
- Pág. 38 TI-19 Perfil del cuidador de paciente postrado: Escala de Zarit relacionada con el tiempo de cuidador en una cohorte perteneciente a un Consultorio de la Octava región
- Pág. 39 TI-20 Perfil epidemiológico de los pacientes con tele electrocardiograma en comuna rural de Los Muermos, X región. Años 2010-2011. Y caracterización de aquellos que fueron informados como probable isquemia aguda miocárdica
- Pág. 41 TI-21 Perfil y grado de sobrecarga percibida por el cuidador principal del paciente perteneciente al Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa del CESFAM N°4 de Rancagua.
- Pág. 43 TI-22 Prevalencia de síntomas psíquicos y consumo de sustancias en adolescentes escolarizados de la comuna de isla de pascua.
- Pág. 45 TI-23 Prevalencia de tabaquismo y hábitos de consumo en Adolescentes de la Comuna de Algarrobo durante los meses de Mayo - Junio 2012
- Pág. 46 TI-24 Programa de tbc cesfam bellavista: análisis de los últimos 6 años
- Pág. 48 TI-25 Representaciones Sociales de pacientes con diagnóstico de Artrosis y sus Familiares en relación a los Constructos Prácticos de los Médicos de Atención Primaria de Salud
- Pág. 50 TI-26 Salud ental de adolescentes con obesidad en Osorno, décima región, Chile
- Pág. 52 TI-27 Síndrome de Burnout percibido en los profesionales sanitarios del CESFAM SANTA ROSA en Temuco. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS.
- Pág. 54 TI-28 Tendencia de los factores de riesgo cardiovasculares modificables en adultos bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular del Sector Blanco del Centro de Salud Familiar N°4 , Rancagua.
- Pág. 56 TI-29 Tndencias y caracterización espontáneas en el 1° semestre del 2012, en un CESFAM de Puerto Montt
- Pág. 58 TE-01 Diagnóstico participativo comunitario Cesfam Algarrobo 2012, experiencia en salud familiar

- Pág. 60 TE-02 Conversatorio lactancia materna
- Pág. 62 TE-03 Evaluación de la implementación de un programa de atención preferencial para adultos mayores en un centro privado de salud
- Pág. 64 TE-04 Experiencia de atención salud mental integral
- Pág. 68 TE-05 Experiencia de implementación de Teledermatología en 10 Establecimientos de Atención Primaria del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio
- Pág. 68 TE-06 Implementación de una Unidad de Cirugía Menor: Experiencia de 18 meses
- Pág. 69 TE-07 Intervención integral cardiovascular en modalidad grupal
- Pág. 71 TE-08 La inducción en salud mental: el importancia de la información sobre nuestra salud
- Pág. 73 TE-09 La Rehabilitación Pulmonar como herramienta terapéutica para el tratamiento de la EPOC. Experiencia en CESFAM Villa Nonguen
- Pág. 75 TE-10 Realización de Ejercicio Físico en Adultos Mayores de una Organización Comunitaria del Sector Ovejería, Osorno.
- Pág. 77 TE-11 Retinopatía diabética; pesquisa desde la atención primaria de salud
- Pág. 79 TE-12 Salud en tu barrio adolescente 2.0: "Promoviendo la participación social en los jóvenes de nuestros barrios". Experiencia Cesfam San Luis Peñalolén 2012.
- Pág. 81 TE-13 Twitter @medfamiliar de la SoChiMedFam

¿QUÉ ATRIBUTOS DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR PRIORIZAN LOS USUARIOS DEL CENTRO MÉDICO SAN JOAQUÍN?

Autores: **Solís Deza, Claudia**; Mora Melanchthon, Isabel

Trabajo de Investigación Ganador

Introducción:

Las bases conceptuales del Modelo de Salud Familiar (MSF) han sido descritas en múltiples países, si bien su aplicación práctica depende de la organización del sistema de salud a nivel local. Chile cuenta con un sistema de salud mixto público y privado. Estas bases han sido descritas y aplicadas solamente en el nivel público. En los últimos años se han desarrollado proyectos de atención con enfoque familiar a nivel privado, aunque la opinión de los usuarios no ha sido estudiada.

Objetivo General:

Conocer la importancia que le otorgan los usuarios de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) del Centro Médico San Joaquín (CMSJ) a diferentes atributos del MSF, y reconocer cómo los priorizan en distintos escenarios.

Objetivos Específicos:

1. Elegir 5 atributos del MSF para ser priorizados por los usuarios.
2. Diseñar una encuesta para evaluar estos atributos en pacientes de la UMF del CMSJ.
3. Definir distintos escenarios de atención en los cuales los pacientes puedan priorizar estos atributos.
4. Generar propuestas a nivel local para implementar la opinión de los usuarios.

Materiales y Métodos:

Se seleccionaron 5 atributos del MSF dentro de los descritos en la literatura. Utilizando metodología de Análisis Conjunto (Conjoint Analysis) se diseñó una Encuesta para evaluar preferencias de atención de los usuarios de la UMF-CMSJ. Para los cinco atributos se establecieron dos niveles de medición excluyentes entre sí (N1 y N2). El diseño factorial asociado determinó 32 combinaciones distintas de los niveles (25) denominadas "Tarjetas". Cada Encuesta correspondió a la comparación de dos tarjetas elegidas al azar y balanceadas estadísticamente mediante el diseño factorial, de manera tal que estuvieran todas equiprobabilísticamente representadas. Se calculó un tamaño muestral de 91 encuestados con un error estadístico de 8% (verosimilitud 96,6%), considerándose un atributo como pivote. Se eligieron dos escenarios teóricos de consulta (Agudo y Crónico) para evaluar el efecto del contexto de atención en la toma de decisiones. A través de un muestreo por conveniencia se incluyeron pacientes que fueran mayores de 18 años (para los menores alguno de los padres o cuidadores respondía por ellos), con capacidad lecto-escritora y que hubieran sido atendidos previamente por algún médico de la UMF. Se consignaron los datos socio-demográficos de la muestra.

Resultados:

Los 5 atributos seleccionados fueron: Relación Médico-paciente, Accesibilidad, Prevención, Resolutividad y Enfoque Biopsicosocial (pivote). A cada participante se le presentaron dos encuestas en forma aleatorizada, para cada uno de los dos escenarios, agudo y crónico. Se les solicitó que, en cada una de estas cuatro encuestas, eligieran la tarjeta A o B que mejor caracterizara su preferencia de atención de acuerdo al escenario presentado. La distribución sociodemográfica resultante de la muestra fue representativa de la población que se atiende

habitualmente en la UMF. La distribución de los pesos específicos obtenidos por cada atributo se muestra en la Tabla N° 1.

Tabla N° 1: Peso específico (%) de Nivel 1 de cada atributo, según escenario y subgrupo por edad

ATRIBUTO	NIVEL	ADULTOS		NIÑOS	
		Escenario Agudo	Escenario Crónico	Escenario Agudo	Escenario Crónico
Relación Médico-Paciente	N1: <i>Lo atiende el médico que siempre lo ha visto y lo conoce.</i>	23.8	25.7	29	27.5
Accesibilidad	N1: <i>Obtiene hora hoy o mañana.</i>	24.1	18.2	25.4	21.6
Prevención	N1: <i>El médico le comenta aspectos preventivos aunque no se relacionen con su consulta de hoy.</i>	20.6	21.3	18.3	18
Resolutividad	N1: <i>El médico que lo atiende puede resolverle problemas de más de un área de su salud.</i>	27.6	30.5	23.3	28.9

Conclusiones:

Para la estructura organizacional de la UMF, se debe considerar la priorización de los usuarios por los atributos resolutividad y relación médico-paciente en ambos escenarios (agudo y crónico), para diseñar futuras intervenciones.

ANÁLISIS DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS 2 EN CESFAM LAGUNILLAS, CORONEL.

Autores: **Roa A. Felipe**, Sepúlveda C. Sandra, Ramos V. Gisella, Aguilera A. Eliana, Roa A. Rodrigo. CESFAM Lagunillas, Coronel VIII Región.

Introducción:

La diabetes mellitus es una enfermedad que afecta a un alto porcentaje de nuestra población y que debido al estilo de vida actual, continuará aumentando. Lo que traerá como consecuencia un alto impacto tanto para la salud de las personas como para el sistema sanitario.

La depresión es una alteración del estado anímico de la persona, lo cual trae una serie de problemas para quienes son portadores de otras enfermedades de tipo crónica, debido a que al estar afectado el ánimo en forma negativa, influye en varios parámetros, lo que dificulta la compensación de los pacientes, entre ellos la adherencia a tratamiento.

Según las últimas investigaciones existe una alta prevalencia depresión en pacientes portadores de enfermedades metabólicas crónicas.

Objetivo General:

Determinar la prevalencia de trastorno depresivos en población diabética.

Objetivos Específicos:

1. Observar niveles de compensación según hemoglobina glicosilada en pacientes diabéticos con y sin depresión.
2. Evaluar diferencias por género en niveles de compensación, según hemoglobina glicosilada en pacientes diabetes con y sin depresión.

Material y Métodos:

Se realizó estudio descriptivo de corte transversal, para lo cual se utilizó el universo de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus, pertenecientes al Cefam de lagunillas de coronel, que se encuentran en control y tratamiento durante el año 2012. El método realizado fue la revisión de fichas clínicas y tarjetones del programa cardiovascular. Las variables medidas fueron género, edad, hemoglobina glicosilada y presencia del diagnóstico de depresión. Los datos obtenidos se tabularon en programa Excel y los resultados se expresaron en tablas estadísticas y gráficos.

Resultados:

De un total 17915 personas inscritas en el Cefam se estudiaron 735 pacientes diabéticos, cuyo rango edad fue entre 18 y 93 años. Dentro de los diabéticos en control en el PSCV las mujeres equivalen a 64,5% (474/735) y los hombres a un 35,5% (261/735). De la población de diabéticos el 8,02% tiene depresión (59/735), de ellos las mujeres son un 7,48% (55/735) y los hombres un 0,54% (4/735). Del total de pacientes diabéticas, tienen depresión un 11,6%(55/474), en cambio en hombres es de un 1,53% (4/261) En el total de los pacientes diabéticos el promedio de hba1c fue de 7,56, en los diabéticos con depresión el nivel de hba1c fue menor de 7,36 y en diabéticos sin depresión fue levemente mas alto que el promedio de un 7,58.

Respecto al promedio de hba1c por sexo en mujeres fue de 7,54 y en hombres de 7,6. En los pacientes diabéticos con depresión en mujeres fue de 7,31 y en hombres de 7,95. En la población de diabetes sin depresión asociada el promedio de hemoglobina glicosilada fue en mujeres de 7,57 y de 7,59 en hombres.

Respecto a las mujeres diabéticas con depresión un 60% tiene hba1c menor a 7 y las mujeres diabéticas sin depresión un 53,7%. En relación a los hombres diabéticos con depresión un 25% tiene hba1c menor a 7 y los hombres diabéticos sin depresión un 49,8%.

Conclusiones:

1. En pacientes diabéticos hombres hay un subdiagnóstico de depresión 1,53%, siendo lo esperado un 3% de prevalencia de depresión para los últimos 6 meses.. Para mujeres diabéticas ocurre lo contrario tienen depresión un 11,6%, siendo lo esperado un 6% de prevalencia de depresión para los últimos 6 meses.
2. Existe una mayor proporción de pacientes diabéticas en control mujeres (64,5%) que hombres (35,5%), esto se podría explicar porque las mujeres consultan mas en atención primaria, o porque lo hombres trabajan en el horario de atención.
3. Los pacientes con diabetes mellitus sin depresión presentan una hba1c menor (7,36) a los pacientes dm sin depresión (7,58), lo que va contra lo esperado, pero pudiera esperarse por que los pacientes depresivos estén compensados o porque al ser evaluados en el pscv y en programa de S. Mental tienen una intervención mas integral.
4. Sin embargo, al evaluar por género destaca que las mujeres tienen un nivel de hba1c bastante menor que los hombres 7,31 v/s 7,95. Un problema de nuestro estudio fue la escasa cantidad de pacientes diabéticos depresivos hombres (4). Esta situación será materia de un nuevo estudio.

ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO VERSUS PATOLÓGICO EN BIOPSIAS REALIZADAS ENTRE JUNIO 2009 Y JUNIO 2012 EN SALA DE CIRUGÍA MENOR, CESFAM LAGUNILLAS.

Autores: **Sepúlveda Cifuentes, Sandra**; Aguilera Acevedo, Eliana; Ramos Vigueras, Gisella; Roa Adams, Felipe. CESFAM Lagunillas, Coronel

Introducción:

El cáncer de piel es el tumor con mayor incidencia en el mundo. Estos tumores se clasifican en melanomas y no melanomas, produciéndose al año entre 2-3.000.000 de casos de cáncer de piel no melanoma y aproximadamente 132.000 casos melanoma. Los primeros son los más agresivos y más relacionado a la exposición solar. Representa entre el 3% al 5% de los cánceres de piel y afecta por igual a hombres y mujeres. En nuestro país se estima que casi 3 de cada 100.000 hombres y más de 3 de cada 100.000 mujeres lo sufrirán en alguna etapa de su vida. En los no melanomas encontramos: Carcinoma Basocelular es el más frecuente, constituye el 70% de ellas, se encuentra en zonas expuestas al sol, más frecuente en hombres y adultos mayores. También encontramos al Carcinoma Escamoso, el segundo más frecuente, se observa preferentemente en zonas expuestas al sol. En Chile, su incidencia se estima en 9 casos por 100 mil hbtes al año. En Chile el cáncer no melanoma el año 2009 provocó 213 muertes, con una tasa de mortalidad observada de 1.3 por cada 100.000 hbtes. En cuanto al melanoma, produjo 127 muertes lo que representa una tasa de mortalidad de 0.8 por 100.000 hbtes. En la última década se ha observado una disminución de la mortalidad al observarla por grupos de riesgo en alrededor de un 33% en Melanoma y una leve tendencia al alta en la tasa de los Cáncer de Piel en el grupo de adultos mayores, situación esperable debido al envejecimiento de nuestra población.

Objetivo General:

Analizar la concordancia entre diagnóstico clínico y patológico de las biopsias realizadas entre junio 2009 y junio 2012, en CESFAM Lagunillas, en los cáncer de piel.

Objetivos Específicos:

1. Establecer el porcentaje de cáncer de piel diagnosticados por biopsia en CESFAM Lagunillas en los últimos tres años.
2. Establecer características de la población que padece cáncer de piel diagnosticado por biopsia, según edad y sexo en CESFAM Lagunillas.

Material y Método:

Estudio descriptivo de corte transversal mediante la revisión de biopsias realizadas entre junio 2009 y junio 2012, separando los exámenes por diagnóstico clínico, diagnóstico patológico, grupo etario y sexo de los usuarios. Los datos obtenidos se tabularon mediante el programa Excel y los resultados se expresaron en tablas estadísticas y gráficos.

Resultados:

En CESFAM Lagunillas se realizaron durante el periodo de junio 2009 y junio 2012, 43 biopsias a lesiones de piel, de las cuales 5% correspondieron a carcinomas basocelulares, 5% carcinomas escamosos y un 2% a melanoma. En la evaluación clínica se diagnosticaron un 12% de cánceres de piel, que se correlaciona con el diagnóstico patológico también de un 12%. Aunque no se hizo el diagnóstico exacto por nombre de la patología, sí se enviaron las biopsias con diagnóstico de sospecha o malignidad. Del 100% de los cánceres de piel, un 40% fueron carcinomas escamosos, 40% carcinomas basocelulares y en un 20% melanomas. En un 80% se presentó en sexo masculino y 20% femenino. La edad afectada fue en un 80% mayor

de 65 años y corresponden a los casos de carcinoma basocelular y escamoso, el caso de melanoma, se presentó en usuario de 21 años que corresponde al 20 % de lo analizado.

Conclusiones:

La concordancia entre diagnóstico clínico y patológico fue 100%, reflejando que el personal médico posee conocimientos necesarios para diagnosticar en sala de procedimiento lesiones derivadas por otros profesionales. Cabe recordar que los usuarios que acuden a cirugía menor han sido derivados por sospecha o por estética, por lo que se debe insistir en la autoevaluación y consulta oportuna para la detección de estas patologías. La realidad local dista enormemente de las estadísticas del país y del mundo en cuanto a las cifras de estos cánceres, siendo una explicación el reducido tamaño de las muestras analizadas correspondientes a las biopsias realizadas en CESFAM Lagunillas. En cuanto a las características de la población con cáncer de piel concuerda con la tendencia mundial, escamoso y basocelular en personas mayores y melanomas en adultos y jóvenes

ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE OSTEOARTRITIS DE RODILLAS Y/O CADERAS DEL CESFAM LAGUNILLAS, CORONEL.

Autores: **Ramos Viguera, Gisella**; Sepúlveda Cifuentes, Sandra; Aguilera Acevedo, Eliana; Roa Adams, Felipe. CESFAM Lagunillas, Coronel. CESFAM Leocan Portus, Talcahuano. Octava región

Introducción:

La osteoartritis, es un proceso articular caracterizado por la degeneración y pérdida focal progresiva del cartílago hialino articular que se acompaña de una reacción ósea hipertrófica en el hueso subcondral y en los márgenes de la articulación, es la enfermedad articular más frecuente aumentando con la edad y en mujeres, presentando en los mayores de 65 años una prevalencia de 80% en población española.

Las articulaciones más afectadas son: rodilla, cadera y manos. Siendo la localización en cadera y rodilla las que implican la mayor discapacidad en el anciano. Los factores de riesgo para la aparición de Osteoartritis se clasifican en no modificables y modificables, destacando en este último el sobrepeso y la obesidad que también aparecen como factores de progresión de enfermedad.

En Chile en 1992 las personas mayores de 60 años constituían el 9,8 % de la población, aumentando a 11,4% en el 2002 y estimándose alrededor de un 14% para el año 2015, esto asociado al aumento del sobrepeso y obesidad según la encuesta nacional de salud 2010 con 25,1% de la población, conllevará a un aumento en la patología osteoarticular de caderas y rodillas, por lo que el buen manejo de los factores modificables como el sobrepeso y obesidad tendrán un impacto importante en su evolución.

Objetivo General:

Determinar el estado nutricional a través del Índice de masa corporal (IMC) en pacientes con diagnóstico de Osteoartritis de Caderas y/o Rodillas leve y/o moderada de 55 años o más, en Cefam Lagunillas

Objetivos Específicos:

1. Conocer el estado nutricional prevalente de los pacientes controlados en el programa según diagnóstico específico.
2. Clasificar el estado nutricional de pacientes en relación con sexo y grupo étnico.

Material Y Método:

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, a través del análisis de ficha clínica y tarjetón de pacientes controlados en el programa de Osteoartritis de caderas y/o rodillas leve y/o moderada con 55 años o más del Cefam lagunillas, Coronel. Se tomaron los datos del último control realizado desde el año 2010 hasta Mayo del 2012. Las variables identificadas fueron: sexo, edad, peso, talla y diagnóstico.

Análisis estadístico con programa Excel y descriptivo de frecuencia en porcentaje.

Resultados:

Se analizaron un total de 558 pacientes con diagnóstico de artrosis de caderas y/o rodillas leve y/o moderada ingresados al programa AUGE.

Al clasificar según IMC se obtuvo un 0,2% con Bajo Peso (IMC $\leq 18,4$); 13,1% con Rango Normal (IMC 18,5 - 24,9); 34,9% con Sobrepeso (IMC 25 - 29,9); 33,0% con Obesidad Grado I (IMC 30 - 34,9); 12,7% con Obesidad Grado II (IMC 35 - 39,9); 6,1% con Obesidad Grado III (IMC ≥ 40), concentrándose el 86,7% en sobrepeso y obesidad. Del total de pacientes con sobrepeso y obesidad un 83,1% son mujeres.

Del total se presentó un 58,9% con diagnóstico de Osteoartritis de caderas y/o rodillas leve, de estos un 82,4% presenta sobrepeso u obesidad; un 39,8% con Osteoartritis de caderas y/o rodillas moderada, de estos un 92,8% presenta sobrepeso u obesidad; un 1,3% con combinación entre Osteoartritis leve y moderada, de estos un 85,7% presenta obesidad.

Los rangos de edad fluctuaron entre 55 y 96 años, concentrándose un 59,5% en 65 años y más. Entre los rangos de 55 y 64 años un 90,3% presenta sobrepeso u obesidad; entre 65 y 74 años un 87,2% presenta sobrepeso u obesidad; con 75 años y más un 79,8% presenta sobrepeso u obesidad.

Del total de pacientes un 81,5% son mujeres, con una proporción aproximada de 4 mujeres por cada 1 hombre. De estas un 88,4% presentó sobrepeso u obesidad, de los hombres un 79,6% presentó sobrepeso u obesidad.

Conclusiones:

Del total de pacientes controlados en el programa un 86,7% presenta exceso de peso, conservándose similares cifras al analizar por sexo con una diferencia de 8,8%, sin embargo, al analizar el total de pacientes con exceso de peso un 83,1% fueron mujeres cifra que se explica ya que en nuestra muestra existió una proporción de mujeres 4 es a 1 en relación con los hombres. En relación con grupos etáreos definidos, el rango de 55 años a 64 años presentó un porcentaje de 90,3% lo que fue disminuyendo hasta un 79,8% en el último rango, por lo que nuestra población más joven es la que presenta mayor exceso de peso. En relación con el diagnóstico específico de osteoartritis, el exceso de peso aumenta desde un 82,4% en las leves a un 100% en aquellos pacientes con diagnóstico combinado, por ejemplo Osteoartritis de caderas leve y rodillas moderada.

Como observamos se presentó una prevalencia alta de exceso de peso en nuestra población bajo control con cifras superiores a las presentadas en la ENS 2010, por lo que se hace imprescindible el manejo transdisciplinario en nuestros servicios de atención primaria de un factor modificable como es el sobrepeso y la obesidad, tanto para la prevención como para la progresión de Osteoartritis de caderas y rodillas.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE INTERCONSULTAS EMITIDAS POR CENTRO DE SALUD FAMILIAR CORDILLERA ANDINA, COMUNA DE LOS ANDES. 2011

Autores: **Quiroz O., Mariela Dra.(1), Cofré L., Francisco(2)**

(1) CESFAM Cordillera Andina Los Andes (2) Interno Medicina. Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe

Introducción:

Las múltiples consultas que recibe tanto un Médico General o Médico Familiar en atención primaria hacen que estos profesionales, con un perfil de conocimientos amplios, puedan resolver cerca del 80 al 90 % de los problemas de salud de la población; a pesar de esto, es necesario que muchas enfermedades de mayor complejidad sean atendidas por especialistas médicos centros de atención secundaria. El objetivo de la interconsulta será otorgar una atención óptima al problema de salud, indicaciones y Contrarreferencia adecuada al médico de APS, para cuando el paciente retorne al centro de atención primaria, independientemente si el paciente necesite atención total o compartida con el especialista. El Servicio de Salud Aconcagua desde fines de 2010, ha realizado un ordenamiento progresivo del proceso de Referencia y Contrarreferencia de la Red Asistencial, definiendo reglas ajustadas a su situación local e implementando un monitoreo permanente del cumplimiento de las responsabilidades de cada uno de los establecimientos. En este contexto el análisis de la situación de nuestro Centro de Salud, es una importante herramienta de gestión local y una evaluación del funcionamiento de la Red a través de la mirada de la Atención Primaria.

Objetivo General:

Describir las características de las interconsultas emitidas por el CESFAM Cordillera Andina, comuna de los Andes, durante el periodo del comprendido del 1 de Enero 2011 y 31 de Diciembre 2011.

Objetivos Específicos:

Mediante el análisis de las interconsultas emitidas por el CESFAM Cordillera Andina desde el 01 de Enero de 2011 al 31 Diciembre de año 2011 se busca:

1. Describir el tipo de población a la que se le emite una interconsulta;
2. Identificar las especialidades derivadas más frecuentes los Hospitales de referencia;
3. Identificar patologías más frecuentes derivadas a Médico especialista;
4. Conocer los tiempos de espera para ser atendido por Médico especialista.

Materiales y Métodos:

Se realiza un Estudio Descriptivo de corte transversal, utilizando datos cuantitativos sin referencia a identificación de los usuarios del consultorio. Para acceder a esta información fue otorgada la aprobación por la Directora del CESFAM Cordillera Andina. La recopilación de información se realizó obteniendo datos ingresados en la página Web del Servicio de Salud Aconcagua (www.serviciodesaludaconcagua.cl), cuyo acceso es restringido a funcionarios del establecimiento. Los Datos fueron almacenados en planillas Excel y analizados mediante EPI INFO, las variables analizadas fueron: Edad, Sexo, Previsión, Fecha de entrega de interconsulta, Establecimiento de origen, establecimiento de destino, Fecha de salida, Fecha de citación a especialidad, Diagnostico CIE-10, Folio SIGGES. Se eliminaron las duplicadas en RUT y Folio SIGGES. Las Especialidades a derivar en el SSA son 36, las cuales fueron agrupadas en 6 grupos mayores. Para los análisis estadísticas se trabajará con nivel de error menor al 5%.

Resultados:

El total de interconsultas emitidas fue de 3546. Descripción de la población que se le emite interconsulta: 34,97% hombres y 65,03% mujeres. La edad Promedio de los usuarios es de 39,4 años (+ 13,1 años). Al distribuir por los 6 grupos la edad promedio va en aumento, pediatría (5,3 años), ginecología y obstetricia (39 años), dental (45 años), otras (45 años), cirugía (50 años), medicina interna (55 años), en todos los grupos las mujeres tienen más Interconsultas emitidas, excepto en pediatría, donde se invierte esta proporción. Identificación de especialidades y patologías más frecuentes derivadas a Médico especialista: Las interconsultas más emitidas fueron a Oftalmología (14,4%), Ginecología (8,7%) y Traumatología (7,8%). Las especialidades y patologías más derivadas fueron para Medicina Interna: Medicina Interna con un 38,25% (Hipertensión Arterial), Neurología 24,81 % (Cefalea) y Gastroenterología 16,79 % (Síndrome de Colon Irritable sin Diarrea). Para Cirugía: Cirugía Adulto con un 70,76% (Calculo de la Vesícula Biliar sin Colecistitis), Hernia inguinal), Cirugía de Mamas 27,68 % (Mastopatía fibroquística, nódulo mamario). Para Pediatría: Pediatría 64,73%(falta del desarrollo neurológico esperado), Cirugía Infantil 29,9% (prepuccio redundante). Para Dental: Rehabilitación prótesis removible con un 48,84%, Endodoncia 19,53% y Cirugía Maxilo Facial con un 19,53%. Las patologías más frecuentes fueron: Examen Odontológico, Perdida de diente por accidente. Endodoncia y anomalías en posición de dientes. Para Ginecología: multiparidad, menstruación excesiva, mioma intrauterino y incontinencia urinaria. Para las otras especialidades: oftalmología (trastorno de la refracción, 36%), traumatología (gonartrosis, 8%), otorrinolaringología (Presbiacusia, 18%). Conocer los tiempos de espera para ser atendido por Médico especialista: El tiempo de espera promedio de 49,91 días (IC 1,72). El 14,82% de las interconsultas no presentaban a finales de Diciembre de 2011 fecha establecida para citación. El de menor tiempo de espera es Ginecología (17 días), y los de mayor son Dental y Pediatría (61 días).

Conclusiones:

El describir y analizar el perfil de derivación del establecimiento es una importante herramienta de gestión local que para mejorar el nivel de cumplimiento de nuestras normas locales de derivación y permite visualizar nuevos requerimientos para mejorar la resolutivez de la atención primaria, a través de la implementación de nuevas estrategias.

CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON SDAH ATENDIDOS EN EL CESFAM MADRE TERESA DE CALCUTA

Autores: **Velarde Lizama, Macarena**; Moreno Gómez, Gladys; Domínguez de Landa, Angélica. CESFAM Madre Teresa de Calcuta, Unidad de Salud del Adolescente CASR

Introducción:

El síndrome de déficit atencional e hiperactividad (SDAH) es una de las condiciones más frecuentes de salud mental en la niñez y adolescencia, con una prevalencia mundial de alrededor de un 5%.

El SDAH tiene importantes consecuencias, tanto a nivel escolar como familiar, destacando un aumento de conductas de riesgo durante la adolescencia. Al ser una condición que afecta todos los ámbitos de desempeño del niño y adolescente, estos presentan peor calidad de vida que sus pares, lo que ha sido documentado en estudios en Norteamérica y Europa.

En Chile no hay estudios que consignen esta realidad, lo que fue una de las principales motivaciones para esta investigación.

Objetivos:

Describir la relación entre calidad de vida relacionada a salud y variables familiares, individuales y del tratamiento en niños y adolescentes con SDAH atendidos en el CESFAM Madre Teresa de Calcuta.

Materiales y Método:

Es un estudio transversal, cuya población objetivo fueron niños entre 6 y 18 años en control por SDAH en el Cefam Madre Teresa de Calcuta. El estudio se realizó entre Octubre y Diciembre del año 2010, a través de encuestas a niños y padres. Para evaluar calidad de vida se utilizó la Escala calidad de vida (PedsQL 4.0) en su versión de auto-reporte de niños y reporte de padres. Dicha escala consta de 23 ítems, es sencilla de aplicar y está validada en Chile. Se utilizó también el módulo de impacto en la familia (PedsQL 4.0), la Escala de severidad de SDAH (EGDAH IV) y la Escala de valoración familiar (Salufam).

El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Católica y se solicitó consentimiento informado tanto a los niños como a sus padres. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS18.0 y se consideró una asociación significativa con un $p < 0.05$.

Resultados:

Se contactó telefónicamente a 116 pacientes, logrando encuestar a 84 familias (72%), cumpliendo con la muestra requerida.

La calidad de vida percibida por los niños con SDAH y por sus padres en escala de 0 a 100 es menor a la referida para población sana y es considerada como regular (media: 64,7 DS=15,1 y 55,9 DS=15,9 respectivamente). La calidad de vida percibida por los niños tiene una correlación moderada ($r=0.462$) con la percibida por los padres, siendo la percibida por los niños significativamente mejor ($p < 0.001$). Ambos resultados coinciden con lo descrito en otros estudios. No hubo diferencia por sexo o grupo etario.

La Escala de Calidad de vida se correlacionó de manera significativa con la escala de Impacto en la Familia, principalmente en las áreas de funcionamiento emocional del cuidador y en las relaciones familiares.

Una peor calidad de vida percibida por los padres, se relacionó con un mayor puntaje en la escala de severidad de déficit atencional y en un peor rendimiento escolar de los niños.

En las familias que se identificaron como vulnerables según la escala Salufam los niños presentaron peor calidad de vida y esta diferencia fue estadísticamente significativa (61 v/s 52 $p=0,008$).

No se encontró diferencia significativa en Calidad de vida según tratamiento recibido (Apoyo psicopedagógico, apoyo psicológico, medicamentos).

La Calidad de vida fue peor, pero no significativa en niños con otras enfermedades crónicas como asma, rinitis o epilepsia.

Conclusiones:

Los niños y adolescentes con SDAH atendidos en el Centro de Salud Familiar Madre Teresa de Calcuta tienen una peor calidad de vida que la referida para la población sana, afectando principalmente su funcionamiento escolar y psico-social. La calidad de vida percibida tanto por los niños como por sus padres se relaciona principalmente con vulnerabilidad familiar e impacto en la familia, no así con los diferentes tratamientos realizados, lo que nos plantea la importancia de incorporar intervenciones familiares. La calidad de vida es un outcome importante que debiera empezar a cobrar mayor importancia a la hora de planificar y evaluar estrategias de enfrentamiento para los pacientes y sus familias.

CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS DE NIÑOS(AS) CON TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE (TEL) EN UNA LOCALIDAD RURAL DE LA VIII REGION.

Autores: **Riba Stempel, Ana Dra.;** Sepúlveda Aravena, Angela Dra.; Salazar Araneda, Andrea Dra. CESFAM Villa Nonguén y CESFAM San Pedro, VIII Región.

Introducción:

La población de la comuna de Cañete, según datos obtenidos de la encuesta CASEN 2006, alcanza en promedio 8,9 años de escolaridad, la tasa de analfabetismo alcanza un 5,9% y se concentra levemente superior en las mujeres que en los hombres. La localidad de Huillincó se ubica a 5 km al norte de la comuna de Cañete, donde viven aproximadamente 300 familias y es considerada una zona rural.

La prevalencia en T.E.L. es del 2 al 7% y es más frecuente en niños, sin embargo se puede encontrar un factor de género asociado, donde las familias validan con más naturalidad la asistencia de los varoncitos a temprana edad al colegio. Teniendo en cuenta que los casos de TEL tienen como protagonistas a niños de pocos años, un aspecto que debería formar parte de todos los programas de intervención logopédica es el trabajo sobre la familia y sobre sus necesidades habituales, que generalmente incluyen la información sobre el tema y las consecuencias que el problema puede tener en el futuro, el apoyo emocional y el soporte profesional, o el establecimiento de estrategias comunicativas eficaces para interactuar con el niño. Al revisar la literatura no se encontraron estudios que asociaran perfiles familiares con niños portadores de TEL, situación que es importante diagnosticar al momento de generar planes de intervención integrales y personalizadas con estos niños y sus familias.

Objetivo General:

Aproximar un perfil familiar del niño portadores de TEL en una zona rural.

Objetivo Específico:

1. Identificar la escolaridad del cuidador asociados a niños con TEL
2. Identificar la estructura familiar predominantes
3. Determinar factores de riesgo psicosociales para TEL

Material y Método:

Se realizó una evaluación integral por médico de familia, según formulario único de valoración de salud (decreto 170/2010) donde se analizaron en enero 2012 un total de 92 niños, de los cuales 74 contaban con los antecedentes para el estudio. Dicha evaluación se realizó en compañía de uno de los padres o cuidador principal.

Se completó una base de datos, en planilla Excel para el análisis de los datos.

Resultados:

En este trabajo, el cuidador principal corresponde a la Madre en un 75,7% de los casos, mientras que la Abuela, ya sea materna o paterna representa un 20,3%.

En relación a la escolaridad Materna, un 41,1% tiene enseñanza media completa, hay 5 madres con escolaridad superior (8,9%) y no se encontraron casos de madres sin escolaridad. La escolaridad en las Abuelas, es mayoritariamente básica incompleta, en un 40% de los casos. En este grupo de cuidadoras, hay 1 caso sin escolaridad (6,7%).

La estructura familiar es principalmente biparental en un 82,4% de los casos. De ellas el 42,6% corresponde a Familias con Hijos Preescolares, siendo 6 de ellas, familias extendidas (23%).

Se encontraron 9 niños (12,1%) con factores de riesgo Psicosociales: 2 casos de VIF, 2 casos Chile Solidario, 1 preescolar institucionalizado, 1 caso de madre que trabaja fuera de casa, 1 caso de padre fallecido recientemente, 1 niño con padres separados, 1 niño adoptado.

Conclusiones:

Conocer el Perfil Familiar de niños portadores de TEL en una zona rural es de suma importancia al momento de idear planes de manejo. La intervención debe ir enfocada al manejo integral anticipatorio con enfoque biosicosocial idealmente desde el periodo prenatal en las familias caracterizadas. Para este grupo analizado se encontró una mayor prevalencia de TEL en familia biparentales con hijo preescolar con cuidador principal madre.

En general se recomienda que exista un equipo multidisciplinario en la escuela que trabaje en coordinación con el equipo de la red asistencial.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO ATENDIDOS EN PROGRAMA SALUD MENTAL DE CESFAM ALCALDE LEOCÁN PORTUS DE TALCAHUANO.

Autores: **Aguilera Acevedo, Eliana**; López Alarcón, Daniel; Sanhueza Zamorano, Eric. CESFAM Leocan Portus Govinden, Talcahuano.

Introducción:

Los trastornos depresivos son una alteración patológica del estado de ánimo que puede presentarse en cualquiera de las etapas del ciclo vital. Es uno de los trastornos más prevalentes y que más problemas de discapacidad genera en nuestros tiempos, constituyendo un importante problema de salud pública en el mundo. Esta patología posee una alta comorbilidad cursando con otros problemas tanto físicos como psicológicos. Según investigaciones hechas por la OMS en el año 2002, se estimó que 154 millones de personas en el mundo sufren de depresión y que la carga que representan las enfermedades depresivas está en aumento. Según la OMS, para el año 2020, se proyecta que los trastornos depresivos llegarían a ocupar el segundo lugar en la carga global de enfermedades. El estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, efectuado con base en los datos del año 2004, mostró que las condiciones neuropsiquiátricas (23,2%), las enfermedades digestivas (15,8%) y las enfermedades cardiovasculares (12,1%), concentran en conjunto el 51,2% del total de AVISA de la población chilena. En relación a los AVISA por causa específica, la enfermedad hipertensiva ocupa el primer lugar, seguida por los trastornos depresivos unipolares, los que dan cuenta del 4,5% del total de AVISA. Según la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, la prevalencia en Chile de síntomas depresivos en el último año a nivel nacional es de 17,2%, diferenciándose por sexo un predominio femenino con un 25,7% en comparación con los varones que presentan un 8,5%, en un rango etáreo entre los 25 y 64 años en general.

Objetivo General:

Describir la población con diagnóstico de Trastorno Depresivo que se encuentra en control en el programa salud mental de Cesfam Leocán Portus.

Objetivos Específicos:

1. Identificar el perfil de usuarios de atención primaria que se encuentran bajo control por trastorno depresivo en programa salud mental.
2. Identificar comorbilidad y tipos de patologías crónicas y psiquiátricas de los usuarios.
3. Identificar la relación entre severidad de la depresión y el estado nutricional de los usuarios.
4. Establecer una relación entre severidad de la depresión y comorbilidad crónica y psiquiátrica de los usuarios.

Material y Método:

A través de un estudio descriptivo de tipo transversal se analizó el total de pacientes atendidos en Cesfam Alcalde Leocán Portus en el programa de salud mental con diagnóstico de trastorno depresivo desde Junio del 2011 hasta Junio del 2012, recopilando la información desde el tarjetero de control de salud mental y ficha clínica de nuestros usuarios. Las variables utilizadas fueron diagnóstico (clasificado en leve, moderada y severa), edad, sexo, nivel educacional, actividad que desempeñan, estado civil, estado nutricional (a través de cálculo de Índice de Masa Corporal), tratamiento indicado para la depresión (diferenciado entre psicoterapia, farmacoterapia o tratamiento mixto), comorbilidad crónica (consignándose patologías tales como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus 2, Dislipidemia, Hipotiroidismo, Intolerancia Glucosa, Resistencia Insulina, Epilepsia, Artrosis y Parkinson) y comorbilidad con

otras patologías psiquiátricas (Violencia Intrafamiliar, Trastorno por Estrés-Postr Traumático, Trastorno de Personalidad, Intento de Suicidio, Consumo de Alcohol y Drogas, Síndrome del Cuidador, entre otras). Posteriormente los datos fueron tabulados y analizados con la ayuda de software Microsoft Excel.

Resultados:

De un total de 312 usuarios, un 15,7% corresponde a hombres y un 84,2% a mujeres, en un rango etáreo entre 13 y 87 años, con un promedio de 47 años. Se destaca que de la población estudiada, un 47,4% refiere encontrarse casado, un 29,1% soltero, un 12,8% separado de hecho y un 7,6% viudo. En relación a la severidad del diagnóstico, el 7,3% correspondería a depresión leve, 86,2% a depresión moderada y un 6,4% a depresión severa. La actividad que más desarrollan los pacientes corresponde a "dueña de casa" con un 41,9% y trabajo dependiente con un 29,4%. En la escolaridad, destaca un 32,6% con los estudios hasta enseñanza media completa, seguido por un 17,9% de usuarios con enseñanza media incompleta. En el tipo de tratamiento que mantienen, un 23,7% mantiene solo psicoterapia, un 6,7% solo farmacoterapia y un 68,9% a tratamiento mixto. En la comorbilidad con patologías crónicas, podemos destacar que un 30,4% están en tratamiento por Hipertensión Arterial, un 14,7% por Diabetes Mellitus tipo 2, un 9,9% por Dislipidemia y un 6,7% por Hipotiroidismo. En cuanto a la comorbilidad psiquiátrica, podemos destacar un 12,8% a Trastornos por Estrés Post-traumático, un 10,8% a Violencia Intrafamiliar, 5,4% a Trastornos de Personalidad, 3,2% a Intentos de Suicidio y un 3,2% a Consumo de Alcohol. Del total estudiado, y en relación a su estado nutricional, podemos mencionar que un 32,6% está con diagnóstico de obesidad, un 32,3% con sobrepeso y un 30,1% en estado nutricional normal.

Conclusión:

Podemos concluir que los trastornos depresivos, están relacionados con patologías crónicas, ya que un 72,7% de los usuarios estudiados están en tratamiento, un 46,7% presentan además comorbilidad con alguna otra patología psiquiátrica, y un 68,9% de ellos también manifiestan una alteración en su estado nutricional. Según lo anterior, se encontraron estados nutricionales alterados en un 69,5% en depresión leve, un 70,5% en depresión moderada y un 61,9% en depresión severa. Se encontraron patologías crónicas en un 69,5% en depresión leve, un 44,6% en depresión moderada y un 50% en depresión severa. En cuanto a comorbilidad con otras patologías psiquiátricas, se encontró que un 34,7% depresión leve, un 42,3% en depresión moderada y un 60% en depresión severa.

COMORBILIDADES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES PORTADORES DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA SEGÚN ÍNDICE PAQUETES/AÑO FUMADO PERTENECIENTES A CESFAM Y CONSULTORIO DE LA ZONA SUR DE SANTIAGO.

Autores: **Conejeros C.**, Alfaro M., Herrera C. Internas 7º año, Universidad Andrés Bello, Santiago

Objetivo:

Determinar la frecuencia de comorbilidades cardiovasculares según índice paquetes/año en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Materiales y Métodos:

Se estudió una cohorte de 622 pacientes, con diagnóstico de EPOC ingresados en el sistema de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) desde diversos CESFAM de la zona Sur de Santiago (San Bernardo, El Bosque, La Cisterna, La Pintana, Pedro Aguirre Cerda, Lo Espejo y Buin). De ellos, 72 se encontraban fallecidos, 364 pacientes no contestaron cuando se les llamó o rechazaron ser parte del estudio y 186 aceptaron ingresar al estudio, a los cuales se visitó para realización de una encuesta estandarizada, contestada finalmente por 59 pacientes del total señalado. Se tabuló encuesta estandarizada, para determinar frecuencia comorbilidades cardiovasculares: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), Insuficiencia Cardíaca (IC), infarto agudo al miocardio (IAM) y fibrilación auricular (FA) según índice paquete-año.

Resultados:

De los 59 pacientes seleccionados, el 91,5% (n=54) presentaba hábito tabáquico, de éstos se presentó HTA en un 79,6% (n=44), DM2 en un 16,6% (n=9), antecedente de IAM un 16,6% (n=9), Insuficiencia Cardíaca: 25,9% (n=14) y Fibrilación Auricular: 9,2% (n=5). La distribución de estas comorbilidades según índice paquete año fue: para índice/paquete año mayor a 5: HTA 14% (n=6), antecedente de IAM 11,1% (n=1), 28,5% (n=4) IC, 50% (n=3) FA. Para índice /paquete año mayor a 10: HTA un 14% (n=6), DM2 22% (n=2), antecedente de IAM 22,2% (n=2), IC un 21,4% (n=3). Según índice /paquete año mayor a 20: HTA 23,2 % (n=10), DM2 55,5% (n=5), antecedente de IAM 11,1% (n=1) %, IC en un 28,5 % (n=4) y FA 16,6% (n=1). Para índice Paquete/año mayor a 40, la frecuencia fue: HTA 32,5% (n=14), DM2 22,2% (n=2), antecedente de IAM: 55,5 % (n=5), IC 28,5% (n=4) y FA en un 16,6% (n=1).

Conclusiones:

Finalmente las comorbilidades cardiovasculares más frecuentes en esta cohorte de pacientes son HTA e IC, corroborándose con lo descrito en la literatura¹. Si se desglosa por índice paquete/año, tanto hipertensión arterial, antecedentes de IAM e Insuficiencia cardíaca tienen mayor prevalencia sobre 20 paquetes/año. Esto orienta a poner especial atención para lograr el correcto control de las patologías crónicas cardiovasculares incluyendo estrategias para el control, prevención y cesación del hábito tabáquico en esta población específica por parte de la atención primaria. Siendo en APS el manejo ambulatorio de estos pacientes y sus exacerbaciones, por lo tanto lugar de promoción y prevención de futuras descompensaciones respiratorias como cardiovasculares, estas últimas, a través del programa de salud cardiovascular.

Bibliografía:

- D.M. Mannino*, d. T. (2008). Prevalence and Outcomes of Diabetes, Hypertension and Cardiovascular Disease. European Respiratory Journal, 32: 962-969.

COMPARACIÓN DEL CONSUMO MÁXIMO DE OXÍGENO VERSUS VALORES ESPIROMÉTRICOS BASEALES EN ESTUDIANTES DE KINESIOLOGÍA DE LA UST DE 20 A 25 AÑOS FUMADORES Y NO FUMADORES DE LA CIUDAD DE OSORNO.

Autores: **González Alarcón, Víctor, Kigo.**; Sosa Alonso, Oberto Dr. Centro de Salud Familiar Ovejería, Osorno

Introducción:

El tabaquismo corresponde a la principal causa de muertes prevenibles en el mundo. Chile corresponde al país con mayor consumo de cigarrillo en los jóvenes a nivel mundial según la EMTA y la OPS (2001). Actualmente, una de las principales herramientas utilizadas en APS para la evaluación de los daños causados por el cigarrillo corresponde a la Espirometría Forzada pero no existe una evaluación de la capacidad aeróbica de la persona y su tolerancia máxima al esfuerzo físico.

Objetivos:

Este estudio busca determinar la limitación de jóvenes entre 20-25 años, fumadores, para la realización de ejercicio físico y junto con esto poder dar evidencia de la utilidad de realizar una evaluación de condición aeróbica máxima (VO₂max) en nivel de atención primaria. Además se busca determinar la cantidad de actividad física que realizan los estudiantes universitarios evaluados y su correlación con su tabaquismo activo; y por último determinar si existe relación entre los valores de VO₂max y la evaluación espirométrica forzada los sujetos evaluados con y sin consumo de tabaco.

Metodología:

Estudio cuantitativo descriptivo, correlacional, sin ciego. Se invitó a participar a todos los estudiantes de V, VI, VII y VIII semestre de la carrera de Kinesiología de la Universidad Santo Tomás sede Osorno que tuvieran entre 20-25 años de edad. Los criterios de inclusión fueron: edad entre 20 y 25 años, sin alteraciones cardiorrespiratorias conocidas, un IMC menor a 29,9 y signos vitales dentro de parámetros normales. Se seleccionaron de acuerdo a los criterios de inclusión y posteriormente se formaron 4 grupos según género y la existencia o no de tabaquismo activo. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado y se les realizó una evaluación de signos vitales y antropometría básica. Las evaluaciones realizadas fueron el Test de Bruce para la determinación de su consumo máximo de oxígeno (VO₂max) realizado en treadmill, una espirometría forzada basal y con broncodilatador, cuestionario IPAQ para determinar la cantidad de actividad física y una encuesta de tabaquismo para cuantificar cantidad de cigarrillos/día consumidos.

Resultados:

La muestra obtenida inicialmente correspondió a 54 sujetos, de los cuales 6 fueron excluidos de la muestra por no cumplir con los criterios de inclusión obteniéndose una muestra final de 48 sujetos (n = 48), de los cuales 23 corresponden a mujeres y 25 a hombres. Un 43,8% (n=21) de los participantes fuma activamente de los cuales un 47,6% son mujeres y un 52,3% varones. Del grupo de fumadores, un 52% fuma de 1-5 cig/día, un 33% fuma 5-10 y un 14% fuma 10 o más cig/día. Los valores de VO₂max obtenidos por grupo son: 27,9 ml/kg/min para el grupo de mujeres fumadoras y 38,5 ml/kg/min para las no fumadoras con una diferencia estadísticamente significativa (p < 0,05). Los varones obtuvieron 33,3 ml/kg/min los fumadores y 47,6 ml/kg/min los no fumadores, también presentando una diferencia significativa (p < 0,05). A diferencia de lo anterior, para los valores espirométricos (VEF1, CVF, VEF1/CVF, PEF y FEF25-75) no se observaron diferencias estadísticamente significativas

al momento de comparar los grupos de hombres entre sí, ni tampoco los de mujeres, destacando el hecho que el 96% de los resultados espirométricos estuvieron dentro de rangos normales para peso, talla y edad de los evaluados. Respecto a la cantidad de actividad física (IPAQ), del total de la muestra un 23% realiza una baja cantidad de actividad física, un 45% una moderada cantidad y un 32% una alta cantidad. Al relacionar la cantidad de actividad física (IPAQ) y consumo de cigarrillo para ambos géneros, se obtuvo que para el grupo fumador femenino no existe relación entre la cantidad de actividad física y el consumo de cigarrillo (Coeficiente de Correlación de Pearson (CC) = 0), mientras que para el grupo fumador masculino existe una correlación inversa (CC=-0,48), o sea que a mayor cantidad de actividad física menor es el consumo de cigarrillo y viceversa.

Conclusión:

La utilización de la espirometría como única herramienta de evaluación de la condición respiratoria en sujetos jóvenes fumadores puede dar un indicador de salud que no es absoluto ya que, como se ha observado, existen limitaciones en la capacidad aeróbica máxima de los sujetos que consumen tabaco (en relación a los que no lo consumen) y que presentan evaluaciones espirométricas normales. Además, al menos para los varones estudiados, existe una relación inversa entre el consumo de tabaco y la cantidad de actividad física por lo que el hecho de no consumir cigarrillos aumenta la capacidad de realizar una mayor cantidad de actividad física como también la mayor capacidad de realizar ejercicio podría corresponder a un factor protector importante en el menor o nulo consumo de tabaco. Los resultados estimulan a aumentar el nivel de evaluación de sujetos jóvenes fumadores, agregando una evaluación de capacidad aeróbica máxima en treadmill con el objetivo que los fumadores puedan observar en datos concretos la merma en su capacidad de realizar ejercicio físico y por ende una disminución en la cantidad de actividad física y las posteriores enfermedades crónicas consecuencia del sedentarismo, sobrepeso y tabaquismo que es lo necesario prevenir y revertir.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y COMORBILIDADES PRESENTES EN UNA COHORTE DE PACIENTES POSTRADOS DE UN CONSULTORIO DE LA OCTAVA REGIÓN.

Autores: **Chávez F. (1)**, Conejeros C.(1), , Hidalgo S.(2)

(1) Internas 7º año, Universidad Andrés Bello. (2) Médico Cirujano, Jefa Programa Postrados, Consultorio Penco Lirquén, Concepción.

Introducción:

Los pacientes postrados adultos mayores involucran una población que progresivamente aumenta según los cambios demográficos nacionales. Es frecuente que los adultos mayores presenten enfermedades, transitorias o permanentes, que los obligan a permanecer en cama. La causa puede ser una afección neurológica (destacando las demencias y los accidentes vasculares cerebrales), cardiopulmonar, traumática, y otras. Pero también existe una población determinada por niños, adolescentes y adultos postrados principalmente por patologías cerebrales los cuales son susceptibles de adquirir otras morbilidades.

Objetivo:

Determinar la frecuencia de las comorbilidades y características sociodemográficas en una cohorte de pacientes ingresados al programa postrados del Consultorio Penco- Lirquén, Concepción.

Materiales y Métodos:

Se estudió una cohorte de 52 pacientes, ingresados al programa postrados de dos sectores pertenecientes al Consultorio Penco Lirquén en la ciudad de Concepción. Se analizó observacional y descriptivamente la ficha de ingreso al programa postrados, extrayendo los datos de las comorbilidades y sociodemográficos (edad y nivel educacional) presentadas al ingreso por dichos pacientes. Cuya clasificación fue: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus 2, Artrosis, Secuela de Accidente Vascular Encefálico, Vejiga Neurogénica, Fractura de Cadera, Demencia no especificada, Parálisis Cerebral, Displejia Espástica Secundaria y Hemiparesia faciobraquiocrural. Se realizó análisis de frecuencias utilizando el programa Microsoft Excel 2007

Resultados:

De los 52 pacientes seleccionados, 49 cumplía con los datos completos. De éstos, un 48,7% (n:22) de los pacientes eran adultos mayores, un 16,3%(n:8) de los pacientes eran menores de edad y un 16,3% (n:8) eran adultos pacientes Adultos. Sobre el nivel educacional 7 pacientes no contaban con el dato registrado. De 45 pacientes restantes, un 2% (n:4) presentaron un nivel educacional básico completo, un 42,2% (n:19) pacientes nivel básico incompleto, un 2% (n:4) pacientes nivel Media incompleta y un 35% (n:16) pacientes no presentaban nivel educacional. Respecto a los antecedentes mórbidos , un 48% de los pacientes (n:25) contaban con algún antecedente mórbido relatado al ingreso del programa postrados; de éstos un 32% (n :8) presentaban Hipertensión Arterial, un 16% (n : 4 DM2) un 4% (n:1), artrosis, un 24% (n:6) secuela de A.C.V, un 4% (n:1) vejiga neurogénica, un 16% (n:4) retardo mental, un 4% (n:1) amputado, n 4% (n:1) demencia, un 12% (n:3) fractura de cadera, un 4% (n:1) alzheimer, un 8% (n:2) LCFA, 8% (n:2) Parálisis cerebral, un 4 (n:1) DHC, un 4% (n:1) displejia espástica refleja, un 4% (n:1) hemiparesia faciobraquiocrural izquierda, un 4% (n:1) ceguera, un 4% (n:1) n:1 asfixia neonatal y finalmente un 4% (n:1) síndrome de Down.

Conclusiones:

Destaca de esta cohorte de pacientes, que la mayoría presentaba HTA, seguida por DM2, es relevante que a pesar de ser una selección de pacientes postrado sólo un caso se evidencio en el registro clínico artrosis, lo cual se puede deber a subregistro de éste. Sobre los datos sociodemográficos, la mayoría de los pacientes correspondían al grupo etáreo clasificado como adulto mayor, finalmente sobre el nivel educacional la mayoría contaba con instrucción básica incompleta y en segundo lugar porcentual no contaban con formación escolar.

EFFECTOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA FUNCIONALIDAD DE ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A UNA ORGANIZACIÓN COMUNITARIA DEL SECTOR DE OVEJERÍA, EN OSORNO EL AÑO 2012.

Autor: **González Alarcón, Víctor**. Klgo, Centro de Salud Familiar Ovehería, Osorno

Objetivos:

El ejercicio físico ha sido propuesto como una de las herramientas fundamentales en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, sarcopenia, deterioro de estado cognitivo, fragilidad, síndrome de caída frecuente, entre otras, en los adultos mayores (AM). Es por esto que a través de este estudio se busca determinar cuál es el impacto de la realización de ejercicio físico sistemático en la funcionalidad de los adultos mayores pertenecientes a una organización comunitaria, lo cual se logra a través de la evaluación de diversos ítems componentes de la funcionalidad física como son el dolor, la movilidad, la fuerza, el equilibrio y la condición cardiovascular.

Metodología:

Estudio cuantitativo cuasi experimental con mediciones pre y post intervención. Población: adultos mayores inscritos en Acción Social Diana de Rob de la Comuna de Osorno. Muestra no probabilística, intencionada con inscripción voluntaria de participantes. Criterios de exclusión: sujetos con patologías crónicas descompensadas, alteración osteoarticular que limite la realización de los ejercicios prescritos e inasistencia a 2 o más sesiones de entrenamiento. Se realizó una evaluación pre y post intervención para los distintos ítems. El Dolor fue evaluado a través de Escala Visual Análoga (EVA) para los distintos segmentos corporales; La Movilidad evaluada a través Back Scratch Test para el hombro, Escala de Valoración de los Movimientos Funcionales para el codo, mano, cadera, rodilla y tobillo, mientras que para la columna lumbar, caderas e isquiotibiales se utilizó Chair Sit and Reach Test; la Fuerza Muscular fue evaluada a través de la evaluación manual con la escala de MRC (Medical Research Council); El Equilibrio Estático fue evaluado mediante el test de estación unipodal y el Equilibrio Dinámico fue evaluado a través del test Timed Up and Go; y por último la evaluación de la Condición Cardiovascular se evaluó mediante el Test de Marcha de 6 Minutos (TM6'). La intervención consistió en ejercicios de fortalecimiento y elongación localizado de extremidades y tronco, ejercicios para mejorar equilibrio estático y dinámico, trabajo de coordinación motriz de extremidades y relajación en conjunto con ejercicios respiratorios, realizados 3 veces a la semana por un plazo de 3 meses.

Resultados:

Se contó con un N = 25, (hombres = 11; mujeres = 14) de 65 a 90 años con una media de 74,6. Respecto al Dolor existe una media en EVA para todos los segmentos evaluados de $x = 2,03$ y post intervención de $x = 1,94$ con un valor $p = 0,132$ sin diferencia estadísticamente significativa, al igual que al evaluar los segmentos corporales de forma independiente y compararlos pre y post plan de ejercicios. En relación a la Movilidad se observó que para el Back Scratch Test existió una media de $18,6 \text{ cm} \pm 6,8$ para el hombro derecho y de $24,3 \text{ cm} \pm 7,6$ para el hombro izquierdo, los cuales posterior a la intervención presentaron valores de $15,7 \text{ cm} \pm 6,2$ ($p < 0,05$) para el hombro derecho, mientras que para el hombro izquierdo se obtuvo $17,2 \text{ cm} \pm 5,5$ ($p < 0,05$). El resto de evaluaciones en movilidad no presentaron diferencias significativas entre la evaluación pre y post intervención al igual que la Fuerza Muscular. El Equilibrio Estático presentó cambios importantes en el test de estación unipodal ya que para la extremidad inferior derecha se encontró una media en la evaluación inicial de $3,71 \text{ s} \pm 1,08$ mientras que post intervención cambió a $5,34 \text{ s} \pm 0,76$ ($p < 0,001$). El Equilibrio Dinámico (Timed Up and Go) también presentó cambios significativos, con una media inicial

de $11,57 \text{ s} \pm 4,12$ mientras que posterior a la intervención se encontró una media de $9,2 \text{ s} \pm 3,5$ ($p < 0,05$). La Condición Cardiovascular evaluada a través de TM6' presentó una media inicial de $412 \text{ m} \pm 51,72$ y con la intervención se logró una media final de $443 \pm 34,22$ ($p < 0,05$).

Conclusión:

Una intervención de ejercicios con características de fortalecimiento y entrenamiento cardiovascular de baja-moderada intensidad realizada 3 veces por semana durante 3 meses puede lograr mejoras significativas en la movilidad de hombros (una de las principales afecciones en AM a través de lesiones crónicas de manguito rotador); También existe una mejora importante en el equilibrio estático y dinámico incluso llegando a normalizar los tiempos en las pruebas (Timed Up and Go y Estación Unipodal), lo que incide directamente en el riesgo de caída de los sujetos intervenidos. Así también, la condición cardiovascular ha evidenciado importantes mejoras en el TM6' lo que se debería a una mejora en la capacidad de respuesta cardiorrespiratoria como también siendo justificada por las mejoras en equilibrio y el trabajo de coordinación realizado. Todos los logros expuestos van en directo beneficio de la funcionalidad de los sujetos, por lo que el entrenamiento realizado en los plazos descritos lograría mejoras significativas en factores que inciden en la funcionalidad de los adultos mayores.

ESTUDIO CUALITATIVO DE LAS CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA PARTICIPACIÓN EN UNA INTERVENCIÓN FAMILIAR

Autores: **Torres Contreras, Camilo**; Espinoza Amagüaña, Violeta. Universidad de Antofagasta

Introducción:

La prevalencia de malnutrición por exceso se encuentra en ascenso, constituyendo un problema nacional de Salud Pública. En función de esto el ministerio de salud ha planteado una serie de intervenciones en los centros de salud. Con estos antecedentes se diseñó un protocolo de intervención en los Centros Ancora, dirigido a familias con niños con malnutrición por exceso menores de 6 años de edad y basado en la mejor evidencia de efectividad disponible. Sin embargo el nivel de participación de la intervención fue disímil y bajo, lo que se correlacionó con lo visto internacionalmente.

Objetivo:

Conocer las condicionantes por las cuales la intervención realizada tuvo un nivel de participación diferente en los tres centros.

Metodología:

La investigación se llevó a cabo con los invitados a participar en la Intervención Familiar para Niños con Malnutrición por Exceso y los miembros del equipo de salud que participaron en la misma. Se utilizó para el desarrollo de la investigación, un diseño cualitativo, cuyo modelo teórico fue la Teoría Fundamentada.

Análisis:

Se hizo mediante la técnica de método comparativo constante descrita por Strauss.

Resultados:

Se realizó un total de 14 entrevistas, de las que surgieron 202 conceptos, los que a su vez se agruparon en 20 categorías abiertas. Posterior a esto se establecieron las relaciones causales y modificadoras entre las categorías, obteniendo las categorías axiales de "Disposición para asistir" y "Disponibilidad para asistir". Estas a su vez se contienen en la categoría central, que es el nivel de desarrollo de la intervención.

Conclusión:

La participación en la intervención está determinada por condicionantes que atañen a la disposición y disponibilidad para asistir. Estos condicionantes se relacionan entre sí, siendo modificados entre ellos mismos, lo que determinará el nivel de desarrollo de la intervención y finalmente la participación.

ÍNDICE DE BARTHEL EN COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Autores: **Alfaro Macho, Macarena;** Conejeros Rodríguez, Consuelo; Leiva Burotto, Felipe Dr., Herrera Contreras, Carolina Dra. Universidad Andrés Bello, Hospital Barros Luco Trudeau

Introducción:

El Índice de Barthel, es una medida objetiva que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de actividades básicas de la vida diaria, además de medir el progreso en la rehabilitación de enfermos crónicos. El uso de esta herramienta en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) ha sido pobremente descrita en la literatura.

Objetivo General:

Describir el Índice de Barthel de una cohorte de pacientes con diagnóstico de EPOC.

Objetivo Específico:

Complementar las categorías del Índice aplicado con la descripción específica de sus rangos etáreos y de las limitantes de mayor importancia que se obtuvieron dentro de la evolución que los determinó a quedar en una categoría particular.

Materiales y Métodos:

Se realizó un estudio observacional analítico en una cohorte de 622 pacientes diagnosticados de EPOC ingresados en el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) en control con broncopulmonar en el Hospital Barros Luco Trudeau, principal hospital público en el sur de Santiago. De estos pacientes, 72 habían muerto, 364 no respondieron cuando se les llamó o se negaron a ser parte del estudio, 186 aceptaron participar en el estudio, quienes fueron visitados para la realización de una encuesta estandarizada, la cual incluyó el Índice de Barthel que fue contestada por 59 Pacientes.

Resultados:

De los 59 pacientes, 32 (54,23%) fueron hombres y 27 (45,76%) mujeres. Edad promedio: 72 años, con 54 (91,52%) \geq 65 años. Distribución etaria 32 (54,23%) edad avanzada, 22 (37,28%) ancianos y 1 (1,69%) gran longevo. Aplicado el Índice de Barthel; 25 pacientes (42,37%) fueron independientes, 29 (49,15%) dependencia leve, 3 (5,08%) dependencia moderada, 1 (1,69%) dependencia grave y 1 (1,69%) dependencia total. Dentro del grupo con dependencia leve la actividad básica no lograda más frecuente fue el subir y bajar escaleras:17 casos (58,62%); en el grupo con dependencia moderada las actividades básicas no logradas se presentaron en igual número de casos 3 cada una (total 15,78%) y fueron uso de baño, desplazarse, subir y bajar escaleras y vestirse/desvestirse; en el grupo con dependencia grave se obtuvo que un 40% de los ítems presentaron dependencia absoluta y un 80% en el grupo de dependencia total.

Conclusiones:

El Índice de Barthel es una herramienta clínica útil para la evaluación y probable seguimiento de pacientes con EPOC, de fácil aplicación en la Atención Primaria. Permittiéndonos categorizar a estos pacientes y los geriátricos en general, con el objetivo de lograr derivaciones a especialistas adecuadas y manejo preciso con guías anticipatorias adecuadas al caso. Intentando así finalmente el manejo integral que considere la rehabilitación particular que requiera el paciente. Conclusiones que hemos obtenido considerando que en esta investigación se obtuvo que la mayoría de los pacientes evaluados tuvo una dependencia leve, siendo la principal afección la dificultad para subir y bajar escaleras, competencia que se puede abordar por equipos multidisciplinarios de la atención primaria.

LACTANCIA MATERNA: DESCRIPCIÓN EN UN CESFAM.

Autores: **Alfaro Macho, Macarena;** Leiva Burotto, Felipe. Universidad Nacional Andrés Bello.
Centro de Salud Familiar Lo Barnechea

Introducción:

Son conocidas las ventajas innumerables de la lactancia materna, por lo que la promoción de esta es un eje fundamental de desarrollo en el contexto de salud mundial y particularmente familiar. Dentro de los beneficios podemos mencionar que la alimentación del lactante con leche materna supone mejor regulación metabólica, mayor protección inmunológica, y menor riesgo de sensibilidad alérgica, morbilidad infecciosa y muerte súbita. Agregando también un mejor desarrollo emocional e intelectual, generando así un apego seguro y un mejor desarrollo futuro de la persona.

Objetivos:

Determinar la duración de la lactancia materna y de lactancia materna a libre demanda, los motivos de suspensión de ésta y describir los casos en los cuales no se llevó a cabo, en un grupo de pacientes pediátricos del CESFAM Lo Barnechea.

Materiales y Métodos:

Estudio observacional descriptivo mediante encuesta aplicada por médicos y enfermeras, en consulta espontánea o por control sano, al adulto acompañante de preescolares y escolares de entre 2 y 6 años de edad durante los meses de mayo a septiembre del año 2010.

Resultados:

De un total de 68 pacientes, 36 fueron mujeres (52,94%) y 32 fueron hombres (47,05%). Las encuestas fueron contestadas por 54 madres (79,41%), 3 padres (4,41%), 1 tía (1,47%), 8 abuelas (11,76%) y 2 hermanas (2,94%). Observamos los siguientes períodos de lactancia materna: 1 mes, 1 (1,47%); 2 meses, 5 (7,35%); 3 meses, 1 (1,47%); 4 meses, 6 (8,82%); 5 meses, 4 (5,88%); 6 meses, 8 (11,76%); 9 meses, 3 (4,41%); 10 meses, 1 (1,47%); 12 meses, 2 (2,94%); 14 meses, 1 (1,47%); 15 meses, 1 (1,47%); 17 meses, 1 (1,47%); 18 meses, 4 (5,88%); 19 meses, 1 (1,47%); 20 meses, 1 (1,47%); 22 meses, 1 (1,47%); 24 meses, 7 (10,29%) y 36 meses, 2 (2,94%); 9 pacientes (13,23%) no recibieron lactancia materna. La distribución de los motivos del cese de la lactancia fueron los siguientes: madre consideró suficiente el tiempo, 18 (30,5%); motivos laborales maternos, 16 (27,11%); cese de producción de leche, 14 (23,72%); madre no consideró alimento suficiente, 4 (6,77%); dentición del lactante, 3 (5,08%); búsqueda de independencia del lactante, 3 (5,08%) y bajo peso materno, 1 (1,69%). De los pacientes que no recibieron lactancia materna (9), el 100% recibió NAN como leche sustitutiva, y los motivos por los que no recibieron lactancia, fueron los siguientes: madre no produjo leche, 3 (33,33%); madre recibió medicamentos, 2 (22,22%) y con un caso de cada uno de los siguientes (11,11%): prematuridad del recién nacido, mastitis, labio fisurado del recién nacido y requerimiento materno de inicio de radioterapia. Respecto a la duración de la lactancia materna a libre demanda observamos que 41 pacientes, (69,41%) la recibió de los 0 a 6 meses de edad; 8 (13,53%) desde los 7 a 12 meses, 3 (5,07%) desde los 13 meses a los 36 meses, 2 (3,38%) nunca la recibieron a libre demanda y 5 (8,47%) no recuerda el tiempo.

Conclusión:

Observamos una alta adherencia de lactancia materna y lactancia materna a libre demanda hasta los 6 meses de edad, lo que demuestra que se cumple en parte las recomendaciones de las guías clínicas actuales de alimentación del Ministerio de Salud de Chile, lo que nos motiva a seguir mejorando estas cifras para ampliar los beneficios de la lactancia materna a toda la comunidad pediátrica perteneciente a nuestro CESFAM. Por otro parte, en los casos de suspensión y en los que no se llevó a cabo la lactancia materna fueron los menos frecuentes y la mayoría por motivos justificados lo que nos indica una buena educación al respecto.

PERCEPCION DEL ESTADO NUTRICIONAL DE MUJERES DIABETICAS E HIPERTENSAS DEL PSCV EN EL CONSULTORIO NUMERO 5 DE SANTIAGO.

Autores: **Matus V., María Loreto;** Solis O., Sebastián. Consultorio 5, Santiago.

Introducción:

La obesidad, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se considera una enfermedad crónica, que se ha transformado en epidemia, según la última encuesta nacional de salud (ENS 2010), se estima que la población con sobrepeso en Chile es de aproximadamente 8.900.000 personas, donde las mujeres superan en incidencia a la población masculina con obesidad. Las complicaciones de la obesidad están principalmente asociadas al riesgo cardiovascular y actualmente como problema de salud mundial hay amplia información al respecto.

Objetivos:

Analizar la percepción del estado nutricional de mujeres hipertensas y diabéticas (llamadas mixtas) compararlas con su índice de masa corporal, y evaluar el impacto que ha tenido la educación y la información entregada en los controles y en los medios de comunicación en su concepto de obesidad.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio de corte transversal, mediante la aplicación de una encuesta no validada para evaluar si la percepción del estado nutricional es adecuada o inadecuada y para evaluar el concepto de obesidad con una selección múltiple; se realizó calculo de índice de masa corporal, procedimiento estandarizado con la fórmula de Quételet donde se clasifica como normal IMS de 18,5 a 24,99, sobrepeso de 25 a 29,99 y obesidad sobre 30. Para la antropometría se utilizo una pesa tallímetro marca Seca.

Resultados:

Se encuestaron 168 pacientes de sexo femenino con un rango de edad de 40 a 90 años con hipertensión y diabetes. el estudio arroja los siguientes resultados; mujeres normopeso 7,73% (13 pacientes), mientras que con sobrepeso corresponden a un 42,86% (72 pacientes) y obesas 49,41% (83 pacientes).

La percepción de su estado nutricional fue adecuada en un 32,74% (55 mujeres) y subestimada en un 63,09% (106 mujeres), y sobreestimada en 4,17% (7 pacientes)

Se destaca que del total de pacientes obesas 15,66% (13 mujeres) se perciben como normopeso y 69,88% (58 mujeres) solo con sobrepeso.

Sobre el Concepto de Obesidad, del total de encuestadas, un 29,76% considera la obesidad como "normal", un 50 % como "enfermedad", un 8,33 % como signo de "estar sano" y un 11,91 % como "factor de riesgo".

Conclusiones:

Dada la relevancia epidemiológica de la obesidad se concluye en este trabajo que las pacientes encuestadas en su mayoría no perciben su estado nutricional real, a pesar de las campañas y la educación, persisten conceptos errados con respecto al concepto de obesidad, lo que nos lleva a ponernos como meta programas de nutrición mas eficientes y dedicar mayor tiempo a la educación de nuestros pacientes, no sólo para mejorar la estadística nacional de salud, si no además para prevenir enfermedades derivadas.

PERFIL DE ATENCIONES POR PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA EN SAPU CESFAM LEOCÁN PORTUS TALCAHUANO EN EL AÑO 2011.

Autores: **Aguilera Acevedo, Eliana**; Ramos Viguera Gisela; Roa Adams, Felipe; Sepúlveda Cifuentes, Natalia. CESFAM Leocan Portus Talcahuano. CESFAM Lagunillas.

Introducción:

Los motivos de consulta de origen oftalmológicos agudos son causa común de consulta en los Servicios de Urgencia de todo el país; sin embargo, existen pocos estudios a nivel nacional en relación a la incidencia de dicha consulta en los establecimientos de salud de urgencia, especialmente a nivel de atención primaria. De la literatura existente, la mayoría se encuentra basada en Centros de mayor complejidad, como por ejemplo un estudio realizado en un Hospital Tipo 4 de la comuna de Til- Til, donde la consulta oftalmológica representó el 4,6% de las consultas realizadas. A nivel internacional, se destaca que en EEUU representan alrededor de un 3% de las consultas en Servicios de Urgencia. Solo tomando el Trauma Ocular se puede decir que es motivo de consulta común en los Servicios de Urgencia del país, ocupando alrededor de un 3% del total. En nuestro país la estadística de mayor relevancia se encuentra en la Unidad de Trauma Ocular del Hospital Salvador. En un estudio prospectivo realizado en este centro durante 10 meses, se concluyó que se realizaban un promedio de 1.888 atenciones mensuales por Trauma Ocular, con un promedio de 61 consultas diarias. El 72% de las consultas correspondieron al sexo masculino, la edad promedio fue de 32,4 años, correspondiendo el 70% a menores de 40 años. Los médicos que se desempeñan en Servicios de Atención Primaria de Urgencia se ven enfrentados a una gran variedad de patologías. Los objetivos de los SAPU son aumentar la cobertura de atención de los consultorios, mejorar el acceso a atención médica y disminuir tiempos de espera en servicios de urgencia, por ello se hace relevante la importancia de conocer la prevalencia de las atenciones con diagnóstico oftalmológico en general: Traumáticas y No Traumáticas.

Objetivo General:

Caracterizar la atención de patología oftalmológica prestada en SAPU Cesfam Leocán Portus.

Objetivos Específicos:

1. Determinar la frecuencia de patología oftalmológica en SAPU de Cesfam Leocán Portus dentro del total de atenciones realizadas en esta institución.
2. Categorizar los tipos de diagnósticos de patología oftalmológica según sean Traumáticas o No Traumáticas.
3. Evaluar las atenciones de patología oftalmológica según las género y edad de los consultantes.

Material y Métodos:

A través de un estudio descriptivo de tipo transversal se analizó el total de pacientes atendidos en SAPU Leocán Portus durante el período comprendido entre Enero y Diciembre del año 2011, recopilando la información desde los folios de atención. Se seleccionó del total de consultas realizadas diarias las que presentaban diagnósticos de índole oftalmológico. Las variables utilizadas fueron edad, sexo, mes de atención, diagnóstico diferenciado en patología No Traumática y Traumática, derivación y número total de atenciones prestadas diarias. Posteriormente los datos fueron tabulados y analizados con la ayuda de software Microsoft Excel, expresándose los resultados en gráficos.

Resultados:

De un total de 30.194 atenciones realizadas en SAPU el año 2011, la patología oftalmológica correspondió al 2,4% del total. El mes con más atenciones fue Noviembre con un 11,3%. Según diagnóstico, la mayoría corresponde a Patologías No Traumáticas con un 78,7% por sobre las de causa Traumática que tienen un 21,3%. Dentro de la primera clasificación destacan diagnósticos como Conjuntivitis con un 72,9%, Orzuelos 5,4% y Blefaritis con 5,2%. De las Patologías Traumáticas, los Cuerpos Extraños Oculares ocuparon un 54,8% y luego las Hemorragias Subconjuntivales con un 25,8%. Las mujeres consultaron en un 49% y los hombres en 51%. Los Adultos entre 20 y 64 años consultaron en un 52%, en segundo lugar los Niños menores de 10 años con un 27,9% y Adolescentes con 14,2%. En relación a la Derivación a nivel secundario para evaluación con especialista ésta fue de un 14,3%.

Conclusiones:

La prevalencia del 2,4% encontrada en SAPU en relación a las patologías oftalmológicas traumáticas y no traumáticas es similar a la reportada por la literatura existente. Hombres y mujeres consultan en un porcentaje similar, lo que puede explicarse por el hecho de que SAPU atiende desde las 17 horas, horario compatible con el trabajo de los varones que muchas veces no tienen la oportunidad de acceder a atenciones dentro del Cesfam. Los Adultos entre 20 y 64 años son los más consultantes y el gran porcentaje de atenciones corresponden a patologías No Traumáticas, lo que se explica por el fácil acceso a atención de urgencia en este centro, el tiempo de espera menor al de un servicio de urgencia de nivel terciario y a la existencia de un stock básico de fármacos oftalmológicos. Las atenciones por causa oftalmológica se distribuyeron especialmente en los últimos meses del año (desde Septiembre en adelante) siendo el mes de Noviembre el que abarcó más atenciones de esta índole con un 11,3%, lo anterior puede deberse a la aparición en esta época de patologías de origen atópico (especialmente Conjuntivitis), mientras que el mes con menos atenciones fue Febrero con un 5,7%. Finalmente, se puede destacar la importancia de la revisión de criterios diagnósticos, tratamiento y derivación a nivel secundario aplicados por los médicos de atención primaria atención de urgencia, con el objeto de aumentar la resolutivez de ésta.

**PERFIL DE DERIVACIONES MÉDICAS AL NIVEL SECUNDARIO DE ATENCIÓN, EN EL
CECOSF DE LLAULLAO, COMUNA DE CASTRO, DURANTE EL AÑO 2011.**

Autores: **Risco Andrade , Migdy**; Velásquez Salazar , Karen; Duran Cuevas , Moyra;
Fernandez G, Ernesto. HOSPITAL CASTRO

Introducción:

El Cecosf de Llaullao está emplazado en la comuna de Castro, fue el primer Cecosf en funcionar en la provincia de Chiloé en junio del año 2006. En las últimas décadas el sistema de salud de Chile ha experimentado un aumento de la diversidad y complejidad de las prestaciones que entrega a la población, debido al cambio demográfico y epidemiológico que el país ha tenido. La estructuración de un Hospital Base en nuestra isla de Chiloé ha ampliado la gama de especialistas con los que se cuenta en la Isla respecto a hace unos años atrás. En relación a lo antes planteado nos interesó conocer la realidad local respecto de las derivaciones que realizamos hacia el nivel el nivel secundario de atención.

Objetivo General:

Conocer el perfil de las derivaciones de pacientes usuarios del Cecosf Llaullao hacia atención secundaria durante el año 2011.

Objetivos Específicos:

1. Conocer las tasas de derivación de pacientes usuarios del Cecosf Llaullao hacia atención secundaria durante el año 2011, tanto tasas globales y según grupo etario.
2. Identificación de las especialidades de nivel secundario con mayor demanda de derivación desde el Cecosf, haciendo diferenciación según sexo de los pacientes.

Material y método:

Estudio transversal descriptivo. Se utilizaron los registros SIGGES de interconsultas emitidos por profesional médico durante el año 2011 y los REM atinentes al caso para el cálculo de las distintas atenciones prestadas por médico en Cecosf de Llaullao año 2011.

Resultados:

**NUMERO DE ATENCIONES E INTERCONSULTAS EMITIDAS POR MEDICO AÑO 2011
SEGÚN GRUPO ETAREO**

GRUPO ETAREO	Nº ATENCIONES 2011	Nº DE IC EMITIDAS	% DE DERIVACION
NIÑOS 0-9 AÑOS	576	22	3,8%
AOLESCENTES 10-19 AÑOS	162	10	6,17%
ADULTO JOVEN 20-64 AÑOS	1242	113	9,0%
ADULTO MAYOR 65 AÑOS Y MAS	717	46	6,4%
TOTAL	2697	191	7.0 %

INTERCONSULTAS EMITIDAS POR MEDICO AÑO 2011

ESPECIALIDAD	N° DE IC EMITIDAS	HOMBRES	MUJERES	% DEL TOTAL
OFTALMOLOGIA	71	24	47	37
OTORRINOLARINGOLOGIA	24	10	14	12,5
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	18	-	18	9,4
MEDICINA INTERNA	15	9	6	7,8
CIRUGIA	15	4	11	7,8
PSIQUIATRIA	12	4	8	6,2
PEDIATRIA	10	6	4	5,2
TRAUMATOLOGIA	9	6	3	4,7
UROLOGIA	6	6	-	3,1
DERMATOLOGIA	4	-	4	2
CIRUGIA INFANTIL	4	4	-	2
NEUROLOGIA	2	2	-	1
NEUROLOGIA INFANTIL	1	1	-	0,5
TOTAL	191	76	115	100

Conclusiones:

El grupo etario que presenta una mayor tasa de derivación a atención secundaria son los adultos jóvenes, en segundo lugar los adolescentes, le siguen los adultos mayores y quienes presentan un menor porcentaje de derivación son los niños. Con respecto a las especialidades con mayor número de derivaciones destaca oftalmología, otorrinolaringología y obstetricia-ginecología. Las especialidades que registran un menor número de derivaciones son dermatología, cirugía infantil, neurología y neurología infantil. Respecto de la distribución de las derivaciones según sexo, las mujeres superan ampliamente a los hombres con un 60.2% de las derivaciones versus un 39.8 %.

PERFIL DEL CUIDADOR DE PACIENTE POSTRADO: ESCALA DE ZARIT RELACIONADA CON EL TIEMPO DE CUIDADOR EN UNA COHORTE PERTENECIENTE A UN CONSULTORIO DE LA OCTAVA REGIÓN.

Autores: **Conejeros C.(1)**, Chávez F. (1), Hidalgo S.(2)

(1) Internas 7º año, Universidad Andrés Bello. (2) Médico Cirujano, Jefa Programa Postrados, Consultorio Penco Lirquén, Concepción.

Introducción:

Los cuidadores de pacientes postrados implican un desafío poco abordado por la salud pública. Se sabe que toda la familia se ve afectada, en la mayoría de los casos es sólo un individuo el que asume el cuidado. Siendo generalmente es un integrante de la familia, quien toma el rol de cuidador/a y quien, a su vez, requiere adaptarse a las demandas del cuidado sobrellevando cargas emocionales y físicas que lo van sobrecargando asociando morbilidad al cuidador.

Objetivo:

Determinar la frecuencia de puntaje de la escala de ZARIT (evaluación de la sobrecarga del cuidador) en relación con el tiempo de cuidado de pacientes postrados.

Materiales y Métodos:

Se estudió una cohorte de 52 pacientes, ingresados al programa postrados de dos sectores pertenecientes al Consultorio Penco Lirquén de la ciudad de Concepción. Se analizó observacional y descriptivamente la ficha de ingreso al programa postrados, seleccionando 21 pacientes quienes contaban con los datos de la escala de sobrecarga al cuidador Zarit. Luego se clasificó en sin (22 a 46 puntos), leve (47-55 puntos) o intensa (56 o más puntos) sobrecarga del cuidador, en relación al tiempo que lleva a cargo del paciente postrado, todo esto mediante análisis de frecuencias por el programa Microsoft Excel 2007.

Resultados:

De los 52 pacientes seleccionados, 21 contaban con la escala ZARIT aplicada al cuidador. De éstos, 16 pacientes (76,1%) presentaban puntajes que los clasificaban en sin sobrecarga del cuidador, 4 (19%) presentaban leve sobrecarga y sólo 1 (4,76%) tenía sobrecarga intensa. De los 16 cuidadores sin sobrecarga, el 18,75% (n= 3) llevaban menos de 6 meses de cuidador, el 12,5% (n=2) de 6 a 12 meses de tiempo de cuidador, el 25% (n=4) cuidadores de 1 a 5 años, el 12,5% n=2 de 5 a 10 años, el 18,75% (n=3) de 10 a 20 años y el 12,5% (n=2) con 20 años más. De los 4 pacientes con sobrecarga leve según la escala de zarit,(25%) n=1 llevaba 6 a 12 meses, n=1 de 1 a 5 años, n=1 de 5 a 10 años y n=1 de 10 a 20 años. El paciente que presentaba sobrecarga intensa, tenía 1 a 5 años de cuidador.

Conclusiones:

Finalmente destaca de esta cohorte de pacientes que la mayoría se encontraba sin sobrecarga de sus cuidadores según la escala de ZARIT aplicada. Siendo importante recalcar que el tiempo de cuidador de éstos pacientes se encuentre en los rangos de 1 a 5 años. Esto orienta a poner especial preocupación en este grupo de cuidadores a través de programas de detección temprana de patologías relacionadas con el cuidador de pacientes con alto grado de dependencia.¹

¹ JOFRE ARAVENA, Viviane y SANHUEZA ALVARADO, Olivia. EVALUACIÓN DE LA SOBRECARGA DE CUIDADORAS/ES INFORMALES. Cienc. enferm. [online]. 2010, vol.16, n.3 [citado 2012-07-31], pp. 111-120 . Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553. doi: 10.4067/S0717-95532010000300012.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON TELE ELECTROCARDIOGRAMA EN COMUNA RURAL DE LOS MUERMOS, X REGIÓN. AÑOS 2010-2011. Y CARACTERIZACIÓN DE AQUELLOS QUE FUERON INFORMADOS COMO PROBABLE ISQUEMIA AGUDA MIOCÁRDICA.

Autores: **Iñiguez Laso, Camilo Dr.**, León Rojas, Ítalo Dr. CESFAM Los Muermos

Introducción:

Los Muermos es una comuna localizada a 50 kilómetros al oeste de Puerto Montt, cuenta con una población de 20.000 habitantes, de los cuales el 60% vive en sector rural. La prestación de salud es a través de un único CESFAM y cinco postas rurales, con difícil acceso y oportunidad. Es una excepción en la X región, pues es la única comuna que no cuenta con hospital. Ha recibido aportes permanentes para mejorar su resolutiveidad e interconexión, entre ellos destacan desde fines del año 2009: teleelectrocardiografía (TCG), DEA y teledermatología. En ese sentido, esta prestación de servicios de medicina a distancia ha optimizado la atención en salud disminuyendo tiempo y costo, facilitando así el acceso a zonas distantes y apoyo diagnóstico y terapéutico constante a los médicos de APS.

Objetivo General:

Definir el perfil epidemiológico de los pacientes a los que se le solicita TCG en los años 2010 y 2011.

Objetivos Específicos:

1. Definir el número total de TCG realizados en cada mes durante los años 2010 – 2011.
2. Identificar cantidad de TCG realizados según sexo y grupo etario.
3. Identificar los diagnósticos más frecuentemente informados en los TCG solicitados
4. Identificar número de TCG informados como probable isquemia aguda y cuanto de estos tuvieron supra desnivel del segmento ST
5. Correlacionar los TCG informados como isquemia aguda con motivo de consulta del paciente.
6. Medir el tiempo de espera promedio entre consulta del paciente y la toma de TCG

Materiales y Métodos:

Se realizó estudio descriptivo retrospectivo, que incluyó la revisión de todos los TCG solicitados entre enero del 2010 y diciembre de 2011, además revisión de datos únicos de atención de SAPU y formularios de derivación a centro de mayor complejidad. Tabulados en tabla Excel.

Resultados:

Se solicitaron un total de 746 TCG (65% año 2011), de los cuales el 60% (445) fueron indicados a pacientes de sexo masculino, con una edad que osciló entre 3 y 98 años. El grupo etario donde más se solicitó correspondió a mayores de 65 años con un 43,2%, el 4,7% se indicó a menores de 20 años. Un total de 220 (29.5%) fueron informados como normales, 78 fueron fibrilación auricular, 74 bradicardia sinusal, 61 taquicardia sinusal y 10 flutter auricular. De los bloqueos 3.5% fueron aurículo ventriculares y 19.3% bloqueo de rama izquierda. Finalmente un 12.2% (91) del total de los TCG fueron informados diagnóstico de isquemia aguda, de estos un 17.5% (16) fue con supra desnivel del ST. Un 5% (37) del total fueron informados como necrosis o isquemia antigua. De los TCG informados como probable isquemia aguda el 62% correspondió a pacientes de sexo masculino y el motivo de consulta

mas frecuente fue precordialgia en un 53%, luego un 15.5% consultó por disnea. El 40% fue solicitado antes de 30 minutos desde la inscripción en SAPU y el 71% antes de una hora, el 80% de estos fue derivado a centro de referencia.

Conclusiones:

El perfil epidemiológico de los pacientes se condice con lo descrito en la literatura, es decir, la gran mayoría de los eventos cardiovasculares ocurre en pacientes de edad avanzada y de sexo masculino.

No existe variabilidad estacional en cuanto a número de TCG ni a diagnóstico. El aumento en la solicitud del examen, que se vio entre el año 2010 y 2011, no alteró el porcentaje de TCG alterados, el cual se mantuvo elevado, lo que se correlaciona con una buena sospecha clínica según sintomatología, antes de solicitar el examen de apoyo.

Es considerable el porcentaje de TCG informados con isquemia aguda, sin embargo solo el 2% del total de TCG presentó isquemia con supra desnivel ST, que es el grupo donde debemos centrar nuestros esfuerzos para rápida terapia de reperfusión.

En cuanto al tiempo de espera entre la inscripción y la toma del examen, podemos concluir que el electrocardiograma fue solicitado precozmente según sugerencia de la guía GES, considerando que el TCG muchas veces es una herramienta de confirmación diagnóstica frente a un electrocardiograma tradicional sospechoso, por lo tanto, esta herramienta nos ha permitido tener mayor resolutivez y realizar derivaciones adecuadas, a centros de referencia siempre con alta presión asistencial.

PERFIL Y GRADO DE SOBRECARGA PERCIBIDA POR EL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE PERTENECIENTE AL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA DEL CESFAM N° 4 DE RANCAGUA.

Autores: **Astaburuaga E. Daniela Dra.**, Carrizo C. Catalina Dra, Pérez P. Francis Klgo. Centro de Salud Familiar N° 4, Rancagua

Introducción:

Junto con el proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento poblacional, ha ocurrido un proceso de transición epidemiológica, lo que ha significado grandes transformaciones en las condiciones de salud de las personas. Es así como han disminuido en importancia las enfermedades de tipo transmisibles y han adquirido mayor relevancia las de tipo crónico-degenerativas y los traumatismos. Las consecuencias no letales de éstas dos últimas se relacionan con la pérdida de la funcionalidad de la persona, llegando a producir discapacidad conforme a los cambios que se van acumulando. Chile, como país en vías de desarrollo, no escapa de esta tendencia. En el 2002 el grupo de adultos mayores representaba el 11,4% del total de la población, presentando discapacidad severa o postración el 4% de los mayores de 60 años y el 0.3% de los menores de 60 años. Esta situación conlleva a un aumento en la necesidad de personas que se dediquen a brindar cuidados a estos pacientes. Actualmente en nuestro país el cuidado de los pacientes con dependencia severa recae en las familias, siendo solo un individuo el que asume la responsabilidad en la mayoría de los casos. Asumir este rol conlleva a adaptarse a las demandas propias del paciente, lo que va acompañado de un incremento en las exigencias para el cuidador.

Objetivos:

Conocer las características del cuidador principal del paciente perteneciente al Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa del Centro de Salud Familiar (CESFAM) N°4 de Rancagua, caracterizando su perfil y determinando el grado de sobrecarga percibida por éste.

Materiales y Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en el que se aplicó una encuesta y la escala de sobrecarga del cuidador ZARIT a los cuidadores principales (CP) de pacientes pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa del CESFAM N°4 de Rancagua, ingresados hasta Marzo del 2012. Se excluyó a los cuidadores que recibían remuneración, pacientes postrados que pertenecían a hogares o casas de reposo, y aquellos que no se encontraron en el domicilio al momento de la visita. De un total de 100 pacientes bajo control a Marzo del 2012, se logró aplicar la encuesta a 73 CP. En ella se consignaron las siguientes características: edad, nivel educacional, relación familiar con paciente, años destinados al cuidado del paciente postrado, presencia de patología crónica y mantención de sus controles, realización de actividades recreacionales, realización de trabajo remunerado y apoyo de otros cuidadores con o sin remuneración. Además se aplicó la escala de sobrecarga del cuidador ZARIT, clasificando a los cuidadores según sobrecarga percibida en: ausencia de sobrecarga, sobrecarga ligera o sobrecarga intensa.

Resultados:

De un total de 73 CP, el 89% fueron de sexo femenino, siendo la edad promedio 58 años (en rango de 28 a 84 años). El 2.7% de los CP eran analfabetos, el 23.2% tenían educación básica, el 52% poseían educación media y el 21.9% lograron completar estudios superiores. La relación familiar más observada entre CP y paciente fue la de hijo(a)/padres (54.7%), en segundo lugar el CP correspondió al esposo(a) (21.9%), y en menor frecuencia a alguno de los padres (10.95%), hermanos (4.1%) y otro familiar (8.1%). El tiempo promedio dedicado al cuidado del paciente postrado fue de 8 años. Respecto a la presencia de enfermedades crónicas, el 73.9% de los CP encuestados padecía alguna, manteniéndose el 93% bajo control. Solo el 31.5% de los CP desarrollaban algún tipo de trabajo remunerado además de desempeñarse como cuidador, de éstos el 60.8% lo hacían en el mismo lugar donde cuidaban al paciente postrado. La realización de actividades recreativas estuvo presente en un 53.4% de los CP, siendo las más destacadas la concurrencia a lugares de culto religioso (23.2%), participación en organizaciones sociales (5.4%), prácticas deportivas (4.1%), visitas a amigos (1.3%) y otro tipo de actividades recreativas (19.1%). El 60.2% de los CP recibía ayuda para atender al paciente postrado, correspondiendo a un familiar en el 75% de los casos y a un cuidador pagado en el 25% restante. En relación al nivel de sobrecarga percibida por el CP según la escala de sobrecarga del cuidador ZARIT, el 30.1% cuidadores no presentó sobrecarga, el 23.2% presentó sobrecarga ligera y el 46.5% sobrecarga intensa.

Conclusiones:

Las personas que se desempeñan como CP de pacientes con dependencia severa eran en su mayoría familiares de sexo femenino, encontrándose en primer lugar a los hijos(as). El tiempo dedicado a esta tarea fue prolongado y se observó una amplia distribución en la edad del CP. Se encontró un alto nivel educacional en la mayoría de los CP, a pesar de esto solo un tercio desarrollaba además un trabajo remunerado. La mayoría de los CP padecían de patologías crónicas, manteniendo sus controles al día. Más de la mitad disponía de ayuda de terceros para atender al paciente postrado, siendo en su mayoría familiares del mismo paciente; y un poco más de la mitad afirmó realizar algún tipo de actividad de recreación de manera periódica, encontrándose en primer lugar la visita de lugares de culto religioso. Una gran parte de los CP presentó algún grado de sobrecarga de acuerdo a la escala de ZARIT.

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS PSÍQUICOS Y CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA COMUNA DE ISLA DE PASCUA.

Autores: **Pakomio Ema**; Fernández Jorge; Covarrubias Natalia; Molina Javiera; Calderón Alejandro. Hospital Hanga Roa, Isla de Pascua

Introducción:

Isla de Pascua (IPA) es el territorio nacional más alejado de Chile continental y pese a su origen polinésico y su rica cultura, en los últimos años cada vez se ha hecho más patente el fenómeno de occidentalización, lo cual influye fuertemente en la cultura y en las personas, en especial en su salud mental. Nuestro equipo de trabajo quiso enfocarse en el grupo de adolescentes, históricamente postergado y hacia el cual se pueden orientar acciones de prevención desde la APS. En la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 se observa un aumento importante de conductas de riesgo en adolescentes: consumo problemático de drogas, alcohol y tabaco, que conllevan invalidez y muerte por accidentes, suicidio y homicidio. Esto anticipa un aumento de los AVISA en este tramo de edad y de carga de enfermedad futura en adultos. A su vez el 9º estudio de CONACE del año 2010 muestra una tendencia a la baja en el consumo de todas las sustancias (alcohol, tabaco, marihuana y cocaína) entre 2008 y 2010, desconociéndose si esto se repite en IPA. Esto último a raíz de que no existen estudios que señalen la relevancia de los problemas de salud mental, probablemente debido a que solo el año 1966 Rapa Nui se incorpora a la nación chilena y se establecen las instituciones públicas en el territorio, incluida Salud, y que solo en años recientes incorpora un enfoque biopsicosocial que considera la salud de los adolescentes y la salud mental.

Objetivo:

Describir la presencia de síntomas de salud mental y el consumo de sustancias (alcohol, tabaco y drogas) en los adolescentes escolarizados de Isla de Pascua.

Material y Métodos:

Diseño descriptivo que consistió en la aplicación de 4 encuestas de autollenado (GHQ-12, AUDIT, Fagerström, Drogas) a los adolescentes escolarizados de los 3 colegios de la comuna con Enseñanza Media, previo consentimiento informado a las autoridades del colegio y los apoderados, y de carácter voluntario para la respuesta de los adolescentes. Dichas encuestas se aplicaron en cada curso por los investigadores. Una vez obtenidas, se ingresó a una base de datos y se evaluaron las variables edad, sexo, tipo de colegio (particular subvencionado, municipal) origen étnico, prevalencia de síntomas de salud mental, consumo de alcohol, hábito tabáquico y consumo de drogas mediante el sistema SPSS.

Resultados:

Se obtienen 293 registros validos, con un 56,3% de varones; con un promedio de edad de 15,7 años, teniendo la mayor proporción en 16 años (28,1%). La mayor proporción corresponde al colegio municipal (48,1%), siendo el resto de 2 colegios particulares subvencionados. Respecto a etnia, el 52% es mestizo y el 21,1% a rapanui. En el GHQ-12 el 6,8% de los que responden obtiene puntaje de 7 o mas indicativo de patología de salud mental, obteniéndose puntajes mas altos en mujeres que en hombres, con diferencia significativamente estadística (11,3 v/s 3,7). Asimismo, se observa mayor porcentaje de puntajes sobre 7 en grupos etarios mayores. En AUDIT el 4,8% obtiene puntaje de Beber en riesgo y el 1,7% Beber problema, no mostrando diferencias por sexo en el Beber en riesgo, pero sí una mayor proporción de hombres en el "Beber problema", con claro aumento del consumo a medida que se incrementa

la edad. En el consumo de tabaco se obtiene que un 13,6% de los adolescentes lo consume y un 10,5% de ellos presenta un nivel alto de dependencia, obteniendo una clara diferencia por sexo, pues el nivel de consumo en mujeres es mayor que en hombres (21,6% v/s 7,5%). En relación a la edad, el mayor consumo de tabaco se presenta en el grupo de 15 años. En el consumo de Drogas se obtuvo que un 28,2% presenta algún grado de consumo, y un 32,5% de ellos presenta un consumo problema, hallándose un mayor nivel de consumo en mujeres (30,9% v/s 26,1%), y en el grupo etario de 16 años.

Conclusiones:

Se obtuvieron prevalencias de síntomas de salud mental según el GHQ-12 menores a las cifras halladas en otros estudios al igual que menores tasas de consumo de tabaco. En cuanto al consumo de alcohol, para las categorías de beber en riesgo y beber problema, la muestra arroja resultados menores a la tasa nacional según el último estudio de CONACE. En relación al consumo de drogas se obtienen cifras 5 veces por sobre el promedio nacional en cuanto a prevalencia, y en cuanto al consumo problema esta cifra es claramente superior al promedio nacional (32,5% v/s 20,2%) según el último reporte de CONACE.

Si bien los resultados hallados en cuanto a la presencia de síntomas de salud mental, consumo de alcohol y tabaco son menores a los descritos en otros estudios, es preocupante el alto grado de consumo y de consumo problemático de drogas en los adolescentes de IPA, lo cual haría presumir, entre otras cosas, que presentan una baja percepción del riesgo asociado a éste. Por tanto, resultaría pertinente investigar con mayor profundidad los aspectos relacionados con el uso y consumo de drogas, a fin de contar con más antecedentes para generar estrategias locales de prevención y promoción en estas materias.

PREVALENCIA DE TABAQUISMO Y HÁBITOS DE CONSUMO EN ADOLESCENTES DE LA COMUNA DE ALGARROBO DURANTE LOS MESES DE MAYO - JUNIO 2012

Autores: **Villacreses T.**, Peña V., Saul C., Herrera P., Morales C. CESFAM Algarrobo

Introducción:

Chile es el país de América con mayor prevalencia en consumo de tabaco, según estadísticas de la Unidad de Tabaco del Ministerio de Salud. La prevalencia nacional del consumo en mayores de 15 años es de 40,6% (Encuesta nacional de salud 2010).

No hay datos actualizados de los hábitos tabáquicos de los preadolescentes y adolescentes de la comuna de Algarrobo.

Objetivo:

Determinar la prevalencia, frecuencia y hábitos de tabaquismo así como también el interés en dejar el hábito; en preadolescentes y adolescentes (entre 12 y 17 años) de colegios de la comuna de Algarrobo durante los meses de Mayo y Junio 2012.

Materiales y Método:

Se aplicó las encuestas Fagerstrom y Richmond a escolares de séptimo a segundo medio de colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Algarrobo durante los meses de Mayo y Junio 2012; posterior a esto se realizó una charla de tabaquismo y salud bucal a cada curso.

Se tabularon y analizaron los datos obteniéndose los siguientes resultados.

Resultados:

La prevalencia de tabaco fue del 21,7%, 49,1% correspondió a hombres y 50,9% a mujeres. El rango etario que presentó, mayor prevalencia fue entre 14 – 16 y a los 17 años la prevalencia cae a un 7%.

Al evaluar dependencia a la nicotina (test de Fagerstrom) se encontró que un 92.1% de los fumadores es dependiente muy leve o leve (, un 6.1% de ellos es moderado y un 1.8% presentan dependencia alta o muy alta.

Al preguntarles por su motivación para dejar de fumar (Test de Richmond) se encontró que un 46.5% presenta una motivación baja, un 23.7% presenta una motivación moderada y un 29.8% tiene una motivación elevada.

Conclusiones:

La prevalencia de tabaco de adolescentes de la comuna de Algarrobo fue menor a la media nacional, siendo similar en hombres y mujeres. El nivel de dependencia a la nicotina es bajo, sin embargo, no existe una elevada motivación para dejar de fumar.

PROGRAMA DE TBC CESFAM BELLAVISTA: ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS

Autores: **Riquelme, Carmen Gloria**; Saavedra Maureira, Horacio; Valenzuela Quiñones, Paulina; Gatica Baeza, Natalia. CESFAM Bellavista – Tomé

Introducción:

El CESFAM Bellavista de Tomé ha presentado una singular incidencia de casos heterogéneos de TBC los últimos 6 años, con localizaciones extrapulmonares no habituales para un centro de atención primaria. La TBC continúa siendo un problema de salud pública en Chile y no conocemos con certeza la realidad local. El programa de TBC considera vigilancia, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y control de todos los pacientes afectados por esta enfermedad en la población asignada.

Objetivo General:

Conocer la situación actual del programa TBC del CESFAM Bellavista.

Objetivo Específico:

Determinar distribución en la población por sexo y edad, disposición geográfica de los casos, localización, incidencia, comorbilidades, efectividad del tratamiento y estudio de contactos.

Materiales y Métodos:

Estudio descriptivo, corte transversal. Universo: Todos los pacientes inscritos en el libro de registro y seguimiento de TBC. Obtención de los datos: Libro de registro del programa TBC Bellavista.

Resultados:

El diagnóstico de Tuberculosis se realizó en 24 pacientes con un promedio de edad de 44,95 años, siendo el 70,83% hombres y el 29,16% mujeres. De estos fueron 62,5% pulmonar y 37,5% extrapulmonar, con presencia de 8,3% ganglionar, 8,3% pleural, 4,16% intestinal, 4,16% uveítis TBC, 4,16% meníngea, 4,16% renal, 4,16% Laríngea y 4,16% Mal de Pott (las 2 últimas simultáneas en mismo paciente). La incidencia más alta del Cefam Bellavista fue el año 2010 con 13,35 por c/100.000 habitantes, con un promedio los últimos 6 años de 6,54 por c/100mil habitantes. El 95,83% era virgen al tratamiento y el 4,16% fue antes tratado. Los factores de riesgo presentes fueron VIH(+) en 12,5%, alcoholismo crónico 8,3%, hacinamiento 4,16%, postración 4,16%, sin antecedentes consignados el 70,83%. La distribución geográfica fue un 45,84% urbana y 54,16% posta rural, destacando Dichato con un 29,16% del total de casos y una incidencia el año 2010 de 65,42 por c/100mil habitantes. El abandono fue de un 4,16% (1 paciente). El resto completó tratamiento y se obtuvo curación en el 100%. No hubo fallecidos durante el tratamiento. Del estudio de contactos se detectó 1 caso, correspondiente al 4,16% y se realizó quimioprofilaxis a 2 pacientes con "infección TBC" por 6 meses.

Conclusiones:

La distribución por sexo es de predominio masculino y la edad se concentra en la adultez media, con un caso de TBC infantil. La distribución geográfica muestra predominio de población rural, destacando la población de Dichato con una incidencia 3,6 veces mayor que la nacional en el año 2010. La incidencia promedio del Cesfam Bellavista fue inferior a la nacional de (6,54 vs 14,2 x 100.000 habitantes), por lo que podríamos pensar que se encuentra en etapa de eliminación avanzada; sin embargo, ésta estaría dada por el bajo índice de pesquisa (IP) de 33, siendo la recomendada 50. Se aprecia una gran variedad de localizaciones, destacando que la extrapulmonar es superior al nivel nacional (37,5% vs 24% nacional) en esta casuística. Dentro de los factores predisponentes aparecen el ser VIH (+), alcoholismo crónico y hacinamiento, factores de conocida relación con TBC. La curación alcanzó el 100%, con un bajo índice de abandono, alcanzando el objetivo recomendado por la IMS (<5%). El hecho de encontrar casos positivos durante el estudio de casos refuerza la importancia del mismo así como el seguimiento en este tipo de pacientes. Debe mejorarse el índice de pesquisa para obtener una incidencia más cercana a la realidad pues estimamos está subvalorada.

REPRESENTACIONES SOCIALES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTROSIS Y SUS FAMILIARES EN RELACIÓN A LOS CONSTRUCTOS PRÁCTICOS DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Autores: **Acuña Sandoval, Marlys**. CESFAM Las Animas, Valdivia

Introducción:

La importancia de la Osteoartritis(OA) está dada por su alta prevalencia, el significativo número de síntomas y secuelas que ocasiona a quienes la padecen y el impacto que todo lo anterior tiene tanto en el individuo, como en su familia y la sociedad. No hay métodos consistentemente eficaces para prevenir o retardar su progresión, y los tratamientos proporcionan un beneficio limitado para un gran número de pacientes. La percepción de los pacientes respecto de la enfermedad apunta a que la complejidad de la vida con artrosis y sus consecuencias ha sido subestimado por los Sistemas de Salud hasta ahora. Este estudio se enfoca a conocer los sentidos y significados que tienen pacientes, familiares y médicos respecto de la osteoartritis.

Objetivo General:

Examinar las Representaciones Sociales de los pacientes y sus familias respecto de la OA y sus diferencias y similitudes con los Constructos Prácticos de los médicos tratantes en relación a la OA en la Atención Primaria de Salud.

Objetivos específicos:

1. Describir el concepto de la artrosis y sus aspectos significativos para los pacientes portadores, sus familiares y el concepto de los médicos tratantes respecto de sus pacientes.
2. Determinar cuál es la sintomatología más significativa de la artrosis para los pacientes, familiares y para los médicos tratantes.
3. Conocer la visión de los pacientes, familiares y de los médicos sobre el tratamiento que han recibido, su eficacia y el tratamiento ideal.
4. Conocer la percepción de los pacientes, familiares y médicos sobre el pronóstico de la enfermedad.
5. Describir la visión de los pacientes, familiares y médicos sobre la relación médico-paciente en el contexto de la artrosis.
6. Describir el rol de la familia, desde la perspectiva de los pacientes, familiares y médicos en el contexto de la artrosis

Materiales y Métodos:

Se realizó un estudio Cualitativo,(por ser el mejor enfoque para obtener fenómenos en forma holística) exploratorio, de corte transversal. Se definió a la población a estudiar como pacientes con OA de manos, cadera y/o rodilla que se atienden en el CESFAM, familiares de pacientes y médicos tratantes. Se utilizó el muestreo por intensidad, se realizaron focus group a los pacientes y familiares con osteoartritis,y se aplicaron entrevistas semiestructuradas a los médicos tratantes. Los datos son grabados y transcritos a textos y se procede a realizar la separación de la información en unidades temáticas, realizándose síntesis y agrupamiento de los datos en categorías de análisis.

Resultados:

Se realizaron 3 grupos focales a pacientes (total 29), A familiares se les realizó 1 grupo focal . Se llevaron a cabo 4 entrevistas semiestructuradas a médicos del centro. Concepto artrosis: Para pacientes y familiares la OA es una enfermedad con un significado muy ominoso que comparan con el cáncer, que trastoca por completo su vida en términos negativos y que genera gran angustia. Para los médicos su significado es menos negativo. Síntomas: Los pacientes y sus familiares coinciden en que el dolor es el síntoma principal y comentan cómo este cambia por completo sus vidas y sus roles, que impide el sueño, y no los deja vivir. Los médicos coinciden en que es dolor el síntoma principal, pero no ven en él un impacto tan grande en los pacientes. Tratamiento: Pacientes y familiares consideran el tratamiento farmacológico poco efectivo e insatisfactorio, esperan un tratamiento curativo. Valoran más el tratamiento no farmacológico. Los médicos lo consideran adecuado. Los obstáculos al tratamiento son los costos, falta de red de apoyo, falta calidez humana de los profesionales tratantes, acceso a tratamientos no farmacológicos y a atención médica de calidad, y en esto concuerdan los 3 grupos. En el tratamiento ideal los pacientes esperan tratamiento curativo, profesionales cercanos y de confianza, mayores tiempos de atención y mejor acceso a la atención. Los familiares dan importancia a la educación, terapias complementarias y mejor acceso a fármacos. Los médicos idealizan el tratamiento en términos de aumentar el recurso humano para intervención social y familiar, junto a mejor acceso a tratamientos médicos. Pronóstico: Familia y pacientes lo ven en términos de muerte prematura por los efectos secundarios de los tratamientos e invalidez. Los médicos la consideran una enfermedad de buen pronóstico en la mayoría de los casos. Rol de la Familia y relación profesional-paciente: Son consideradas parte muy importante como apoyo y parte del tratamiento por los 3 grupos entrevistados.

Conclusiones:

Los pacientes con OA y sus familiares consideran esta enfermedad altamente invalidante, y para ellos tiene una connotación casi igual a tener cáncer. Los médicos la representan de forma más positiva. Existe una brecha importante entre las expectativas de los pacientes y de los médicos en cuanto al tratamiento y su eficacia, los primeros esperan cura, los médicos mejoría. Un aspecto muy valorado por los pacientes y sus familias es el buen trato de los profesionales de salud. Los médicos difieren de pacientes y familiares en su representación del pronóstico de la OA. El rol de la familia y de la relación profesional-paciente es vista de gran importancia en el manejo de esta enfermedad coincidiendo los 3 grupos.

SALUD MENTAL DE ADOLESCENTES CON OBESIDAD EN OSORNO, DECIMA REGION, CHILE.

Autores: **Jorge Mora, Fabiola;** Toro Alvear, Alejandra. Centro de Salud Familiar Dr. Pedro Jauregui Castro, Osorno.

Introducción:

La Obesidad constituye un **problema mayor de Salud Pública por su alta prevalencia**, se presenta en forma de epidemia, aumentando la morbimortalidad y reduciendo las expectativas de vida. La prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en nuestro CESFAM es del **58.6%**. Son familias en riesgo biopsicosocial; con problemas judiciales, violencia intrafamiliar, síndromes ansiosos y depresiones. Insistir solo en dieta y ejercicio es destinarse a fracasar si olvidamos lo fundamental de **involucrar a la familia y plantear un abordaje multidisciplinario** incluyendo médicos de familia, psicólogos, asistentes sociales, talleres grupales y consejerías familiares en cualquier estrategia pensada para mejorar el estado nutricional del adolescente.

Objetivos:

Caracterizar la salud mental de los adolescentes con obesidad, detectando episodios depresivos, conociendo su situación psicoemocional, la funcionalidad familiar, y la percepción familiar del adolescente

Materiales y Métodos:

Adolescentes con obesidad CESFAM Dr. P. Jáuregui, entre 11 y 17 años, ambos sexos, con IMC \geq P95 para edad sexo y estadio Tanner, según tabla (NHCS; CDC) 2000, según OMS. Medición de **Apgar Familiar** (cualitativa, rápida y panorámica de los cinco componentes básicos de la función familiar según Smilkstein: Adaptabilidad; Participación; Gradiente de crecimiento; Afecto; Resolución). Se evaluó Depresión con escala CIE-10. Se aplicó encuesta de **Vida Social y Situación Psicoemocional** de la Ficha CLAP-OPS/OMS. La sección vida social investiga relación del adolescente con pares, la variable aceptación muestra en forma global integración al medio, si tiene pareja, amigos y si realiza actividades grupales. La situación psicoemocional evalúa el desarrollo de identidad y estado emocional autopercebido del adolescente.

Resultados:

Se diagnosticó **DEPRESION** en 26,5%. Se encontraron numerosos **problemas de salud mental** tales como CI límite, VIF, encopresis, alcoholismo paterno, crisis familiares, crisis de pánico, depresiones maternas, trastorno del desarrollo de la personalidad, trastornos adaptativos, duelo, insomnio, síndrome de déficit atencional, estrés postraumático, bullying. Durante la investigación se realizó visita domiciliar de seguimiento y diagnóstico a las familias según la disfunción y problemática social en la entrevista y consejería médica. Valores de Apgar variaron entre 2 y 10 puntos, disfuncionalidad severa 2,4% y moderada 22,9%. El 1,2% de los adolescentes con obesidad se sienten rechazados por sus pares, ignorados en un 3,6%. Su imagen corporal causa preocupación en el 77,1%, y les impide relacionarse con otros en el 10,8% de los casos. 53% no realiza ningún tipo de actividad grupal. 6% se percibe nervioso, 4,9% tímido, 8,4% triste y 6% reconoce no tener ningún amigo. Disfunción familiar fue diagnosticada por el médico familiar en el 33,7%, según la entrevista médica, visita del asistente social, informe escolar, pauta de depresión y apgar familiar.

Conclusiones:

Se detectaron e intervinieron **problemas de salud mental en el adolescente**. El porcentaje de depresión encontrado es un poco más elevado que en adultos en general. Se detectó e intervino la **disfuncionalidad familiar**. Al igual que estudios locales previos, los adolescentes consideran un soporte fundamental a su familia, incluso en aquellos casos en que hay disfuncionalidad, obteniendo puntajes promedios elevados (el grado de funcionalidad percibido por los profesionales difiere en más del 10% respecto de la percepción del adolescente). **La funcionalidad familiar** debería considerarse una necesidad básica. Algunos adolescentes con obesidad se sienten rechazados y socialmente excluidos; presentan problemas de autoestima, y redes sociales y actividades grupales más escasas. Nos parece impresionante que existan adolescentes obesos que se vean tan afectados en su autoestima como para impedir su relación con otras personas, privándose de amigos y apoyo social en general.

Estamos lejos de aquellas épocas en que dolor de garganta se trataba con analgésicos, demencia con sedantes y depresión con antidepresivos; **hoy las enfermedades son vistas desde otra perspectiva, mucha mas amplia y mucho más compleja también, y que nos desafía como actores de la salud**. La obesidad es reflejo de una dieta inadecuada y de sedentarismo, pero también es reflejo de disfuncionalidad familiar, de déficit de autoestima y depresión; por lo tanto, ninguna estrategia que no contemple todas las aristas del problema debe plantearse como efectiva en Atención Primaria. **Consejerías e Intervenciones individuales y familiares**, para evaluar disposición al cambio, detectar patrones que refuerzan conductas disfuncionales y estimular aquellas positivas hacia una vida más saludable son fundamentales. El conocimiento de las dinámicas familiares constituye un valioso aporte para los programas preventivos y asistenciales que tengan como foco la salud integral del adolescente.

SINDROME DE BURNOUT PERCIBIDO EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL CESFAM SANTA ROSA EN TEMUCO: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS.

Autores: **Rickenberg E., Karinne Dra.(1)**; Rickenberg E., Lindsay (2)

(1 Médico Cirujano, CESFAM Santa Rosa, Temuco. 2 Alumna Interna. Carrera de Medicina, Universidad de la Frontera. Temuco)

Introducción:

El Síndrome de Burnout descrito por primera vez en los años setenta, fue caracterizado por Maslach y Jackson en 1981 como una respuesta inapropiada al estrés laboral que enfrentan los profesionales y técnicos de salud definido por un alto nivel de agotamiento emocional, alto nivel de despersonalización y bajo nivel de realización personal. Actualmente es considerado un proceso, determinado por la interacción de diversos factores internos y externos del trabajador. Este fenómeno ha sido evaluado con una variedad de instrumentos pero de entre todos ellos el Maslach Burnout Inventory (MBI) ha sido el más validado para este fin.

Objetivo General:

Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout percibido por los profesionales y técnicos de salud que trabajan constantemente en la atención directa de pacientes del CESFAM.

Objetivos Específicos:

1. Estudiar los factores biodemográficos asociados al Burnout percibido.
2. Relacionar el Burnout con los aspectos de la esfera personal y laboral.

Material y Método:

Estudio observacional de corte transversal, realizado en mayo del año 2012. A través de la aplicación del instrumento MBI impreso (consta de 22 ítems con respuesta en una escala de Likert de 7 opciones en relación con la frecuencia en que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo) y entregado en forma directa, dejando 1 día para responder la encuesta en forma anónima y devolviendo ésta al mismo profesional. En la cual además se incluyó datos biopsicosociales como rango etario, sexo, profesión, tiempo trabajando en salud, estado civil, presencia de enfermedades crónicas, horas de dormir, realización de turnos, trabajos fuera de horario. El criterio de inclusión fue: Profesionales o Técnicos que trabajan en forma directa en la atención de pacientes. Excluidos de este estudio por lo tanto, Tecnólogos Médicos, Químico Farmacéutico, Oficiales Administrativos y Auxiliares de Aseo que no realizan esta función. Participaron el total de funcionarios registrando una muestra de 76. Dentro de ellos: Médicos, Enfermeras, Nutricionistas, Kinesiólogos, Matronas, Psicólogos, Asistentes sociales, Educadora Diferencial, Técnicos de Enfermería de Nivel Superior y Técnicos de Enfermería.

Resultados:

De los 76 funcionarios un 73% son mujeres y 27% son hombres. El 59% de los funcionarios se encuentra entre los 31-50 años de vida. Presentaron enfermedades crónicas un 28%. Eran casados 53.3%, solteros 33.3%, separados o divorciados 13.3%, y viudos 0%. Trabajando en salud un promedio de 13.5 años. Duermen en promedio 6 horas por noche. Presentaron la Sensación de Estar Quemados un 36% La prevalencia de Síndrome de Burnout fue de un 4%. Se demostró Alto nivel de Agotamiento Emocional en el 28% del personal encuestado. Alto nivel de Despersonalización en el 18% y Bajo nivel de Realización Personal en el 20% de los funcionarios. Un 51% se encuentra agotado al final de la jornada y un 42% se encuentra cansado cuando se levanta por las mañanas y tiene que enfrentarse a otro día de trabajo.

Conclusiones:

A pesar de que la percepción de estar quemado y la sensación de estar agotado al final de la jornada la expresan un alto porcentaje de los encuestados, la prevalencia del síndrome de Burnout es baja. Los funcionarios de este CESFAM trabajan en un sector de la comuna de Temuco que se caracteriza por la delincuencia, el bajo nivel educacional y socioeconómico y el envejecimiento poblacional. El principal aporte de este estudio es poner de manifiesto una realidad en salud hasta ahora poco conocida pero muy importante en sus implicancias, por lo que debería ser considerada en las estrategias de prevención y promoción.

Palabras claves: Síndrome de Estar Quemado, Burnout, Síndrome de desgaste profesional.

TENDENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES MODIFICABLES EN ADULTOS BAJO CONTROL EN EL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR DEL SECTOR BLANCO DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR N° 4, RANCAGUA.

Autores: **España Naranjo, Lenin Dr.**, Astaburuaga Espinoza, Daniela Dra., Carrizo Cervilla, Catalina Dra., Cañedo Valdés, Roberto Dr. Sector Blanco del Centro de Salud Familiar N° 4, Rancagua

Introducción:

Según la Organización Mundial de la Salud, en un informe emitido en el año 2011, la patología cardiovascular es la principal causa de muerte en todo el mundo. Para Chile la realidad es similar y según datos del Ministerio de Salud, las causas de las Enfermedades Cardiovasculares están bien definidas y son bien conocidas. Entre las causas más importantes de Cardiopatía Isquémica y Accidente Cerebro Vascular están los llamados "factores de riesgo modificables": dieta inadecuada, obesidad, sedentarismo y consumo de tabaco; responsables de aproximadamente un 80% de estas patologías. Analizar y conocer la realidad respecto a estos factores de riesgo en nuestra población es fundamental para aplicar una adecuada Atención Primaria de Salud y disminuir a futuro la morbimortalidad por estas causas.

Objetivos:

Conocer la tendencia de los factores de riesgo modificables para enfermedades cardiovasculares: tabaquismo, obesidad, sedentarismo, y dieta inadecuada en adultos bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular del Sector Blanco del Centro de Salud Familiar (CESFAM) N° 4, Rancagua, entre Enero del 2011 a Marzo del 2012, identificando su prevalencia y los cambios de estos durante el periodo bajo control.

Materiales y métodos:

Se realizó la revisión de la información registrada en la "Tarjeta de Actividades y Control de Salud del Adulto de 20 y más años", obteniendo una muestra de 486 pacientes con edades entre 20 y 64 años, diagnóstico de Hipertensión Arterial Primaria y/o Diabetes Mellitus tipo 2, con al menos 3 controles por médico, enfermera y/o nutricionista en el Programa de Salud Cardiovascular en el Sector Blanco del CESFAM N°4, Rancagua, durante el periodo de Enero del 2011 a Marzo del 2012. Se diseñó una planilla Excel en la que se consignó edad, sexo, tabaquismo, obesidad (IMC \geq 30), sedentarismo y dieta inadecuada. Dentro de cada factor de riesgo modificable se especificó su presencia o ausencia en el primer y último control registrados entre el periodo estudiado y su evolución.

Resultados:

De un total de 831 pacientes bajo control, 486 pacientes cumplían con los criterios de inclusión del estudio, 311 mujeres y 175 hombres. De esta población un 22.42% tenía hábito tabáquico, 55.96% eran obesos, 71.19% sedentarios y 56.58% tenían una dieta inadecuada en el primer control. En el último control registrado un 20.57% tenían hábito tabáquico, 55.3% eran obesos, 77.7% eran sedentarios y 60% mantenían una dieta inadecuada. Luego de un año bajo control el 84.4% de los pacientes que fumaban continuaron con esta conducta y solo un 16.5% suspendieron el consumo de cigarrillo. Respecto a los no fumadores, un 2.6% comenzaron a fumar. En cuanto a la población obesa, solo el 6.6% logró mejorar este parámetro (pasar a ser catalogado como sobrepeso o normo peso). De los no obesos (IMC<30) el 6.57% aumentaron su IMC a rango de obesidad. De los pacientes sedentarios un 11.56% comenzó a realizar actividad física de manera regular. Por otro lado, de la población no sedentaria un 47.1% dejaron de hacer actividad física. Finalmente en relación a la dieta observamos que el 78.54% de los pacientes que no siguieron una dieta adecuada mantuvieron

este factor de riesgo, y un 21% mejoró sus hábitos alimenticios; sin embargo un 26% de aquellos que llevaban una dieta saludable no la pudieron mantener a lo largo del periodo analizado. De los pacientes estudiados un 9.8% no posee factores de riesgo, un 21.19% tenían un factor de riesgo, el 25.5% dos factores de riesgo, el 37.4% tres factores de riesgo y el 5.9% tenían los cuatro factores de riesgo presentes, siendo la asociación más frecuente obesidad, sedentarismo y dieta inadecuada.

Conclusiones:

Existe una alta prevalencia de cada factor de riesgo modificable evaluado en la población bajo control, destacando la obesidad, el sedentarismo y la dieta inadecuada, que se presentaron en más de la mitad de los casos. En el segundo control la presencia de factores de riesgo fue muy similar, observándose un aumento en el sedentarismo y la dieta inadecuada. Un pequeño porcentaje mostró mejoría respecto a sus factores de riesgo tendiendo la gran mayoría a mantenerlos a lo largo del tiempo. Por otra parte, hubo algunos que adquirieron estos factores de riesgo en la última evaluación, destacando el sedentarismo en quienes realizaban actividad física, seguido por los hábitos alimenticios inadecuados en quienes hacían dieta. Finalmente podemos darnos cuenta que la minoría de los pacientes realizaron cambios positivos con respecto a sus factores de riesgo modificables, haciéndose muy importante potenciar la educación por parte del equipo multidisciplinario del Programa de Salud Cardiovascular, con el fin de lograr mayor impacto en ellos y disminuir el riesgo de morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares a futuro.

TENDENCIAS Y CARACTERIZACIÓN DE CONSULTAS MÉDICAS ESPONTÁNEAS EN EL 1º SEMESTRE DEL 2012, EN UN CESFAM DE PUERTO MONTT

Autores: **Nova Muñoz, Víctor Dr.**; Schmidt Kretschmar, Daniela. CESFAM Antonio Varas, Puerto Montt

Introducción:

Los cupos médicos resultan un recurso valioso y relativamente escaso dentro de las prestaciones en los centros de salud de atención primaria, por lo que necesitan ser cuidadosamente administrados y distribuidos en la población inscrita.

Hay dos prestaciones en que los usuarios las pueden solicitar espontáneamente: consulta de morbilidad médica y consulta de SAPU (servicio de atención médica de urgencia), pero existe la percepción dentro de los trabajadores de los centros de salud, que hay algunos usuarios que las sobreutilizan, en cambio otros, que nunca la han utilizado.

Contextualizando, el CESFAM Antonio Varas de Puerto Montt cuenta con una población de 36.201 usuarios inscritos al 2012, con una dotación de 7 jornadas médicas completas y en el SAPU cuenta con un solo médico en el turno (Lunes a Viernes 7 horas y Sábado, Domingo y Festivos 16 horas)

En el presente trabajo haremos una revisión de las consultas médicas espontáneas en un período de tiempo, 1º semestre del 2012, para formular medidas de dispersión y de tendencia central.

Objetivo General:

Conocer las características y tendencias las consultas médicas espontáneas en el 1º semestre del 2012, en el CESFAM Antonio Varas, Puerto Montt

Objetivo Específicos:

1. Sistematizar las consultas médicas de morbilidad del CESFAM Antonio Varas, durante el 1º semestre del 2012
2. Sistematizar las consultas de SAPU Antonio Varas, durante el 1º semestre del 2012
3. Objetivar en los datos sistematizados medidas de tendencia de dispersión y de tendencia central

Materiales y Métodos:

Trabajo de investigación descriptivo, transversal. Se realizó una revisión en la base de datos del CESFAM, de la cantidad de usuarios inscritos, de las consultas médicas de morbilidad y las de SAPU, donde se sistematizó la información, eliminando los inasistentes en las consultas del CESFAM y los NEAs (No espera atención) del SAPU y se la unió en un archivo Excel, donde se unificaron las listas bajo variables de interés: fecha de consulta, rut del usuario y rango etéreo (recién nacidos/lactantes, prescolares, adolescentes, adultos jóvenes, adultos medios y adultos mayores) y se realizaron filtros, tablas dinámicas, promedios, desviación estándar y porcentajes, esto en relación al total de los usuarios inscritos, segmentados por grupos etéreo, incluyendo a los que no habían consultado en el período, como parte del universo.

Resultados:

En el período de estudio hubo 36.201 usuarios inscritos, de los cuales 973 eran recién nacidos/lactantes, 1598 prescolares, 2980 escolares, 5630 adolescentes, 12613 adultos jóvenes, 8240 adultos medios, 4167 adultos mayores. Hubo 22.155 consultas médicas espontáneas, de las cuales el 35 % correspondió a consultas en el CESFAM y el 65% consultas en el SAPU. En relación a la distribución de los grupos etéreos a que pertenecían los consultantes, el 11% eran recién nacidos/lactantes, el 9,1% a prescolares, el 9,3% a escolares,

el 12,7% a adolescentes, el 10,4% a adultos jóvenes, el 21,7 a adultos medios, el 12,2 a adultos mayores.

En cada grupo etáreo, el promedio y su desviación estándar de consultas por cada usuario inscrito en el primer semestre fue: recién nacidos/lactantes promedio 2,5 consultas médicas espontáneas/1° semestre 2012, desviación estándar (DE) ± 2 ; prescolares, promedio $1,3 \pm 1,6$; escolares promedio $0,7 \pm 1,1$; adolescentes, promedio $0,5 \pm 0,9$; adultos jóvenes, promedio $0,2 \pm 0,6$; adultos medios, promedio $0,6 \pm 1,2$ y adultos mayores, promedio $0,7 \pm 1,3$

Conclusiones:

Es interesante destacar que la población inscrita en nuestro centro tiene una pirámide poblacional en vías de envejecimiento.

A pesar del rango etáreo de recién nacidos/lactantes, prescolares y escolares es relativamente estrecho en años, en relación a los otros, concentran cada uno y juntos una gran cantidad de consultas. Siendo los adultos mayores una población que tiene muchas patologías por el envejecimiento, tiene sólo un porcentaje de consultas del 12,2%, menor a lo esperado.

En relación a los promedios, destacan como los que tienen mayores consultas los recién nacidos/lactantes con 2,5 consultas médicas espontáneas/1° semestre y los más bajos a los adultos jóvenes

En relación a la dispersión, nuevamente los recién nacidos/lactantes tienen la más alta cifra y los con menor dispersión son los adultos jóvenes

**DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO COMUNITARIO CESFAM ALGARROBO 2012,
EXPERIENCIA EN SALUD FAMILIAR.**

Autores: **Herrera Paola**; Villacreces Tamara; Morales Claudia; Contreras Jimena; González Silvia; Ojeda Katty. CESFAM ALGARROBO.

Trabajo de Experiencia Ganador

Antecedentes:

Se enmarca en el contexto del modelo de salud familiar, para analizar la situación de salud del usuario externo, con el fin establecer un espacio de contacto directo y comunicación entre la población y el equipo de salud. Realizado por el equipo gestor de salud familiar con colaboración del Consejo Local de Salud (CLS).

Objetivos:

1. Favorecer la participación de los usuarios y estimular que se involucren en los cuidados de salud la comunidad.
2. Profundizar el conocimiento de la realidad local y los factores socioculturales determinantes de su salud.
3. Identificar los problemas de salud que la población considera prioritarios.
4. Plantear posibles soluciones a los problemas identificados en base a los recursos disponibles.

Desarrollo:

Se realizaron reuniones con la comunidad a través de una convocatoria realizada mediante afiches, volantes, radio, dirigentes locales y CLS en los diferentes sectores de la comuna (rural y urbano) con una asistencia de 96 personas de diversos grupos etarios.

El equipo gestor del establecimiento presentó el modelo de salud familiar y se trabajó en diagnóstico participativo en grupos pequeños con un moderador miembro del equipo. Se plantearon, se priorizaron y se desarrollaron estrategias y/o posibles soluciones para los diferentes problemas encontrados.

Se sintetizó la información y se realizó un recuento de la información encontrada a la comunidad a los dos meses de realizado el diagnóstico.

Se incorporaron diferentes iniciativas al plan de salud comunal 2013.

Resultados y/o conclusiones:

El diagnóstico participativo realizado tuvo gran impacto en el equipo de salud al diferenciarse claramente las preocupaciones de la comunidad.

Los problemas que fueron mencionados en mayor medida son:

- Falta de información y difusión de actividades a usuarios
- Urgencia 24 hrs al día
- Drogas y alcohol en la población (venta y consumo)
- Diabetes Hipertensión, artrosis y obesidad
- Salud mental en la población
- Sensación de falta de móvil para traslados
- Ausencia de oficina de Medio Ambiente
- Falta de implementos para actividad física en plazas
- Falta de horas dentales
- Multiplicidad de funciones en SOME

I CONGRESO CONJUNTO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y
AGrupación NACIONAL DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA
4, 5 y 6 de Octubre 2012

- Mal trato funcionarios
- Falta de medicamentos

Por lo que se está trabajando en elaborar un plan de salud que considere la opinión de la comunidad y entregar las herramientas para que se gestionen los proyectos que no dependen del equipo de salud.

CONVERSATORIO LACTANCIA MATERNA

Autores: **Hernández N., Laura**; Escalona V., Alejandra; Veas, Gisella. CECOSF Las Palmas Chilenas y Parcela 11, Forestal Alto, Viña del Mar.

Antecedentes:

El Conversatorio es una actividad educativa y de participación Comunitaria, que se enmarca dentro de las actividades promocionales y preventivas de nuestro CECOSF, en donde se establece un espacio protegido para la conversación y reflexión sobre el ámbito de la Lactancia Materna Exclusiva. En ella participan mujeres que se encuentren amamantando, gestantes en el último trimestre y sus familiares más cercanos, a los que se suman representantes de las organizaciones sociales del sector y parte del equipo de salud.

A través de testimonios filmados de madres que han tenido la experiencia de haber alimentado a sus hijos e hijas a través de LME, se invita a las y los participantes a reflexionar, incentivando la expresión tanto de los “mitos” y “temores” en torno a ello, como de las buenas prácticas y experiencias obtenidas. Lo que facilita y promueve la incorporación, o el refuerzo de la LME al resaltar desde sus vivencias los beneficios evidentes e inmediatos que la lactancia tiene tanto para el bebé, como para la madre (y la familia). La instancia permite la posibilidad de anexar otras informaciones relevantes para esta etapa del ciclo vital familiar, como guías anticipatorias que promueven la incorporación de pautas de estimulación temprana, prácticas de apego y vínculos sanos que permiten el desarrollo óptimo del crecimiento, y modelan el buen trato al interior del grupo familiar. Así también se realiza degustación de productos lácteos elaborados con Leche Purita Mamá, para reforzar el uso y la aplicación culinaria de ella.

Objetivos:

1. Mejorar nuestros indicadores de LME hasta los 6 meses de edad, involucrando en esta tarea al conjunto de la comunidad y sus familias, vinculando la LME con el desarrollo físico y psicoafectivo de los niños y niñas de nuestro sector.
2. Promover el vínculo y apego sano de la madre y los otros significativos con el lactante.
3. Aumentar el consumo de Leche Purita Mamá, mediante la degustación de preparaciones utilizando el producto.

Desarrollo:

El conversatorio es el resultado de un trabajo multidisciplinario (nutricionista, psicóloga y Médico del Sector), y consta de 3 etapas para su ejecución:

- a) Preparación de material escrito (guías anticipatorias para el primer año de vida) y material audiovisual, que considera la realización de un video que recopila experiencias y testimonios de madres que hayan tenido LME exitosa con sus bebés.
- b) Difusión y convocatoria, a través de invitaciones a grupos de interés (Madres que amamantan, gestantes de último trimestre).
- c) Realización de la actividad: Bienvenida y presentación del equipo de salud a cargo y de los asistentes todos, introducción al tema, ronda de experiencias en torno a la LME, proyección de material audiovisual, reflexión acerca de los beneficios, entrega de material escrito (guías anticipatorias) a través de participación activa, firma de compromiso para la difusión sobre los contenidos de la actividad, degustación de preparaciones con “purita mama” y entrega de recetario, cierre en plenario, aplicación de encuesta evaluativa de la actividad y sus contenidos, entrega de certificación a los participantes.

Resultados y/o conclusiones

Se considera la instancia como enriquecedora para las y los participantes, puesto que ven reforzados los aprendizajes en torno a los múltiples beneficios de la LME, aumentando con ello la motivación de aquellas mujeres gestantes que asisten. Se incorpora el conocimiento de los usos alternativos y atractivos de la Leche Purita Mamá.

Las y los usuarios asistentes perciben al equipo del Cecosf más cercano y atento a las necesidades de las familias y en especial de los bebés, lo que favorece adherencia a controles y en general a los otros servicios del Centro de Salud. Resaltan la posibilidad de contar con espacios “fuera del box”, para encontrarse con otras y otros (miembros de la comunidad, equipo de salud), para intercambio de experiencias tan “nutricias” como es la LME.

EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN PREFERENCIAL PARA ADULTOS MAYORES EN UN CENTRO PRIVADO DE SALUD

Autores: Diego Justiniano¹, Daniel Rojas¹, Philippa Moore², Ana Ruiz³,

(1) Médico residente de Medicina Familiar PUC (2) Médico docente del Departamento de Medicina Familiar PUC

(3) Enfermera coordinadora Unidad de Medicina Familiar del Centro Médico San Joaquín, Red de Salud UC

Antecedentes:

La población de adultos mayores en Chile ha crecido en forma acelerada, así como la demanda de atención de salud para este grupo etario. En el sistema público existen distintas prestaciones focalizadas para este segmento, que incorporan controles con médicos, enfermeras y otros profesionales, no así en el sistema privado de salud, donde las atenciones se realizan principalmente por médicos.

Este programa se inicia en Abril del 2011 y busca mejorar la salud de los mayores de 65 años consultantes en la Unidad de Medicina Familiar del Centro Médico San Joaquín de la Red de Salud UC, y crear una atención de excelencia para los adultos mayores (AM). Se centra en una Valoración Geriátrica Integral (VGI) basada en la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM), realizada por una enfermera y coordinada con otros integrantes de la red.

Objetivo General:

Realizar una evaluación de los procesos del programa, con el fin de analizar su implementación y contexto; y obtener aprendizajes que permitan mejorar su ejecución y futuras intervenciones en este ámbito.

Objetivos Específicos:

1. Describir el funcionamiento general del programa.
2. Analizar datos cuantitativos según indicadores preestablecidos.
3. Obtener información relevante para retroalimentar el programa.

Desarrollo:

Se realiza revisión de bases de datos y ficha clínica electrónica (FCE) de los primeros 15 meses de desarrollo del programa. Los pacientes fueron derivados por médicos a evaluación por enfermera.

Desde Abril de 2011 han ingresado 40 pacientes. La edad promedio de ellos es de 76 años, con variabilidad entre 60 y 96 años. El 80% de ellos son mujeres. El 55% son viudos o viudas. En cuanto al nivel educacional, el 65% tiene niveles de educación media o universitaria complete. Un 45% son dueñas de casa. Un dato importante para las proyecciones del programa es que el 80% de los pacientes tienen como previsión FONASA y el 17% alguna ISAPRE.

La mayoría de los médicos que han derivado pacientes han sido residentes o docentes que tienen la Unidad de Medicina Familiar como lugar principal de trabajo. La latencia promedio de espera desde que los pacientes fueron derivados desde el médico a enfermera ha sido de 6,3 días.

VARIABLES CLÍNICAS:

Luego de la evaluación, el 80% de los pacientes se clasifican como autovalentes, 20% en riesgo de dependencia. El 28% de los pacientes presentan riesgo de caídas. El 35% de los pacientes tienen HTA, un 7,5% DM y 15% ambas patologías. 66% de los pacientes hipertensos estaban compensados, y un 29% de los que no declaraban patologías tenían la presión elevada. 37% de los pacientes tienen un IMC en rangos normales, 35% sobrepeso, 13% obesidad, y enflaquecidos un 15%.

Conclusiones:

Todos los pacientes han sido derivados por médicos y evaluados por enfermera, con una atención expedita e integral. Los médicos derivadores han sido una baja proporción de los que trabajan en la Unidad, pero son los que tienen más horas de atención en ella. La gran mayoría de los pacientes son autovalentes y tienen FONASA, pudiendo orientar en el futuro el foco a esos pacientes, o girando hacia las atenciones de los pacientes con ISAPRE pero ofreciendo otra canasta de prestaciones, involucrando en la confección de esta a la aseguradora, esto debido a que los costos actuales no son solventados por el pago por prestación de los pacientes.

Las evaluaciones cualitativa y económica del programa se hacen imperiosas para objetivar la sustentabilidad de este en el tiempo, procedimientos que se desarrollarán en los próximos meses.

EXPERIENCIA DE ATENCIÓN SALUD MENTAL INTEGRAL. CESFAM Arturo Baeza Goñi

Autores: Monsalves, Marisol (Psicóloga); Aliaga, Gustavo (Trabajador social); Rodríguez, Paola (Médico de Familia), CESFAM Arturo Baeza Goñi

Antecedentes:

El tipo de intervención nace de la necesidad de aunar criterios en relación a la atención de personas con conflictivas psicosociales recurrentes, lo que se traducía en pacientes policonsultantes en las atenciones médicas, sin avance y que consumían un número importante de horas médicas. Por otro lado, había casos complejos con factores de riesgos biopsicosociales importantes, para los cuales necesitábamos una mirada integral, tanto en el diagnóstico del cuadro, como en el tratamiento a seguir.

Cómo centro de salud familiar, contábamos con la visión de integralidad del paciente. Teníamos atenciones individuales, coordinación de los casos. Pero existía una brecha con estos casos más complejos.

Es entonces, cuando a principios del año 2010, en base al modelo de Salud Familiar, acogemos estas necesidades plasmándolas en un tipo de atención especial que denomináramos Salud Mental Integral.

Esta propuesta de intervención (salud mental integral) pretende abordar la atención de personas que presentan problemáticas biopsicosociales, es decir, se busca intervenir desde una mirada integral considerando los recursos que aporta un médico de familia, psicólogo y asistente social de atención primaria.

Objetivos Generales:

1. Realizar atención multidisciplinaria que permita establecer un diagnóstico biopsicosocial integrado.
2. Establecer un espacio de reflexión de Equipo para acordar y coordinar tratamiento y seguimiento del caso.

Esta modalidad de atención se desarrolla en 2 de 3 sectores de este Cesfam con una modalidad de rendimiento de 30 minutos en un sector y de 60 minutos en otro. Consulta de 1 una vez por semana. El equipo cuenta con atenciones conjuntas de un médico de familia, un trabajador social y una psicóloga pertenecientes todos al sector donde pertenecen los pacientes.

Nuestro Cesfam tiene un universo de 21.000 personas, distribuidas en 3 sectores por partes iguales. Con 2000 pacientes bajo control en programas de Salud Mental.

En el último año hemos citado 34 familias de las cuales han sido evaluadas 20. En esta modalidad de atención hemos pesquisado y aclarado diagnósticos como Duelos complicados, Depresiones en niños, Violencia intrafamiliar y Maltrato Infantil; además se han logrado avances en pacientes con trastornos depresivos recurrentes donde se revelan variables psicosociales

Destacamos dentro de los resultados que en este espacio aparecen una serie de factores gatillantes y mantenedores de los cuadros de salud mental que van más allá de los síntomas por los cual consultan las familias y que reportan en la consulta individual. Vale decir, de este modo se devela una conflictiva más compleja, creemos facilitada por dos variables: la persona o las familias sienten que tienen un espacio especial donde son atendidos contenidos y tratados por su equipo en conjunto. Por otro lado, la mirada de los aspectos biomédicos,

psicológicos y sociales en una misma atención nos permite una visión más completa de la conflictiva global de la persona o la familia.

De este mismo proceso se desprende un trabajo en equipo más eficaz y coordinado. Se produce una retroalimentación de conocimientos que lleva finalmente al autocuidado tanto de las personas que integran el equipo de salud mental integral, como para el resto del equipo; ya que este espacio actúa como soporte para el tratante que deriva casos que les son complejos o que no presentan avances o una buena evolución.

EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE TELEDERMATOLOGÍA EN 10 ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO SAN ANTONIO.

Autores: **Matta Daniels, Daniela.** Médico de Familia, Magister en Salud Pública. Wilson Acevedo, Harry. Residente Medicina Familiar Universidad de Valparaíso. Subdepartamento de Atención Primaria, Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, CESFAM Placeres respectivamente

Antecedentes:

En 1998 la OMS define la Telemedicina como "El suministro de servicios de atención sanitaria en los que la distancia constituye un factor crítico, por profesionales que apelan a tecnologías de la información y de la comunicación con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, preconizar tratamientos y prevenir enfermedades y heridas, así como para la formación permanente de los profesionales de atención de salud y en actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de las Comunidades en que viven."

La telemedicina ha sido utilizada en diferentes especialidades médicas como Radiología, Medicina Interna y Dermatología, en esta especialidad ha tenido especial desarrollo porque la piel es un órgano accesible que puede ser observado y descrito, lo que facilita la realización de diagnósticos a través de imágenes, esta área de la Telemedicina se ha denominado Teledermatología.

De acuerdo a lo descrito en nuestro país la pertinencia diagnóstica entre médicos de APS y dermatólogos no supera el 50%. En experiencias de Teledermatología se describe que alrededor del 70% de las consultas realizadas por esta vía pueden ser resueltas en su nivel de origen (APS).

El Ministerio de Salud de Chile desde el año 2009 a través del Programa de Resolutividad comienza a implementar la estrategia Teledermatología, la que en el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (SSVSA) se desarrolla a partir del año 2010 para ser implementada en 10 Centros de Salud, tarea que se encomienda al Subdepartamento de APS de la Dirección del Servicio.

Objetivo General:

Mejorar la capacidad resolutiva y el acceso a la atención dermatológica de la APS del SSVSA mediante la implementación de la estrategia de Teledermatología en 10 Centros de Salud de su jurisdicción.

Objetivos específicos:

1. Entregar asesoría médica en Dermatología a distancia facilitando el acceso oportuno y de calidad a la atención de esta especialidad en 10 Centros de Salud del SSVSA.
2. Reforzar la funcionalidad de la Red estableciendo un vínculo permanente entre los médicos de APS y dermatólogos en 10 Centros de Salud del SSVSA.
3. Establecer una estrategia de capacitación continua a los médicos de APS en 10 Centros de Salud del SSVSA.
4. Mejorar pertinencia de la derivación a Dermatología en 10 Centros de Salud del SSVSA.

Desarrollo:

La implementación de la estrategia de Teledermatología en el SSVSA comienza a partir del año 2010, en primera instancia se definen los 10 Centros de Salud donde se instalará, paralelamente se trabaja en la definición del arsenal farmacológico a utilizar el que se distribuye a los Centros de Salud. Para la toma de imágenes se entregan en comodato cámaras fotográficas digitales. Se elige cada Centro de Salud un médico tratante y un administrativo (SOME) a los que se les envía desde MINSAL una clave de acceso a la plataforma de Teledermatología de SALUNET/MINSAL que se utilizará para el proceso de referencia y contrarreferencia.

La Estrategia entra en funcionamiento a partir de Septiembre de 2011, el Dermatólogo trabaja en forma remota/virtual y participa en reuniones clínicas mensuales con los médicos tratantes de los Centros de Salud y la referente del Subdepartamento de APS del SSVSA.

Resultados:

Desde el comienzo de la estrategia a julio 2012 se han evaluado 444 casos, 268 mujeres y 176 hombres, Se ha logrado un 66 % de resolución en APS. El tiempo de respuesta del dermatólogo está en promedio dentro de los 7 días posteriores a la consulta. Los médicos de APS de que han trabajado en la estrategia refieren alto grado de satisfacción.

Conclusiones:

En estos 11 meses de funcionamiento ya se ha logrado dar respuesta a gran cantidad de consultas en el área de dermatología desde la APS, proveyendo acceso oportuno y contrarreferencia rápida.

En relación al alto grado de satisfacción referido por los médicos de APS podemos decir que responde a la posibilidad de acceder al especialista en forma permanente y a la capacitación recibida en forma continua.

A pesar del corto tiempo de funcionamiento la estrategia ha logrado cumplir los objetivos esperados.

Como proyección se pretende estudiar pertinencia diagnóstica y calidad del servicio entregado.

IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MENOR: EXPERIENCIA DE 18 MESES

Autores: **Barahona Vásquez, Maximiliano Dr.**, Vera Garay, Evelyn TPM; Gonzalez Fuenzalida, Javiera Dra., Belmar Nazal, Nicolás Dr., Irribarren Anaconda, Jorge Dr., Palomo Rebolledo, Héctor Dr., Ramirez., Nicolás Int.; Fuentealba Secul, Felipe Int. CESFAM Hernán Alessandri

Introducción:

La atención primaria de salud (APS) es una estrategia de atención para la población, enfocada en los principales problemas de salud del país. Este modelo, establece que los consultorios son establecimientos responsables de dar soluciones efectivas, oportunas y eficientes a las necesidades de salud de las personas y familia. En este contexto, la cirugía menor asume procedimientos sencillos realizados sobre tejidos superficiales que requieren anestesia local, con el fin de mejorar la accesibilidad del paciente a la resolución de su patología.

Objetivo:

Mostrar la experiencia de la implementación de una unidad de cirugía menor con 18 meses de funcionamiento.

Experiencia:

En el contexto de aumentar la resolutivez de nuestro Cesfam, se realizó un estudio en 2010 en el cual se revisaron las interconsultas realizadas a dermatología y cirugía general, pesquisándose diagnósticos que eran factibles de resolver en atención primaria, en una unidad de cirugía menor, que tendría un impacto de un 1% en la resolutivez global. La unidad comenzó a funcionar en Enero de 2011. Cuenta con electrobustiri, 8 cajas con instrumental quirúrgico, suturas de nylon y se destinó en un comienzo 4 horas semanales. Con el transcurso del tiempo la demanda fue creciendo llegando a tener 2 meses de lista de espera, por lo que se programó un total de 7 horas semanales. A Junio de 2012 se han realizado 606 procedimientos, entre ellos resección de lipomas y quistes sebáceos, plastías de lóbulos auriculares, onicectomías, biopsias escisionales de nevos melanocíticos y electroablación de verrugas vulgares, fibromas blandos y queratosis seborreicas. Se han pesquisado un 4% de complicaciones, todas resueltas en el CESFAM, siendo la infección de herida operatoria la más frecuente. En 2012 se realizó un convenio de resolutivez en APS con el servicio de salud obteniéndose financiamiento para infraestructura e insumos.

Conclusión:

La unidad de cirugía menor ha permitido resolver una gran cantidad de patología que antes debían ser resueltas en atención secundaria. Son procedimientos sencillos con baja tasa de complicaciones.

INTERVENCIÓN INTEGRAL CARDIOVASCULAR EN MODALIDAD GRUPAL

Autores: Bastos Cuelho, Marineli; Toro Rojas, Andrea; Schaffer, Gisela; Pasche, Katerine.
CESFAM: Clotario Blest y Carlos Godoy – Maipú

Antecedentes:

El aumento de la longevidad en estas últimas décadas, los cambios de hábitos y una mayor prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares, nos lleva a un incremento de la incidencia de las enfermedades cardiovasculares, por lo tanto aumentan las consultas del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV); a lo que se suman escasos recursos humanos en el Cefam.

Por todo lo anteriormente señalado nos vemos superados por la demanda de horas disponibles para ingresos y controles del PSCV, siendo incapaces de satisfacer las necesidades de los usuarios, con repercusiones sobre la salud como descompensaciones y aumento de las complicaciones.

Los ingresos tardíos, la inasistencia a los controles y escasa adherencia terapéutica genera un deterioro de la calidad de vida y a un aumento de los gastos sanitarios.

Por todo lo expuesto es que nos orientamos a optimizar los ingresos y controles al PSCV, mediante una intervención en salud.

Objetivos Generales:

1. Ingresar de manera oportuna al PSCV
2. Aumentar la asistencia a los controles
3. Mejorar la compensación de los usuarios optimizando los recursos disponibles.

Objetivos Específicos:

1. Realizar los ingresos al PSCV usando la metodología de talleres grupales.
2. Implementación de un nuevo flujograma en el PSCV.
3. Educar a los usuarios y a su familias en los factores de riesgo cardiovascular y enfermedad cardiovascular, de forma individual y grupal, para construir juntos una mejor salud.
4. Instruir a los usuarios sobre concurrencia a controles y la adherencia a su tratamiento, enfocados en la prevención de las complicaciones .
5. Fomentar el autocuidado en salud.
6. Mejorar la percepción de los usuarios sobre la calidad de atención de la salud pública.

Desarrollo:

- Los ingresos individuales serán el primer martes del mes, los ingresos y control grupales el tercer y cuarto martes de cada mes, en horario de 15 a 17.
- Un máximo de 15 usuarios por taller grupal.
- El taller grupal de los ingresos debe ser realizado por el médico y la técnico paramédico.
- Los talleres grupales de control son realizados por la enfermera y la nutricionista.
- Los pacientes con discapacidad serán ingresados de forma individual.
- Usaremos una metodología participativa, que permita un aprendizaje activo enfocado en lograr un intercambio de saberes y elaborar reflexiones a nivel grupal, donde predomina el aprendizaje por encima de la enseñanza o sea es un aprender haciendo.

Pretendemos que sea una experiencia que integra la educación, los procesos intelectuales y afectivos, los prejuicios, la forma de percibir la realidad, centrada en los problemas del grupo y en encontrar soluciones a ellos.

- El material de apoyo: audiovisuales, materiales escritos, etc
- En evaluación del taller se uso la planilla de evaluación de Fin de Taller (Giba 1996)
- Para evaluación de compensación se usaron las variables cuantitativas de Presión Arterial, Glicemia y Hemoglobina Glicosilada según Normas del Minsal.

Resultados y/o Conclusiones:

Se logro ingresos oportunos y efectivos al PSCV.

Un aumento de la asistencia a controles.

Se destaca una mejora en valores de compensación de los usuarios del PSCV grupal.

Se implemento el nuevo flujograma.

Los usuarios destacan que es una forma de conocer mejor que sucede con ellos y sus familias en las enfermedades cardiovasculares.

Aumento la noción de pertenencia al Cesfam y al PSCV.

Se realizo una minimización de costos del PSCV, con una tabla de Análisis de las dos alternativas grupal e individual lo cual indica un ahorro evidente especialmente en los Recursos Humanos.

En conclusión la implementación de la intervención integral cardiovascular en modalidad grupal fue totalmente exitosa tanto para los usuarios y sus familias como para el Cesfam.

LA INDUCCIÓN EN SALUD MENTAL: LA IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN SOBRE NUESTRA SALUD.

Autores: Ruz, Soledad(1); Cury, Nicolás(2); Carrasco, Roberto(2) Gálvez, María Isabel(2); Riveros, María Julia(3) Mena, Patricia(3); Reyes, Paola(3). Vargas, Gissela,(4) Layana, Peggy(4) Marchant, Amalia(4) Abarca, Ivonne(4) Grellet, Marcela(4)

(1)Encargada del Programa; (2) Psicólogos (3) Médicos de Salud Mental. EQUIPO DE SALUD MENTAL. CESFAM N° 2, Eduardo de Geyter, Rancagua

Antecedentes:

A partir del año 2011, se comenzó una nueva re- estructuración de nuestro Programa de salud mental, esto debido a varios factores que nos afectaban negativamente en el desempeño con nuestros pacientes de salud mental.

Uno de los grandes problemas fue las reiteradas inasistencias de los pacientes después de haber sido ingresados al programa, lo cual generaba un desgaste económico y de tiempo muy valiosos para nuestro CESFAM, además nos percatamos del desconocimiento de nuestro usuarios sobre el tipo de intervenciones dadas, mostrando resistencia a los controles psicológicos y de asistente social, generando otros problemas posibles, como las adicciones a los fármacos e intervenciones medicas aisladas poco efectivas. Lo cual nos daba señal de la falta de incorporación de nuestra población sobre el concepto de salud familiar y la mirada bio-psico-social. Se observaba un bajo compromiso en general de los pacientes con su tratamiento.

Nuestra medida fue incorporar a nuestras prestaciones el taller de Ingreso de salud mental que se realizaría después de que el paciente tiene su tarjetón de ingreso en el Programa, pero antes de los controles específicos por su patología, para lo que se determino la entrega del carnet de salud mental después de este taller.

Este taller se realiza todas las semanas los días lunes a las 10:00 de la mañana en la sala de reunión con la dupla psicólogo y asistente social, para así lograr la mayor incorporación de las personas ingresadas durante una semana. La duración es de aproximadamente 45 minutos y después se dividen en dos grupos para la entrega del carnet de salud mental, esto se registra en la ficha electrónica y en el tarjetón.

Objetivos Generales:

1. Dar a conocer el equipo de salud mental, los profesionales que lo componen, sus funciones y las prestaciones específicas realizadas (controles, talleres, VDI, consultorías, etc.) en donde se comunica claramente el funcionamiento del programa, desde la mirada biopsicosocial, que determina las intervenciones de los tres profesionales, lo cual ayuda a una mayor comprensión de los usuarios y así bajar la resistencia frente a los controles de los psicólogos y asistentes sociales.

2. Crear un compromiso, con respecto a su propia salud. Primero se intenta destigmatizar el hecho de ingresar al programa enfocando el concepto de salud mental dentro de un continuo y después se aborda la responsabilidad sobre su salud.
3. El dar a conocer la importancia de las redes de apoyo (familia, vecinos, amistades) y como en ese contexto los talleres y actividades comunitarias tienen un impacto positivo en la salud mental de las personas.

La experiencia ha sido desde todos los puntos muy positiva, nos ha ayudado a organizarnos y ha generado en cierto modo un compromiso en nuestro paciente, ha sido el inicio de una serie de eventos que ha ayudado paso a paso a mejorar la adherencia al tratamiento.

LA REHABILITACIÓN PULMONAR COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA EPOC. EXPERIENCIA EN CESFAM VILLA NONGUEN, CONCEPCIÓN

Autores: **Pérez Collarte, Daniel**(1); Salazar Araneda, Andrea(2) Riba Stempel, Ana María(2) Medina, Macarena(3)

(1) Kinesiólogo Sala ERA, (2) Médico Familiar, (3) Enfermera Sala ERA. Centro de Salud Familiar Villa Nonguén, Concepción

Antecedentes

La EPOC es un problema de salud pública, por su alta prevalencia y condición progresiva, con deterioro significativo de la calidad de vida y gran impacto económico en las personas y los sistemas de salud. Existe un incremento mundial de pacientes con EPOC, incluso en países con baja prevalencia de tabaquismo, buen control de calidad del aire y bajo riesgo ocupacional (Evidencia A).

Objetivo general

Desarrollar un programa de Rehabilitación Pulmonar dirigido a pacientes que padecen EPOC y que pertenecen a la Sala ERA del CESFAM Villa Nonguén, que busque reducir los síntomas asociados a la enfermedad, preservar la autosuficiencia e independencia y mejorar la calidad de vida.

Objetivos específicos

- Mejorar tolerancia al ejercicio y desempeño en actividades de la vida diaria.
- Disminuir la disnea y síntomas asociados.
- Aumentar participación física y social de los pacientes ingresados al programa.

Desarrollo:

El proyecto se desarrolla en el Aula del CESFAM, donde contamos con: bicicleta estática, elíptica y botellas con arena (pesas). Además de: esfingomanómetro, cronómetro, oxímetro de pulso, huincha de medir, cuestionario calidad de vida (CRQ), escala de Borg, broncodilatador acción corta (Salbutamol y Bromuro de Ipatropio) y aerocámara para llevar a cabo las evaluaciones.

Al inicio del programa se realiza una charla grupal de motivación y educación donde se cita a 10 pacientes con Diagnóstico de EPOC y que estén en control en la sala ERA, de los cuales 4, por distintas razones, desisten de participar, conformando un grupo final de 6 pacientes, a los cuales se les realizan evaluaciones individuales consistentes en mediciones antropométricas, Test de marcha 6', Cuestionario calidad de vida (CRQ), Test de carga incremental y evaluación Médica.

La Rehabilitación en sí consiste en 24 sesiones (3 meses) de actividad física controlada, dos veces por semana con una duración de una hora, cada sesión dividida en una primera parte de trabajo aeróbico de EEII (bicicleta y elíptica) y la segunda parte en trabajo de resistencia muscular (botellas con arena).

Finalmente se realiza la reevaluación con el Test de marcha 6' y el cuestionario de calidad de vida (CRQ).

El recurso humano con el que se contó para llevar a cabo el programa consta del Médico Sala ERA (Evaluación), Enfermera Sala ERA (Control) y Kinesiólogo (Evaluación, ejecución y reevaluación).

Resultados y conclusiones

En el TM6' los 6 pacientes caminaron más metros posterior a la Rehabilitación, desde 18 a 98 metros, en promedio 46.5 metros.

En el cuestionario de calidad de vida (CRQ) se vio una mejoría en las notas en la gran mayoría de los ítems (disnea, función emocional, fatiga y control de la enfermedad) en los 6 pacientes, pasando de una nota 3,8 pre-intervención en promedio de todos los ítems a una nota 5,2 post-intervención.

Conclusión:

Todos los pacientes se vieron objetivamente beneficiados con el programa de Rehabilitación Pulmonar, tanto en su calidad de vida (Cuestionario CRQ) como en la mayor tolerancia al ejercicio reflejado en sus actividades de la vida diaria (Test de marcha 6 minutos).

REALIZACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO EN ADULTOS MAYORES DE UNA ORGANIZACIÓN COMUNITARIA DEL SECTOR OVEJERÍA, OSORNO.

Autor: **González Alarcón, Víctor** Klgo. Centro de Salud Familiar Ovejería, Osorno

Antecedentes:

Dada la epidemiología mundial y nacional en relación a enfermedades crónicas no transmisibles, existe la obligación de crear iniciativas que incentiven la realización de ejercicio físico con el fin de prevenir alteraciones en la calidad de la salud de la población. Es por esto que, a través del Centro de Salud Familiar Ovejería de la comuna de Osorno, se han creado múltiples actividades para los distintos grupos etarios siendo uno de los más originales la creación de un taller de ejercicio físico programado y dosificado para mejorar la funcionalidad de los adultos mayores pertenecientes a una organización comunitaria del sector.

Objetivos:

Mejorar la funcionalidad del grupo de adultos mayores inscritos en la Acción Social Diana de Rob perteneciente al sector de Ovejería, Osorno. Además se busca mantener en un contacto directo con el centro de salud familiar a un grupo importante de AM del sector y lograr establecer un sistema de evaluación, registro y estudio de los resultados obtenidos a través de la realización de este taller.

Desarrollo:

El primer acercamiento intersectorial hacia la organización comunitaria fue realizado, a fines del 2011, por la unidad de rehabilitación del CESFAM Ovejería con el fin de poder realizar una intervención en actividad física como parte del programa de promoción de la salud 2012. En vista de la falta de recursos materiales necesarios para las actividades y la baja asignación de fondos a través del programa Vida Chile, se optó por crear un proyecto de postulación a los "Fondos para el adulto mayor (FONDAM)" correspondientes a la Municipalidad de Osorno. Se le brindó toda la asesoría técnica respecto a la creación, características de los materiales y presentación del proyecto el cual fue adjudicado a inicios del 2012, con lo cual se adquirieron diversos materiales entre los cuales se encuentran colchonetas, bandas elásticas y balones suizos. Al iniciar el proyecto se realizó una evaluación funcional a cada adulto mayor participante con el fin de permitir o delimitar su participación ya que para algunos podría corresponder un riesgo para su salud los ejercicios determinados a realizar. Se realizaron 3 sesiones por semana durante 12 semanas. Las sesiones incluyeron ejercicios de fortalecimiento global, flexibilización, coordinación - equilibrio y relajación. La duración del proyecto correspondía a 3 meses (donde se realizó una segunda evaluación funcional), pero dada la alta efectividad de la intervención (en resultados de un estudio realizado con los datos recopilados de ambas evaluaciones) y junto a la alta sustentabilidad de las actividades, se decidió continuar de manera indefinida. Se ha logrado educar a los participantes respecto a los beneficios de realizar ejercicio físico y cuáles son los ejercicios más beneficiosos para los cambios que se encuentran sufriendo con el paso de los años y cuál es la correcta ejecución de lo aprendido en las sesiones.

Conclusión:

El trabajo intersectorial por parte del CESFAM nos ha demostrado que puede rendir grandes frutos como los obtenidos con los Adultos Mayores pertenecientes a la acción social Diana de Rob, con quienes se ha realizado un trabajo coordinado en la creación del proyecto, protocolizando el trabajo en las sesiones y cuantificando resultados a través del estudio realizado. Además se ha logrado un espacio de promoción de la salud con alta sustentabilidad ya que formando monitores del mismo grupo se puede lograr la perpetuación de la actividad durante mucho tiempo. Replicar este tipo de actividades nos va a permitir generar instancias de prevención de caídas, disminución del deterioro físico, mental y social como también mejoras en la funcionalidad de los adultos mayores pertenecientes al sector Ovejería lo que repercutirá directamente en su calidad de vida.

RETINOPATÍA DIABÉTICA; PESQUISA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Autores: **Riesco, Ma Josefina**; Riesco, Tomás; Contreras, Juan y Riesco, Benjamín. Centro de Atención Familiar (CESFAM) Cristo Vive

Antecedentes:

El Centro de Atención Familiar (CESFAM) Cristo Vive cuenta con una unidad de atención primaria en oftalmología desde el año 1994. Desde entonces aquí se atiende gran parte de la morbilidad oftalmológica general primaria, con altos niveles de resolutivez. Por el crecimiento de la población diabética junto con la educación que se realiza a estos enfermos, la consulta por fondos de ojo preventivos ha aumentado considerablemente en los últimos 10 años. Esto ha llevado a consumir gran parte de las horas oftalmólogo en la pesquisa de esta patología, aumentando las listas de espera para otras patologías oftalmológicas de resolución en la atención primaria.

Objetivo:

Describir una metodología para la pesquisa de retinopatía diabética realizada en el CESFAM Cristo Vive, llevada a cabo por un equipo de salud compuesto por un médico general y un oftalmólogo; con el objetivo principal de reducir las listas de espera oftalmológicas del centro, optimizando las horas oftalmólogo.

Desarrollo:

Tras una capacitación a un médico general, en 8 sesiones de policlínico de fondo de ojo a diabéticos por parte del oftalmólogo de la unidad oftalmológica del centro, enseñándole a detectar el ángulo de la cámara anterior (para evaluar la posibilidad de dilatar) y realización de fondo de ojo mediante lámpara de hendidura y lupa de 90D, detectando lo normal de lo anormal; este comenzó a realizar la pesquisa de todos los fondos de ojos correspondientes a la población inscrita con diagnóstico de diabetes mellitus 2. Todo fondo de ojo anormal fue derivado al oftalmólogo quien realizó los diagnósticos y el plan terapéutico.

Resultados:

El año 2011 se les realizó el fondo de ojo anual a 540 pacientes diabéticos por parte del médico general capacitado; la edad promedio fue de 63,39 años (18 a 94 años), donde el 61,85% (334) fueron mujeres. El promedio de sus hemoglobinas glicosiladas fue de 8,17% (5% a 16,9%). Sufrían de hipertensión arterial el 72,7% (393), dislipidemia el 45% (243) y obesidad el 27,03% (146). Tenían su fondo de ojo anual al día el 40,92% (221) y 16,29% (88) de estos estaban con insulino terapia. Se derivaron al oftalmólogo el 22,96% (124) con sospecha de fondo de ojo anormal; junto con aquellos donde hubo imposibilidad de realizar el examen por opacidad de medios (cataratas, leucoma o vitreitis) o por cámara anterior estrecha (3,88%); disminuyendo el número de pacientes diabéticos evaluados por el especialista en 357 comparado con el 2010 (481 fondos de ojo realizados por el oftalmólogo). Se aumentó la cobertura del fondo de ojo anual de la población inscrita con diagnóstico de diabetes mellitus 2 de un 38,94% el 2010 (1235 pacientes inscritos en Cristo Vive con DM2 para enero del 2011) a un 43,58% el 2011 (1287 pacientes inscritos en Cristo Vive con DM2 para enero del 2012). De los fondos de ojo alterados para el médico general, 12,9% (16) fueron confirmadas como retinopatía diabética (15 fueron confirmados el 2010). De las 3 horas semanales promedio que el oftalmólogo dedicó el 2010 a hacer fondos de ojo, las redujo a 1 hora semanal el 2011, dedicando las 2 horas restantes a reducir las listas de espera por vicios de refracción no GES, diagnosticar y controlar glaucoma y atención de morbilidad oftalmológica general, dejando al consultorio sin lista de espera oftalmológica para la unidad

primaria evaluada en enero del 2012, quedado una lista de espera oftalmológica para la atención secundaria solamente.

Conclusión:

El modelo de tamizaje para retinopatía diabética realizado en la atención primaria por un médico general capacitado, es una alternativa plausible para optimizar las horas del especialista, optimizando su tiempo para la realización de otras actividades oftalmológicas de baja resolutivead.

SALUD EN TU BARRIO ADOLESCENTE 2.0: “PROMOVIENDO LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LOS JÓVENES DE NUESTROS BARRIOS” EXPERIENCIA CESFAM SAN LUIS, PEÑALOLÉN 2012

Autores: **Guajardo, Felipe** (Médico Familiar - Director Cesfam San Luis Peñalolén); Peláez Quintana, Francisco (Médico – Jefe sector Cesfam San Luis); Bagolini, Mariella (Matrona – Jefa sector Cesfam San Luis); Bustamante, Ghislaine (Matrona adolescente); Alvarez Lozano, Paola (Psicóloga); Ávila, Luis (Asistente Social)

Antecedentes:

Estudios señalan que los adolescentes y jóvenes no utilizan los servicios de salud tradicionales, lo que se ve reflejado en la baja cobertura del examen preventivo, siendo no superior al 5% de la cohorte entre 15 a 19 años. Esto se puede atribuir a una oferta de servicios de APS caracterizada por lejanía de sus espacios habituales de reunión, horarios inadecuados a sus necesidades y prestaciones poco atractivas para la población juvenil. Superar esta situación es especialmente relevante en comunas como Peñalolén, donde el porcentaje de embarazo adolescente es de 24% ubicándose sobre el promedio nacional (20% según plan de salud comunal 2012). Dentro de los factores de riesgo existe además una baja escolaridad (promedio 10 años vs 12 país), consumo de drogas (5 % de la población mayor de 12 años declara haber consumido drogas ilícitas en el último año y cerca del 1 % presenta dependencia según CASEN), hacinamiento y delincuencia (datos de la DiPROFAM a nivel nacional, demuestran que Peñalolén posee el mayor número de casos de adolescentes infractores a la ley de la Región metropolitana). A esto debemos agregar que en muchos casos no existe un adulto significativo en el adolescente que vaya guiando o conteniendo sus errores y felicitando sus aciertos.

Los datos expuestos junto a otros indicadores locales del centro, nos motivaron durante el año 2011 a diseñar un programa de trabajo donde nuestro objetivo principal fuera impactar positivamente en el porcentaje de embarazo adolescente de nuestros sectores mas vulnerables. El éxito del programa hasta el momento radica en un diagnóstico localizado del problema, un equipo multidisciplinario con perfil idóneo para el trabajo comunitario con adolescentes en terreno, una red inclusiva e integradora que apoye el trabajo con los jóvenes, una comunidad responsable que participa activamente y está validada en su territorio y las políticas locales de participación social de la comuna de Peñalolén, ampliamente reconocidas en nuestro país.

Objetivo General:

Lograr el desarrollo saludable e integral de nuestros adolescentes, mediante el fortalecimiento y trabajo con una red que les permita adquirir las herramientas necesarias para decidir su proyecto de vida.

Objetivos Específicos:

1. Generar y promover espacios saludables de participación en la comunidad para los adolescentes entre 10 y 19 años de edad, insertos en su vida cotidiana (colegios, barrio, espacios comunitarios y Cesfam), a través de actividades atractivas propuestas por los participantes.
2. Disminuir el embarazo precoz o no deseado mediante la realización de consejerías individuales en salud sexual y reproductiva en el espacio geográfico donde se desenvuelven los adolescentes, realizada por matrona, asistente social y psicóloga.
3. Disminuir el consumo de alcohol y drogas en los adolescentes mediante la implementación de una cartera atractiva de prestaciones deportivas y culturales desarrollada en conjunto con los jóvenes de cada sector.

4. Prevenir la deserción escolar mediante el trabajo coordinado de los adolescentes con los equipos de establecimientos educacionales, líderes comunitarios y entidades tales como NISSICA, PIE, PIB, OPD (Red Infante Juvenil) en todas las áreas donde ellos se desenvuelven.
5. Pesquisar oportunamente los adolescentes con factores de riesgo para insertarlos oportunamente en la red de trabajo local.
6. Estimular la participación de los jóvenes en las redes locales y comunales para generar con ellos las políticas de trabajo que les permitan transformarse en futuros líderes de opinión.

Desarrollo

Durante el año 2011, trabajamos el programa "Salud en tu Barrio", un proyecto diseñado para mejorar el acceso de las familias, favorecer la vinculación del equipo con el barrio y la pesquisa precoz de casos complejos, recorriendo los sectores más vulnerables de nuestro Cefam. Durante este periodo evaluamos que los adolescentes tenían baja participación social en el programa pese a estar insertos en su territorio. Debíamos crear lazos, confianza, para empezar a generar participación dentro de este grupo. Así nace "Salud en tu barrio adolescente 2.0", un programa en el territorio geográfico, con un equipo idóneo, en un horario adecuado (17 a 21 hrs), que participa con los adolescentes en el diseño e implementación de actividades preventivas y promocionales orientadas a mejorar la autonomía y en consecuencia su calidad de vida. Su puesta en marcha en Enero de 2012 ha permitido mejorar indicadores clave que detallamos a continuación.

Conclusiones:

Con 208 adolescentes bajo control (5% de los adolescentes del Cefam), el programa ha logrado posicionarse en los sectores de más alto riesgo, mejorado la percepción de los adolescentes del equipo de Salud. De ellos un 35% ingresó además a MAC. Producto de esta intervención el número de casos de embarazo adolescente disminuyó en un 39,2% desde 2011 a la fecha, al pasar de 112 a 68 casos. Se detectaron 2 adolescentes no escolarizados que han regularizado su situación en la actualidad. El 100% de los adolescentes más vulnerables, lograron ser insertados en los programas especializados de la red infante juvenil. Un 40% de los adolescentes consultan 2 o más veces y se mantienen adheridos a los programas de participación social (mesas barriales, Facebook, Danza árabe, fútbol, capacitación digital, grupo skate, muévete por tu salud, taller de telar, baile entretenido, etc). Consideramos que por su alcance y bajo costo, esta iniciativa puede ser replicada en otros centros, constituyendo un verdadero aporte a la APS.

TWITTER @MEDFAMILIAR DE LA SOCHIMEDFAM

Autores: **Glasinovic Peña, Andrés Dr.** Residente de Medicina Familiar, mención Adulto, UC

Antecedentes:

Twitter Inc, creado en el año 2006, es una red de mensajería instantánea pública en internet, la cual ha ganado popularidad mundialmente y se estima que tiene más de 200 millones de usuarios, generando 65 millones de “tweets” (mensajes de twitter) al día. Ha sido apodado como el “SMS de Internet”, ya que permite enviar mensajes de texto plano de un máximo de 140 caracteres. Éstos se muestran en la página principal del usuario y pueden ser vistos por aquellas personas que son “seguidores” de la cuenta y de aquellos en quien el mensaje ha sido “retwiteado” (difundido) a través de las redes de contactos de seguidores. En contexto del impacto de esta nueva herramienta comunicacional, la Sociedad Chilena de Medicina familiar (Sochimedfam) ha realizado una apuesta a incorporarse a este nuevo mundo de la mensajería instantáneo por internet, con el fin de contribuir a los objetivos institucionales. En el mes de Noviembre del año 2011, se diseña la estrategia comunicacional de la Sochimedfam, (la que incluye el uso del twitter), con el fin de contribuir a los siguientes objetivos: 1. Promover el fortalecimiento científico y académico de los médicos de familia, a través de la organización y articulación de actividades pro desarrollo de la especialidad, 2. Generar espacios de interacción con equipos multiprofesionales de atención primaria de salud (APS), 3. Servir de órgano de difusión e información sobre los fines y funciones de la especialidad de Medicina Familiar y la atención primaria en el país.

Objetivos: Se crea e implementa una cuenta de Twitter con el fin de contribuir a:

- a. Posicionar a la Sochimedfam como líder de opinión y referente técnico en lo relativo y al modelo de salud familiar a APS en Chile,
- b. Posicionar al médico familiar como el médico especialista de la APS,
- c. Difundir links, artículos acerca del Modelo de Atención integral con enfoque familiar y comunitario en Chile y APS,
- d. Incentivar a incorporar nuevos socios y aumentar la participación en actividades de la sociedad de los ya existentes.

Desarrollo:

En primer lugar, se solicita al directorio la posibilidad de implementar un twitter de la SOCHIMEDFAM, aceptándose la propuesta con unanimidad. Previa a la implementación, se establecieron las siguientes reglas de uso de la cuenta por parte del encargado de la comunidad twitter, los cuales son a grandes razgos: No emitir juicios de valor, las opiniones se basarán en aspectos técnicos y científicos relacionados con la medicina familiar y la APS, éstas se deberán guiar de la misión, visión y objetivos de la SOCHIMEDFAM. Luego, se realizó una vinculación de la mensajería web con los otros medios de comunicación de la SOCHIMEDFAM, con el fin de darle más dinamismo a los medios de comunicación. Se suman 2 personas para apoyar al encargado de la comunidad con la cuenta.

Resultados:

Al día 27 de Julio del 2012, la cuenta de twitter @medfamiliar, tiene 353 “seguidores” y se han emitido 396 “tweets”. Entre sus seguidores, la gran mayoría son profesionales o estudiantes de carreras de la salud con afinidad hacia la atención primaria, principalmente medicina, nutrición y kinesiología. Esta cuenta desde su creación, ha sido un espacio activo para difusión de eventos organizados de la SOCHIMEDFAM, difusión de contenidos de la página web, abogacía por la estrategia de atención primaria de salud, posicionamiento de la

I CONGRESO CONJUNTO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y
AGrupación NACIONAL DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA
4, 5 y 6 de Octubre 2012

sociedad como líder de opinión en cuanto a la medicina familiar, puente con artículos científicos de interés para los profesionales de salud ligados a la atención primaria. Entre los “seguidores” de la cuenta, se ha logrado identificar 20 residentes o egresados de la especialidad de medicina familiar en Chile. @medfamiliar ha sido mencionada en twitter unas 66 veces, se ha “retweeteado” (difundido) nuestros contenidos en 106 oportunidades.

Proyecciones:

Se espera que el próximo congreso de MEDFAM y APS en Chile 2012, sea una instancia para difundir entre los asistentes la cuenta de twitter, mostrar sus bondades de difusión, articulación de redes y herramienta de abogacía, además de sumar más gente a participar en la comunidad de twitter y la SOCHIMEDFAM.