Sociedad Chilena de Medicina Familiar

XXI Congreso Chileno MEDICINA FAMILIAR

1 y 2 de Octubre 2020

EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL EN SALUD

Departamento de Medicina Familiar

Universidad de Concepción Programa de Salud y Medicina Familiar

Universidad de Valparaíso Programa de Especialidad en Medicina General Familiar

apsf Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar

Instituto de Salud Pública

Universidad de los Andes Departamento de Medicina Familiar y Atención Primaria de Salud

Colegio Médico de Chile A.G.

CIMF Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar

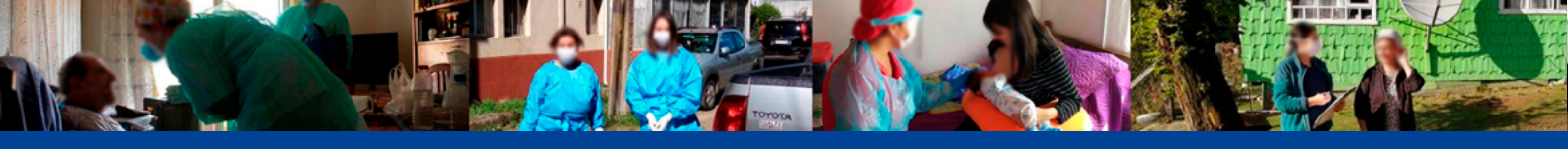
Wonca

MSM Médicos Sin Marca

Escuela de Medicina Universidad San Sebastián

Agrupación Médicos APS

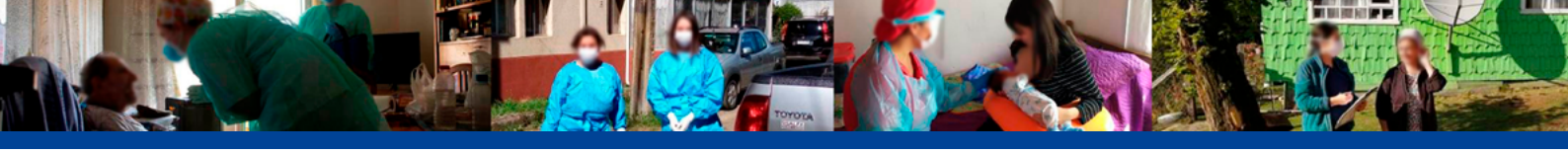
CONACEM



XXI CONGRESO CHILENO DE MEDICINA FAMILIAR

"Equidad y Justicia Social en Salud"

1 y 2 de Octubre 2020



Creation and start-up of the Citizen Requirements Unit of the Nueva Imperial Municipal Health Department.

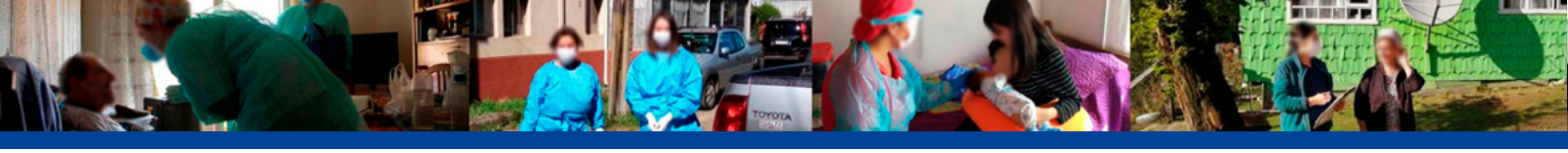
Creación y puesta en marcha de Unidad de Requerimientos Ciudadanos del Departamento de Salud Municipal de Nueva Imperial.

Domingo Sebastian Alarcón[1], Carlos Ramírez Sánchez[1].
(1) Cesfam Nueva Imperial

Antecedentes A mediados de marzo de 2020 fue declarada la alerta sanitaria para el país, lo que generó la suspensión de atenciones presenciales en los establecimientos de salud, dejando 9025 usuarios de diferentes programas sin posibilidad de mantener sus controles y adquirir los insumos básicos para llevar sus procesos de cuidado de manera segura y continua. A nivel local se desarrollaron una serie de medidas para poder subsanar este problema, mayoritariamente asumidas según las indicaciones ministeriales y del servicio de salud Araucanía sur. Sin embargo, una medida que no venía del nivel central, fue la creación y puesta en marcha de la Unidad de Recepción y Entrega de Requerimientos Ciudadanos que debía encargase de establecer un protocolo para la recepción, canalización y respuesta oportuna, ordenada y eficiente de las solicitudes de los usuarios que tenían que permanecer en sus hogares debido a la pandemia, principal medida de seguridad y prevención determinada por la autoridad sanitaria.

Objetivos Desarrollar una estrategia que permita la continuidad en el cuidado de los usuarios vulnerables del departamento de salud municipal de Nueva Imperial, durante el estado emergencia mundial por COVID-19 Asegurar la entrega a domicilio de los requerimientos ciudadanos en tiempos de pandemia, de forma segura y oportuna Desarrollo En el nuevo escenario de atención no presencial, se convoca al encargado de la unidad de SOME y a un Profesional con experiencia en el trabajo comunitario y familiar, para elaborar un protocolo que diera respuesta a la problemática detectada. Se establece la Unidad de Recepción y Entrega de Requerimientos Ciudadanos, la que debe tomar los requerimientos ciudadanos, ordenarlos y hacer entrega oportuna de ellos. Para que el proceso fuera eficiente se desarrollaron 2 herramientas virtuales: Una planilla Excel que da la oportunidad de ingresar todos los datos necesarios para la ubicación de los usuarios y que permite una búsqueda rápida de ellos y al final de cada mes, una forma rápida y ordenada de obtener los datos para los informes estadísticos. Un mapa interactivo con todas las calles y sectores rurales de la comuna, georreferenciadas mediante la aplicación google mymaps. Esto con el fin que todos los conductores nuevos que fueron contratados para cubrir las necesidades de pandemia, puedan encontrar las localidades donde son enviados. Sobre todo, porque Nueva Imperial tiene un alto grado de ruralidad en un territorio bastante extenso El flujo de trabajo inicia con la recepción de los requerimientos mediante 2 modalidades: Por vía telefónica, con un número exclusivo para esta función y un funcionario SOME a cargo del ingreso de datos en la planilla, dejando su estado como Pendiente Recepción de datos en puerta, para usuarios que se presentan espontáneamente Desde la planilla de requerimientos, los funcionarios de farmacia, Despacho de alimentos y PNI revisan y dan respuesta a los requerimientos Los insumos se canalizan en la oficina de despacho, donde se ordenan por sectores y por urbanidad o ruralidad según sea el caso Los encargados de la entrega de los requerimientos son funcionarios capacitados en la entrega de información preventiva a la familia donde son enviados, en la recepción de nuevos requerimientos in situ y de priorizar las necesidades según sean captadas Una vez de regreso de cada viaje se cambian los estados del requerimiento de la planilla a Entregados, cerrando así el proceso. El equipo base de la unidad de requerimientos cuenta con 2 profesionales encargados de la unidad (uno por turno de resguardo), 2 TENS de entrega de información y requerimientos, dos conductores (con vehículos destinados exclusivos) 2 funcionarios SOME para recepción de requerimientos.

Resultados A 5 meses desde la instauración de la estrategia se ha dado respuesta a 5950 requerimientos 65 % de ellos destinados a la entrega de medicamentos + información 25 % destinados a entrega de alimentación complementaria + información 10 % destinados a Vacunas + información Se ha recorrido más de 63 mil kilómetros por parte de los vehículos destinados El nivel de respuesta se ha ido incrementando con el tiempo, desde un 90% de efectividad el primer mes a un 97% en los meses siguientes El promedio mensual es de 1190 solicitudes, sin embargo, el mes de agosto solo se hicieron 680 peticiones. Se determina que los requerimientos no realizados se deben a la estrategia de entrega por 3 meses de medicamentos y Alimentación que desde junio se está llevando a cabo, para hacer más eficiente el proceso.



Profile of survivors of breast and colorectal cancer. A challenge for the family doctor and Primary Care.

Perfil de pacientes sobrevivientes de cáncer de mama y colorrectal. Un desafío para el médico familiar y la Atención Primaria.

Paula Aubel[1], Victor Arancibia[1], Klaus Puschel[1], Cristián Velásquez[2], Sebastián Saez[3], Augusto León[4].
(1) medicina familiar, medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
(2) Pontificia Universidad Católica de Chile
(3) Pontificia Universidad Católica de Chile
(4) Centro del Cáncer , medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

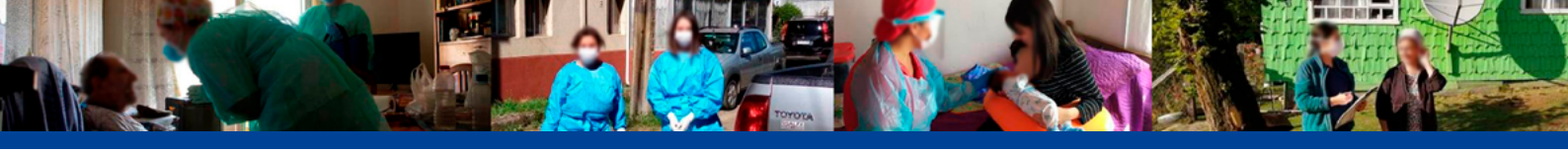
Introducción: El cáncer es una de las principales causas de muerte en América Latina con una tasa de incidencia creciente, sin embargo, las tasas de mortalidad han ido disminuyendo. El cáncer de mama y colorrectal se encuentran entre los 3 cánceres con mayores tasas de incidencia y mortalidad en Latinoamérica, con una tasa de sobrevivientes a 5 años de cáncer de mama y colorrectal del 80% y 50% respectivamente. Se ha visto que las causas de muerte más frecuentes en esta población son enfermedades crónicas no oncológicas. Además, entre el 20% y 40% presentan problemas como depresión, dolor crónico o aislamiento social. La emergencia de esta población y su perfil de problemas clínicos y psicosociales representan un desafío muy relevante para la atención primaria ya que se ha observado que el mantener un cuidado puramente oncológico puede generar subdiagnósticos y subtratamientos de problemas clínicos y psicosociales relevantes. En Chile y América Latina existe falta de evidencia sobre el perfil y las prácticas de atención de sobrevivientes de cáncer en entornos clínicos reales.

Objetivos:
General:
- Identificar el perfil de pacientes sobrevivientes de cáncer de mama y colorrectal

Específicos:
- Identificar áreas clave de mejora para brindar la mejor atención posible en esta población
- Evaluar las patologías y factores de riesgo más frecuentes en esta población.

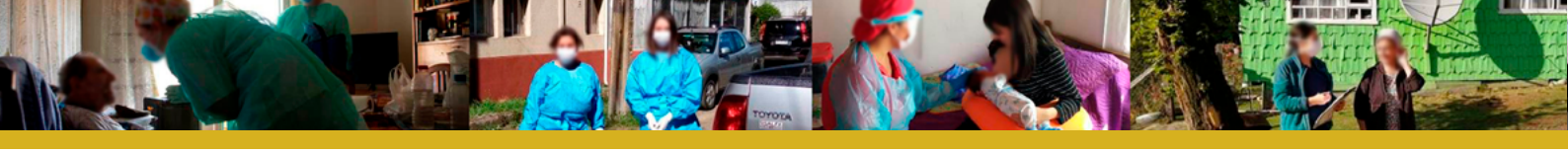
Métodos:
Este estudio de carácter longitudinal retrospectivo desarrolló un muestreo aleatorio estratificado basado en el registro de cáncer del Centro del Cáncer de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Durante el 2012-2017, se incluyeron 859 pacientes con cáncer de mama, donde se extrajo una muestra de 120 pacientes, y 802 pacientes con cáncer colorrectal, donde se extrajo una muestra de 120 pacientes. Se excluyeron del estudio los pacientes fallecidos en este período. La muestra obtenida fue estratificada por estadio de cáncer (TNM). Se incluyó a los pacientes si tenían más de un año de sobrevivencia y si eran competentes para participar en una entrevista. Se realizaron entrevistas personales telefónicas en base a un cuestionario estructurado y, revisión estandarizada de fichas clínicas. El cuestionario incluía escala de tabaquismo de Fagerstrom y escala AUDITc para el consumo de alcohol. Los resultados fueron comparados con la Encuesta nacional de Salud (ENS) 2018 y las prácticas clínicas de seguimiento se evaluaron de acuerdo a estándares internacionales.

Resultados:
La edad promedio de los pacientes con cáncer de mama fue de 59,1 (DS 11,46) y colorrectal 69,9 (DS 11,78) años siendo un 53% en este último grupo mujeres. Entre un 30,9% y 40% tenían FONASA y el resto ISAPRE como seguro de salud. La población de sobrevivientes presentó una prevalencia general de Hipertensión del 35,2% y 39% para cáncer de mama y colorrectal respectivamente (ENS 27,6%). En Diabetes, la prevalencia fue de 11,8% y 14% para cáncer de mama y colorrectal respectivamente (ENS 12,3%). Sobre el consumo de alcohol; En cáncer de Mama, el 4% presentó AUDITc >4 puntos. En cáncer de Colon, el 10% presentó un AUDITc >4 puntos. (ENS consumo problemático de alcohol 11,7%). La prevalencia de Sedentarismo en población con cáncer de mama y con cáncer colorrectal fue de 78% y 62% respectivamente (ENS 86,7%). La prevalencia de los trastornos depresivos fue del 9% y 14% para cáncer de mama y colorrectal respectivamente (ENS 6,2%). La prevalencia de angustia psicosocial fue del 30% e incluyó síntomas depresivos, angustia emocional y angustia social. Esto fue similar en la población de cáncer de mama y colorrectal. Sólo un 25% de los pacientes recibieron al menos una evaluación no médica durante los últimos tres años. Sólo un tercio de toda la población estudiada fue evaluado por factores psicosociales como depresión, trastornos de ansiedad, apoyo social o económico.



Conclusión:

Los pacientes sobrevivientes de cáncer de mama y colorrectal presentan múltiples comorbilidades no oncológicas y trastornos psicosociales. Estos pacientes, a pesar de ser sobreintervenidos médicamente, presentan factores de riesgo que podrían ser abarcados más efectivamente con un enfoque integral. El perfil de factores de riesgo y problemas clínicos no oncológicos, así como la baja detección e intervención de problemas psicosociales plantean la necesidad urgente de un enfoque sistémico y una integración con la atención primaria en su manejo.



Implementation of a polyclinic for pain relief with application of neural therapy to improve the approach to patients with chronic pain at CESFAM N°1.

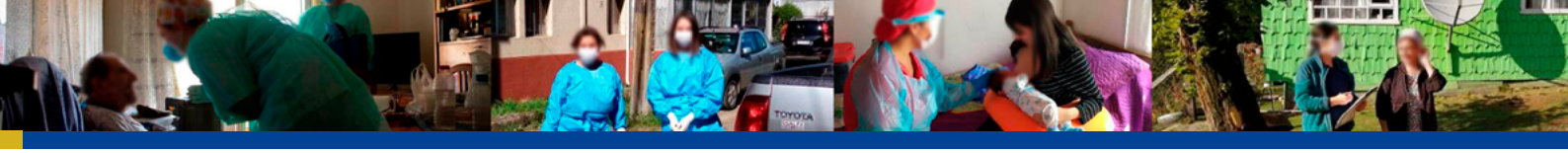
Implementación de un Policlínico de alivio del dolor con aplicación de terapia neural para mejorar el abordaje de pacientes con dolor crónico en el CESFAM N°1.

Camilo Bass Del Campo[1], Carla Pellegrin Friedmann[2], David Debrott Sanchez[3].
(1) Escuela de Salud Pública, Medicina, Universidad de Chile
(2) Hospital San José
(3) Instituto de Análisis de Políticas Públicas y Gestión

El dolor crónico presenta un elevado impacto sobre los/as pacientes porque disminuye su calidad de vida, y sobre el sistema sanitario por el elevado consumo de recursos. En atención primaria (AP), de acuerdo a la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) del Ministerio de Salud, el 61% de los/as chilenos/as declara haber sufrido dolor frecuente el último año. Los/as pacientes que no encuentran una solución a sus problemas asociados al dolor crónico, pueden presentar desesperanza, consultar en manera repetida, lo que se asocia a un elevado gasto económico y humano, así como frustración de los/as profesionales que los/as atienden. En este complejo escenario, surgen alternativas como la terapia neural (TN), una técnica de extraordinaria sencillez que podría constituir una forma eficaz de combatir estas dolencias. Objetivo general: Evaluar los resultados de la implementación de un policlínico de alivio del dolor con aplicación de terapia neural para mejorar el abordaje de pacientes con dolor crónico en el CESFAM N°1 del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC). Específicos: Analizar la evolución de la intensidad del dolor crónico de los/as pacientes tratados. Determinar los resultados en la impresión de mejora global, tanto de los/as pacientes, como del terapeuta. Contrastar el consumo de medicamentos para el dolor crónico al inicio y final del tratamiento. Estimar la variación en la medición de calidad de vida de los/as pacientes tratados/as.

Metodología Se realizó una intervención antes-después, para evaluar la eficiencia del abordaje de pacientes del policlínico de alivio del dolor (por medio de 6 sesiones de TN) en el CESFAM N°1 (SSMC) durante el año 2017. Se usaron los criterios de inclusión: edad > a 18 años y presentar dolor crónico (más de 3 meses) por las siguientes patologías: hombro doloroso, lumbociática, artrosis de cadera o de rodilla; y los criterios de exclusión: alergia a anestésicos, trastornos psiquiátricos graves y negativa del/la paciente. Este estudio contó con la aprobación del Comité Ético Científico (SSMC) y todos/as los/as pacientes que participaron otorgaron su consentimiento informado. Siendo ejecutado por un médico anestesiólogo, especialista en dolor. Para valorar los resultados se utilizó: Escala Visual Análoga (EVA), Escala PGI-I (Patient Global Impression of Improvement Scale), CGI-I (Clinical Global Impression of Improvement Scale), consumo de medicamentos para el dolor y Cuestionario EuroQoL (EQ-5D) y EQ-VAS (versión para Chile). Las mediciones fueron efectuadas al inicio, 90 y 180 días. Se realizó el análisis por medio del programa estadístico SPSS®21. Resultados Dentro de las características de los/as 51 pacientes con dolor crónico tratados encontramos un rango de edad que osciló entre 18 y 91 años (media de 62,1), un 72,5% fueron mujeres (N=37) y un 27,5% hombres (N=14). Respecto a la evolución de la intensidad del dolor, la EVA pretratamiento tuvo una media de 5,6; a los 3 meses 2,8 y a los 6 meses 2,6. Con distribuciones normales, encontrando diferencias de significancia estadística (<0,05) entre el inicio y los 90 y 180 días. No se encontraron diferencias al comparar los 3 y los 6 meses de tratamiento, en las escalas de impresión de mejora global. En cuanto al consumo de fármacos, al ingreso un 86,3% de los/as pacientes utilizaban medicamentos, lo que a los 6 meses corresponde a un 31,4% (con una disminución de 54,9%). En la evaluación de calidad de vida, el resultado de medias de EQ-VAS al ingreso fue 5,4, al día 90 de 6,8 y el día 180 de 7,0. Se utilizó el test no paramétrico para la comparación de medias (Wilcoxon), encontrando mejoras significativas (<0,05) al comparar EQ-5D preintervención y las evaluaciones post-intervención, evidenciando una mejoría significativa en las 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividad habitual, dolor/malestar y angustia/depresión), también se evidencia en EQ-VAS preintervención y posteriores. Conclusiones El alivio del dolor crónico es una necesidad de salud que aún no cuenta con respuestas satisfactorias para los/as pacientes, siendo la TN una técnica económica que presenta buena aceptación por parte de estos/as, pudiendo utilizarse en variados diagnósticos, presenta escasos efectos secundarios y es factible su uso en las consultas de AP. Según los resultados del presente estudio, esta intervención disminuye la intensidad el dolor crónico, el consumo de fármacos, minimizando también posibles efectos secundarios y mejora la calidad de vida. Faltarían ensayos clínicos que así lo confirmaran.

Estudio financiado por el Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC).



Araucanía Sur Health Service Crisis Room, a good experience to replicate.

Sala de Crisis del Servicio de Salud Araucanía Sur, una buena experiencia a replicar.

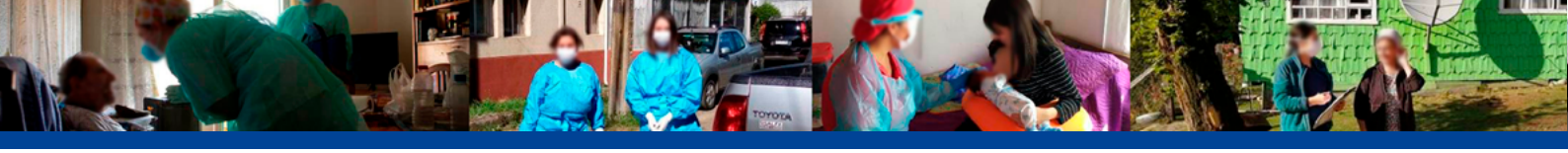
Humberto Julian Berrios[1].
(1) Salud Familiar, Medicina, Universidad de La Frontera

ANTECEDENTES: El *31 de diciembre de 2019*, la OMS informa casos de neumonía de etiología desconocida detectados en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China. Luego se asocian estos casos a la exposición en un mercado de alimentos en la ciudad de Wuhan, identificando el virus el *7 de enero de 2020*. El *11 de febrero de 2020* la OMS nombró oficialmente al virus SARS-CoV-2 y a la enfermedad que causa COVID-19. El *30 de enero 2020*, OMS declara que el brote de COVID-19 constituye una Emergencia de Salud Pública de importancia Internacional (ESPII) y el *11 de marzo 2020* se declara pandemia global, dada la alta propagación del virus a nivel mundial. El *3 de marzo* de detectaba el primer caso en Chile y el *14 de marzo* el 1° en la Araucanía. El 18 de marzo el Presidente declaró a través del decreto supremo Nº 104, el estado de excepción constitucional de catástrofe, por calamidad pública, en todo el territorio nacional, pero desde el 8 de marzo ya funcionaba la Sala de Crisis del SSAS.

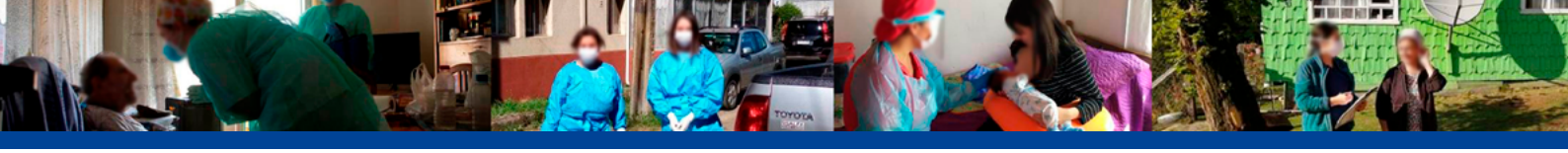
OBJETIVOS: ***(1)***Describir la organización y funcionamiento de la sala de crisis del SSAS. **(2)**Demostrar la importancia de establecer una sala de crisis ante situaciones de emergencia y desastres para la correcta gestión de la información.

DESARROLLO: El SSAS comienza su preparación ante la amenaza del COVID-19 desde enero, realizando entre otras acciones un simulacro el *24 de febrero* ante la eventual llegada del virus. Desde el 8 de marzo un equipo interdisciplinario trabaja sin tregua apoyando al personal de salud, por medio de turnos cubren 24/7, encargándose de la gestión operativa interna, disposición de información formal y sistematizada que requieren los directivos y equipos de todos los dispositivos dependientes de la red asistencial para la toma de decisiones, en el contexto de la pandemia. La sala de crisis tiene por objetivo centralizar la gestión de riesgo en esta emergencia, por lo cual se instruye a cada centro de salud que debe establecer un encargado de emergencia, con quien se establezcan los canales de comunicación correspondientes de información. A la fecha la Sala de Crisis ha efectuado y sociabilizado 129 circulares y 177 minutas. Está compuesta por un equipo interdisciplinario con sus respectivas responsabilidades diarias.

ACCIÓN	RESPONSABLE
• Coordinación de la Sala de Crisis. -Forma parte del Equipo asesor estratégico del SSAS.	• Coordinador.
• Distribución de resumen diario. -Actualización del MIDAS. -Comunicación con SSAN, SEREMI, ONEMI	• Coordinador de emergencias y desastres.
• Análisis de datos y construcción de gráficos. -Construcción de resúmenes. • Mantenedor de Redcap	• Gestor de la información
• Seguimiento diario antes de las 10:00hrs del estado de la flota y traslado SAMU / COVID-19.	• Red de Urgencia.
• Gestión de solicitudes Medicolegales y clínicas.	• Médico asesor.
• Recopilación del seguimiento diario de casos positivos y contactos estrechos.	• Seguimiento y planilleo. • Referente de APS.
• Seguimiento y gestión de toma de muestras. -Seguimiento de Licencias médicas realizadas por médicos en teletrabajo.	• Seguimiento y planilleo.
• Seguimiento diario de camas básicas, medias e intensivas. -Seguimiento diario del estado de pacientes COVID (+) hospitalizados y/o en ventilación mecánica.	• Referente de Hospitales
• Envío de minuta de comunicaciones antes de las 10:00hrs. -Redacción de circulares. -Respuesta a correos OIRS.	• Documentación y comunicaciones.



CONCLUSIONES: La gestión de la información es una tarea fundamental en toda emergencia. La sala de crisis se convirtió en el punto de referencia de toda nuestra red, recopilando, generando y entregado la información necesaria para el mejor manejo de la pandemia en nuestra provincia. La sala de crisis en conjunto con otras acciones del SSAS ha permitido un buen manejo, lo cual se refleja en los buenos resultados obtenidos, siendo una de las primeras zonas del país con alto nivel de contagios, logramos conducir y salir adelante, siendo incluso ejemplo para otros equipos. La sala de crisis ha ido cambiando acorde a la evolución y requerimientos de la pandemia. Podemos decir que la sala de crisis debe ser una acción para rescatar de la experiencia que aún vivimos, que de seguro por nuestra historia y naturaleza de desastres nos será de gran utilidad, pudiendo ser replicado a escala en centros de salud de APS o DSM, lo cual permitiría subir propuestas y buenas prácticas a nuestro nivel central.



Body, sexuality and health in mapuche youth: encounters and misundertanding with the health system.

Cuerpo, sexualidad y salud en jóvenes mapuche: encuentros y tensiones con el sistema de salud.

Alexandra Obach King[1], **Alejandra Carreno[1]**.
(1) Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo

Introducción: La población joven del país concentra el segmento con mayor porcentaje de personas en situación de pobreza, siendo uno de los grupos sociales más vulnerables. Esta situación se agudiza en contextos de determinantes sociales que los y las desfavorecen y excluyen, como es el caso de jóvenes pertenecientes a pueblos originarios. En materia de salud, en el país existe una invisibilización de los perfiles epidemiológicos de la población indígena dada la escasa presencia de la variable étnica en los registros de salud. Junto con lo anterior, situaciones de discriminación, exclusión social e invisibilizalización impactan negativamente en la salud de población indígena nacional, particularmente en los y las jóvenes, presentado esta población altas tasas de suicidio y problemáticas en salud mental en general. Por último, existe una ausencia de pertinencia étnica en temáticas de salud sexual y reproductiva de pueblos indígenas en el país, y una falta de incorporación en salud de las nociones de cuerpo y sexualidad que los y las jóvenes indígenas construyen y significan en la actualidad.

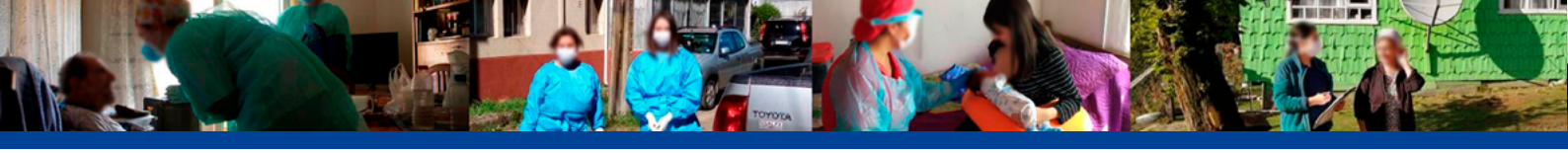
Objetivos: Explorar las construcciones de significado de jóvenes mapuche de entre 18 y 24 años en torno a los cuerpos y sexualidades, e indagar en las tensiones, divergencias y/o puntos de encuentro que se producen al confrontar la visión de los/las jóvenes con las construcciones que sobre este ámbito imperan en el sistema de salud, en la región de La Araucanía.

Materiales y métodos: Estudio cualitativo llevado a cabo en la región de La Araucanía. Se optó por esta metodología ya que interesa rescatar el relato subjetivo de jóvenes mapuche en relación al cuerpo y sexualidad, el sentido y la interpretación que otorgan a estos ámbitos, así como el relato de los equipos de salud en esta materia. Para lograr esto se realizaron entrevistas individuales semi-estructuradas con: informantes clave (N=5), jóvenes mapuche (N=16), y equipos de salud de atención primaria (N=8). Junto con lo anterior, se realizaron grupos de discusión con equipos de salud de atención primaria (N=2). Se realizó análisis temático de la información.

Resultados: Los resultados preliminares de la investigación evidencian por una parte la dificultad que encuentran los equipos de salud de conocer las necesidades específicas de esta población en tanto ni los programas interculturales de salud ni los programas de salud adolescente logran incluirlos plenamente en temáticas de salud general y de salud sexual en particular. Se destaca también la heterogeneidad que caracteriza a este grupo y la prevalencia de la atención de embarazo, parto y puerperio como espacios de contacto entre equipos de salud y población indígena joven. Por su parte, del discurso de los jóvenes emerge la presencia de transformaciones importantes en sus formas de comprender la corporalidad y sexualidad. En particular las migraciones urbano-rurales y los procesos de etnificación en curso en el territorio han abierto espacios de diálogo y experimentación importantes en estos grupos, en los que las divisiones de género, las prácticas de cuidado del cuerpo y la sexualidad ponen en tensión los mecanismos tradicionales de socialización frente a influencias de movimientos sociales globales como son el feminismo y los movimientos LGBTQI, que están siendo reinterpretados y apropiados en los espacios locales que habitan los jóvenes indígenas. Estos grupos, en particular, confirman la existencia de distancias importantes entre sus necesidades e inquietudes en torno al cuidado de su salud sexual y reproductiva y la oferta programática que ofrecen los servicios de salud locales.

Conclusiones: En vista de los resultados, se requiere profundizar en las evidencias que permiten comprender los mecanismos contemporáneos que definen las experiencias de los y las jóvenes indígenas en materia de cuerpo, sexualidad, salud sexual y reproductiva y derechos en estos ámbitos, de modo de aumentar la capacidad de los programas de salud de incorporar dichos modelos explicativos en sus intervenciones. Incluir las especificidades de las necesidades de salud de las juventudes indígenas es un paso importante para la consolidación de un modelo de salud inclusivo, capaz de actuar con eficiencia en los ámbitos de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva.

El estudio corresponde al proyecto Fondecyt de Iniciación 11190701 y cuenta con la aprobación del Comité de Ética del Servio de Salud Araucanía Sur.



Lifestyle Medicine Workshop- A theoretical and practical experience.

Lifestyle Medicine Workshop - Experiencia teórica-práctica.

Paloma Correa[1], José Izcue[1], Valentina Rebolledo[1], Andrés Glasinovic[1], Alicia Hidalgo[1].
(1) Medicina Familiar, Medicina, Universidad de Los Andes

Antecedentes: A nivel global, el 63% de las muertes anuales son atribuibles a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) relacionadas con el estilo de vida. Chile es el segundo país con mayores tasas de sobrepeso y obesidad de la OCDE, y según la última encuesta nacional de salud (ENS), el 74.2% de la población chilena tiene exceso de peso, el 86.7% no realiza suficiente actividad física, el 33.3% fuma tabaco, el 85% no consume la recomendación mínima de frutas y verduras y el 98.4% consume más de 5 gramos de sodio al día. Además, según la DEIS la primera causa de muerte en Chile son las enfermedades cardiovasculares y la segunda el cáncer, representando juntas más del 50% de la mortalidad a nivel país. Lamentablemente, en las escuelas de medicina no se transmite adecuadamente la importancia de los hábitos, lo cual es relevante, porque según la OMS el 80% de las ECNT podría prevenirse si lleváramos un estilo de vida saludable. Medicina del Estilo de Vida, (Lifestyle Medicine) surge como una respuesta a esta problemática global, y se define como la práctica basada en la evidencia, de asistir a la población en la adopción y mantención de conductas que mejoran la salud y calidad de vida, tales como alimentación saludable, realización de actividad física periódica, sueño reparador, manejo del estrés, cese del uso de sustancias tóxicas y una sólida red de apoyo social. Esta disciplina ha demostrado ser efectiva en la prevención, manejo y a veces reversión de las patologías mencionadas, que son las que conllevan la mayor morbimortalidad global y carga socioeconómica a nivel país.

Objetivos:

- Actualizar a los profesionales de la salud en la prevalencia y consecuencias de la creciente emergencia de enfermedades derivadas de estilos de vida no saludables.
- Entregar herramientas para manejo de estrés
- Transmitir la importancia de una adecuada higiene del sueño y estrategias de manejo.
- Educar sobre los aspectos fundamentales de una alimentación saludable y cómo prescribirla.
- Acercar a los participantes a la Medicina culinaria y a la alimentación basada en plantas y alimentos íntegros (Whole foods plant-based diet) a través de una clase de cocina.
- Mostrar los beneficios de la actividad física y cómo prescribirla.
- Aprender a evaluar la aptitud física de forma práctica.
- Incorporar estrategias de coaching para apoyar el cambio de hábitos desde la psicología positiva, la entrevista motivacional y la escucha activa.

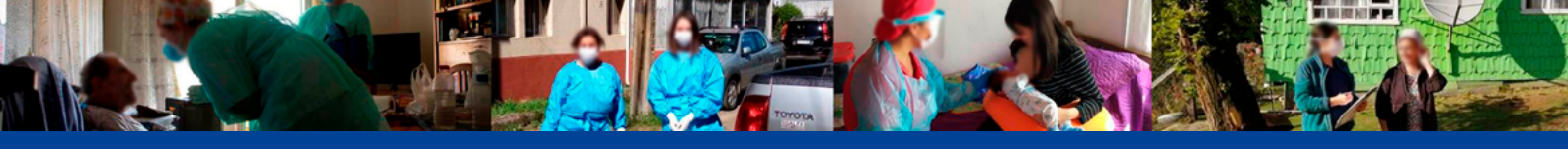
Desarrollo: Se realizó el 17 y 18 Enero 2020: Viernes:

- Bienvenida y clases expositivas sobre Medicina del Estilo de Vida y los programas validados alrededor del mundo.
- Se exploró el pilar de salud mental, lo que incluyó evaluación de burnout con cuestionario autoaplicado.
- Se analizó higiene de sueño y estrategias de manejo no farmacológico y posteriormente herramientas de manejo del estrés y mindfulness

Sábado:

- 7:00 am clase de Yoga optativa, luego desayuno compartido. A las 9:00 se inició el módulo teórico de alimentación que incluyó clase de alimentación consciente donde se realizó una actividad práctica experiencial.
- Posteriormente, se realizó práctico de cocina con la asistencia de una Chef profesional. Se realizaron 8 recetas en total en grupos de 5 participantes en cocina bien equipada. Luego revisamos la experiencia de cada grupo y nos sentamos a compartir el almuerzo que preparamos.
- Después vimos aspectos teóricos sobre beneficios de actividad física y prescripción, y un módulo práctico de evaluación de aptitud física, realizando test de marcha de 6 minutos, entre otros.
- Al final, se desarrolló módulo teórico práctico de coaching que incluyó ejercicio en parejas.

Resultados y/o conclusiones: La acogida de la actividad superó las expectativas. En la encuesta de satisfacción final, el 93,55% de los participantes catalogó la actividad con nota máxima (5, en una escala de 1 a 5) y el porcentaje restante en 4. El 100% de los participantes recomendaría la actividad a otros. Comentarios: “Aprendí mucho, el ambiente propiciaba el aprendizaje e interacción, muy entretenido. Me voy muy feliz y con ganas de diplomado de Lifestyle Medicine” “Es un programa que toda persona debe hacer” Creemos que esta actividad fue muy útil, entretenida e innovadora. Notamos que hay un profundo interés en esta disciplina y en poner el foco en el bienestar global, atendiendo no solo a los síntomas sino que a las causas de las enfermedades que más nos aquejan.
Pago inscripción participantes.



Potentially inappropiate medication use in older adults in chilean population: observational study.

Uso de prescripciones potencialmente inadecuadas en adultos mayores en población chilena: estudio observacional.

Romeo Leiva[1], Matías Granadino[1], Josefina Marcenaro[1], Javiera Toffanari[1], Camila Montecinos[1].
(1) Estudiante de Medicina, Universidad Diego Portales

Introducción

La población adulta mayor suele presentar múltiples patologías que requieren tratamientos farmacológicos, los cuales, sumados a los cambios propios del envejecimiento normal, pueden causar efectos adversos potencialmente graves. Se estima que, en Estados Unidos, los errores de medicación provocan una muerte diaria y daños en 1.3 millones de personas al año aproximadamente. Se calcula que los países de ingresos bajos y medios tienen índices similares a países con ingresos altos, sin embargo, el número de años perdidos de vida saludable es aproximadamente el doble. Por esto es que se hace necesario intervenir activamente en las prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) para población geriátrica, entendiéndolas como los fármacos con alto riesgo de efectos adversos, insuficiente evidencia de sus beneficios y que, al ser comparados con alternativas terapéuticas, son menos seguros y efectivos para una determinada condición de salud. Con el fin de pesquisarlos es que se crearon los Criterios de Beers (actualización del 2019), que constituyen una alternativa confiable para definir tratamientos en adultos mayores. Objetivo: Evaluar la prevalencia de PPI en adultos mayores chilenos, determinándola mediante los criterios de Beers independientes del diagnóstico.

Materiales y métodos

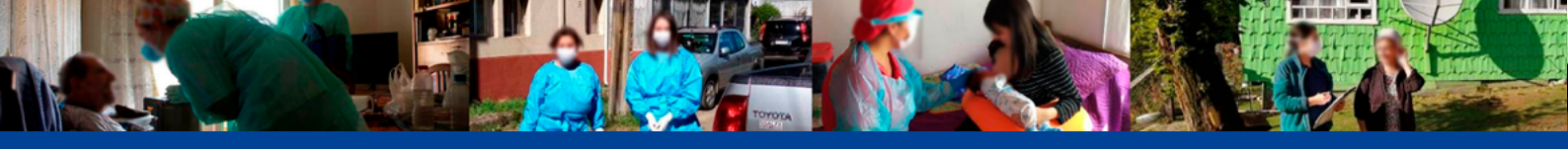
Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se recogieron datos de encuestas que los participantes autocompletaron respecto a los fármacos que usaban habitualmente. Se incluyeron personas mayores de 65 años, de ambos sexos, de las comunas de El Bosque, La Cisterna y Peñalolén de la ciudad de Santiago de Chile durante Enero y Febrero del 2020. Por medio de una planilla Excel se registraron los fármacos prescritos de cada paciente y se aplicaron los criterios de Beers. Finalmente, del total de prescripciones realizadas se analizaron estadísticamente mediante el mismo programa, determinando la frecuencia de PPI y la frecuencia de cada familia de ellos.

Resultados

De un total de 119 pacientes reclutados se obtuvo un promedio de edad de 73,5 años. 57 pacientes consumían al menos un fármaco potencialmente inadecuado (47.9%) y 15 usaban una combinación de al menos 2 fármacos potencialmente inadecuados (12.6%). Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), fue la familia más utilizada, correspondiendo al 40,4% del total de las PPI detectadas. Seguido de benzodiacepinas con un 31.6%, antihistamínicos 12.3%, antidepresivos tricíclicos 7%, relajantes musculares 5.3% y nitrofurantoína 3.5%.

Conclusiones

Pese al reducido número de pacientes contemplados, se obtuvo una prevalencia de PPI bastante alta (47.9%) asociada también a una alta tasa de combinación de fármacos potencialmente inadecuados (12.6%), lo cual podría aumentar aún más el riesgo de efectos adversos asociados. Creemos que es importante tener en cuenta que los AINEs son medicamentos ampliamente disponibles en el mercado, lo cual refuerza el hecho de que es necesario educar a nuestra población acerca de los problemas potenciales que pueden surgir de fármacos de venta libre autorizada y no autorizada. Además, se debe tener en consideración que a la hora de la prescripción médica influyen muchos factores tales como el sentido común y juicio clínico, entendiendo que no siempre es posible el estricto cumplimiento de estos criterios. Por lo anterior, consideramos que es necesario en la práctica clínica habitual una optimización de la terapia de los adultos mayores ajustada a criterios desarrollados por expertos como lo son los criterios de Beers (2019) o similares, que estén validados por la evidencia actual.



Inequality in access to mental health care services in immigrants and those born in Chile according to sex, age and educational level, CASEN 2017: preliminary results.

Brechas de desigualdad en el acceso a servicios de atención en salud mental en inmigrantes y nacidos en Chile según sexo, edad y nivel educacional, CASEN 2017: resultados preliminares.

Karina Jaramillo[1,2], Báltica Cabieses[2].
(1) Estudiante del Doctorado en Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile
(2) Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo

Introducción La migración es un proceso complejo que puede producir efectos negativos en la salud mental dependiendo de las características biopsicosociales del migrante y del proceso de migración en sí mismo. La migración es también conocido como un determinante social de la salud, además del sexo, la edad y el nivel educacional. Asimismo, diversos factores constituyen un escenario de adversidad social de riesgo para la salud mental, tales como el estrés emocional, la distancia del país de origen y la situación de vulnerabilidad. La literatura describe que una brecha en el acceso a los servicios de salud en general entre inmigrantes y chilenos. Sin embargo, existe evidencia limitada de la brecha de desigualdad en el acceso a servicios de salud mental por parte de la población inmigrante internacional en comparación con aquellos nacidos en Chile.

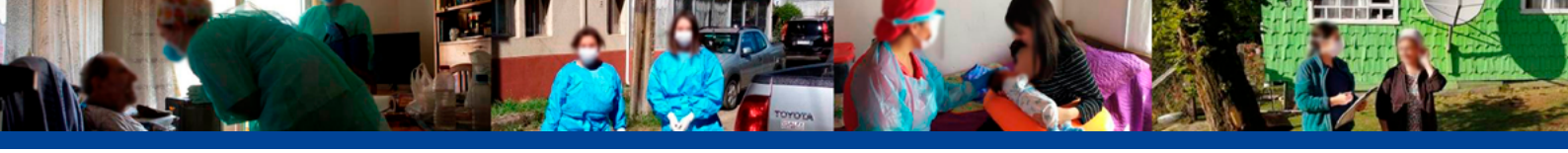
Objetivos Objetivo general Estimar la brecha de desigualdad en el acceso a servicios de atención en salud mental entre inmigrantes internacionales y chilenos según sexo, edad y nivel educacional.

Objetivos específicos

1. Describir la pertenencia y tipo de salud previsional de inmigrantes internacionales y chilenos según sexo, edad y nivel educacional.
2. Comparar el acceso a servicios de atención en salud mental por pertenencia a un sistema de previsión de salud entre inmigrantes internacionales y chilenos según sexo, edad y nivel educacional.
3. Comparar el acceso a servicios de atención en salud mental por tipo de previsión de salud entre inmigrantes internacionales y chilenos según sexo, edad y nivel educacional.
4. Analizar la brecha de desigualdad en el acceso a servicios de atención en salud mental entre inmigrantes internacionales y chilenos según sexo, edad y nivel educacional.

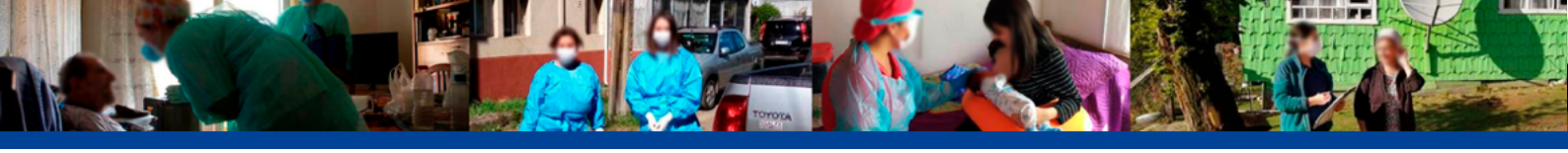
Material y método Estudio de corte transversal con análisis de datos secundarios de la Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica CASEN del año 2017. Se incluyen en el análisis todos los inmigrantes internacionales y chilenos mayores de 18 años. Las variables incluidas fueron: pertenencia a sistema de previsión de salud, tipo de previsión, condición inmigrante internacional, sexo, edad y nivel educacional. El procedimiento de análisis estadístico descriptivo e inferencial consideró el efecto del diseño de muestras complejas. Para comparaciones entre grupos se utilizó chi-cuadrado y para estimar las brechas de acceso de servicios de atención en salud mental por condición de inmigrante internacional se utilizaron modelos de regresión logística múltiple.

Resultados El 83,7% de los migrantes reporta estar inscrito en algun tipo de previsión de salud chileno; siendo significativamente menor que el 97,7% los chilenos. Se observan diferencias en el acceso al sistema de salud público (66,9% versus 80,2%). El acceso a sistemas privados de atención en salud reporta porcentajes similares. El 1,4% de las mujeres inmigrantes realizan consultas en salud mental en comparación al 3,1 de las chilenas, en tanto que en los hombres inmigrantes se observa 0,7% y 1,6% en chilenos. La proporción que no recibe atención en salud mental en la población sin previsión de salud, respecto a los que reciben, es 7,65 veces mayor entre los inmigrantes que entre chilenos (OR= 7,65, p<0,01, ajuste por sexo, edad, y nivel educacional). En las personas con algun tipo de previsión, la proporción que no recibe atención en salud mental, respecto a los que reciben, es 2,23 veces mayor entre las personas con condición de inmigrante que entre chilenos (OR=2,23; p<0,01, ajustando por sexo, edad y nivel educacional). El tipo de previsión de salud se asocia al riesgo de no recibir atención en salud mental. De las personas que pertenecen al sistema público de salud, la proporción que no recibe atención en salud mental, respecto a los que reciben, es 2,34 veces mayor entre personas con condición de inmigrante que entre chilenos (OR= 2,34; p<0,01; ajustando por sexo, edad y nivel educacional). El sistema de salud privado no mostró diferencias en el riesgo de no recibir atención en salud mental entre inmigrantes y chilenos.



Conclusiones Los inmigrantes internacionales presentan menor acceso a los servicios de atención en salud mental en comparación a los chilenos de igual sexo, edad y nivel socioeconómico. Esta brecha de desigualdad se observa principalmente al no pertenecer a algún tipo de previsión de salud y en el sistema de salud público. Disminuir la brecha de desigualdad sitúa el acceso como uno de los principales desafíos para la atención oportuna y la protección de la salud mental de la población.

Este trabajo fue financiado por la beca doctoral CONICYT-PFCHA/Doctorado Nacional /2018-21181616 y el Fondecyt Regular Nº 1201461.



COVID19 Tracing Volunteers: digital transformation agents in primary care.

Voluntarios de Trazabilidad COVID19: agentes de transformación digital en la Atención Primaria.

René Lagos[1], Yerko Montenegro[2], Juan Cristóbal Morales[1], Sonia Bassa[1], Mariana Alcayaga[1], Rodrigo Guerrero[1].
(1) Salud Digital, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
(2) Rectoría, Universidad de Chile

El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) es el más grande del país. Anualmente atiende a más de un millón y medio de personas que se atienden en cinco hospitales y más de 50 centros de atención primaria. En marzo de 2020 se presentó el primer foco de contagios en la comuna de La Florida y se constató la dificultad de tener información oportuna de su rápida evolución. Se detectó que la mayor brecha de registro en la atención de los pacientes con COVID estaba en el seguimiento, por lo que se dispuso construir una plataforma informática. De todas formas, era claro que los equipos de atención domiciliaria se verían rápidamente superados por la cantidad de contagios y que el seguimiento telefónico sería difícil de escalar con el personal y los recursos existentes. Desde la Unidad de Salud Digital del SSMSO Se contactó a Rectoría de la Universidad de Chile para evaluar la factibilidad de incorporar estudiantes voluntarios para apoyar en el seguimiento de pacientes con COVID.

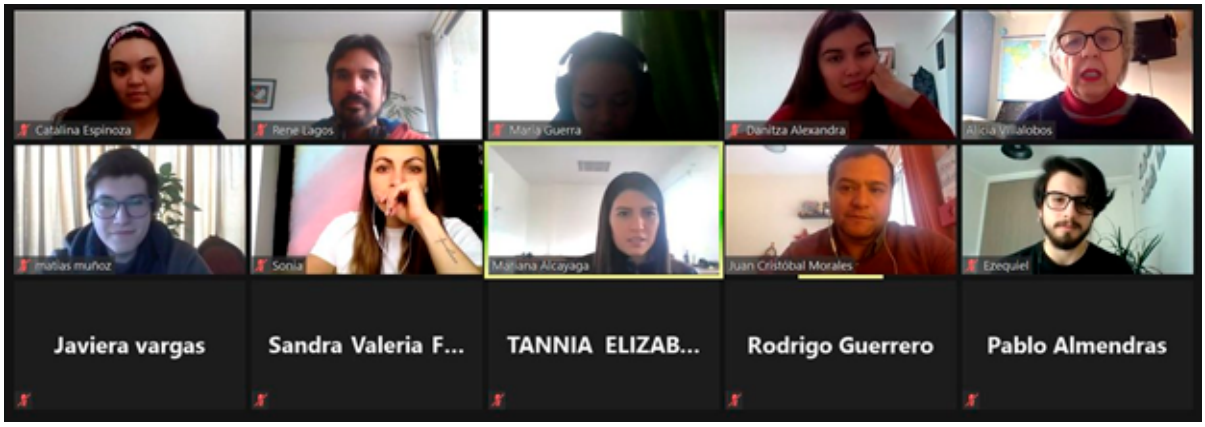
Objetivos

Incorporar estudiantes voluntarios de últimos años de carreras de salud en el seguimiento de usuarios COVID19 de las comunas del SSMSO para mejorar la cobertura y calidad.

1. Protocolizar la incorporación de voluntarios y el seguimiento telefónico a usuarios COVID.
2. Habilitar una plataforma informática para realizar los llamados telefónicos y para el registro de seguimientos.
3. Incorporar las comunas y CESFAM del SSMSO al seguimiento en red de manera gradual.
4. Cuantificar la producción de los voluntarios al seguimiento y retroalimentar a los equipos locales.

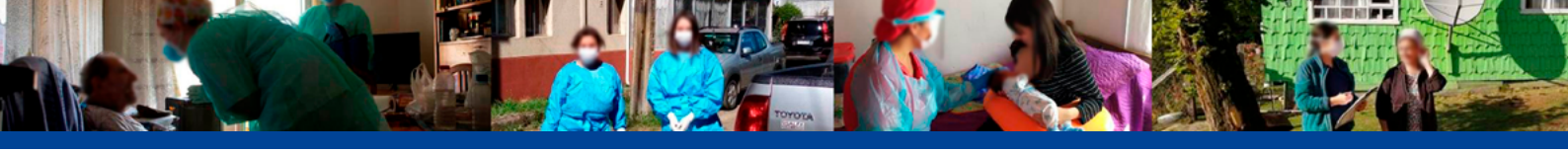
Desarrollo

Se acordó hacer un piloto inicial con cinco estudiantes que apoyaran en el seguimiento de usuarios de bajo riesgo. Se elaboró un protocolo para incorporarlos en el seguimiento, el cual consideraba reclutamiento, capacitación, inserción y supervisión de voluntarios. Se reclutaron estudiantes de las escuelas de enfermería, odontología y terapia ocupacional, los que se capacitaron en el curso de trazabilidad dictado por la Facultad de Medicina. Posteriormente se les hizo una inducción a la plataforma de seguimiento del SSMSO y se les entregaron cuentas de Skype para hacer los llamados telefónicos.



Capacitación de la primera cuadrilla de voluntarios

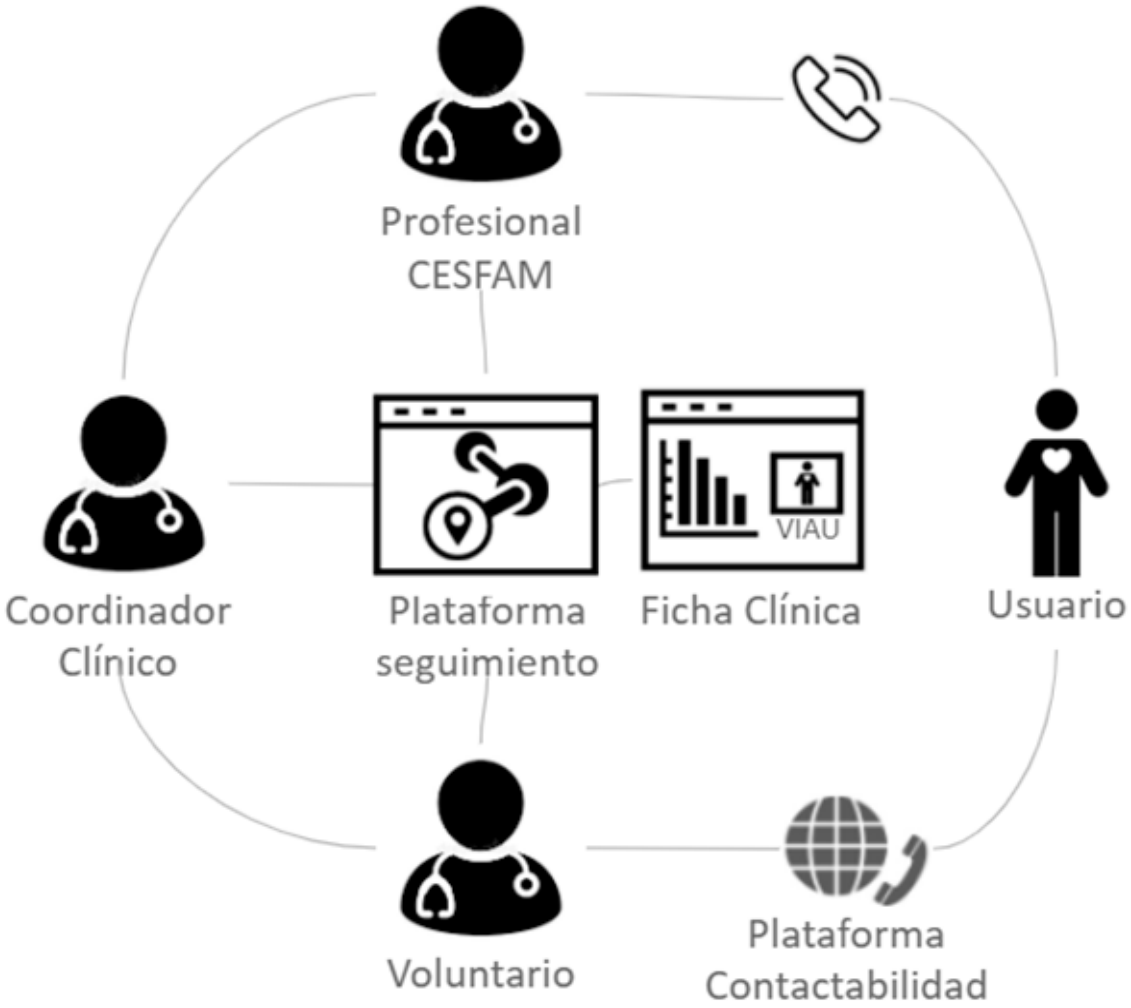
El primer piloto se llevó a cabo en la comuna de San José de Maipo el 22 de junio de 2020. Partieron apoyando a las tres postas rurales y después se sumó el Hospital San José de Maipo. La acogida fue muy positiva en los equipos de seguimiento y rápidamente se esparció la noticia del apoyo que brindaba el Servicio a través de la plataforma y los voluntarios. Le siguieron La Pintana, La Granja y La Florida.

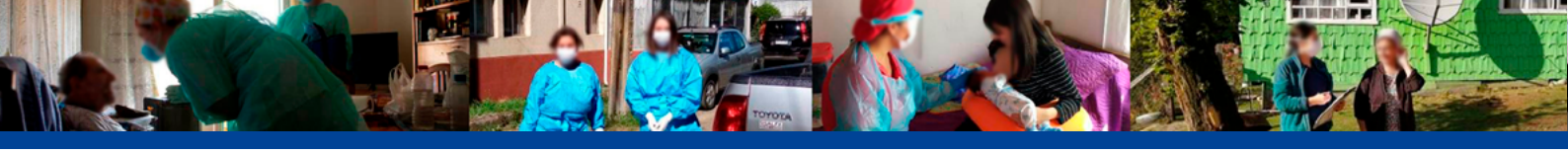


Resultados

Los voluntarios hicieron un aporte sustantivo a la trazabilidad de contagios COVID19 en el SSMSO. Al 28 de agosto habían incorporados 56 voluntarios en 12 CESFAM, que registraron de 8.200 seguimientos de un total de 60 mil registrados en la plataforma.

En todas las comunas se estableció un modelo de seguimiento en red en que los profesionales de CESFAM se enfocaron en el ingreso de usuarios al seguimiento y el manejo de pacientes de mayor complejidad, mientras que la cuadrilla de internos liderados por un docente realizaron seguimiento y educación de pacientes de baja complejidad. Los casos complejos se derivaron a profesionales del CESFAM a través de una coordinadora clínica de los voluntarios. Tanto los profesionales como los voluntarios registraron los seguimientos en la Plataforma del SSMSO, la cual está integrada con la ficha clínica electrónica.





EL DÍA

Viernes 3 de julio de 2020 / Las Últimas Noticias

DANIELA TORÁN

Después de tomar desayuno y hacer una rutina de ejercicios, Javiera Vargas se instala en un rincón de su pieza donde está su escritorio. Al frente del computador, esta estudiante de último año de Enfermería de la Universidad de Chile, revisa una lista de pacientes con coronavirus. Cuando tiene toda la información que necesita, toma su celular y comienza a llamar a cada uno para, principalmente, conocer los contactos estrechos que tuvieron en los últimos días y para monitorear cómo van evolucionando los síntomas de la enfermedad. Parte a las 10 de la mañana y puede terminar a la13:30 o dos de la tarde.

Javiera, de 23 años, es parte del plan piloto de trazabilidad de la Universidad de Chile en conjunto con el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, que comenzó a operar a mediados de junio con el objetivo de ser un apoyo a la Atención Primaria de Salud (APS) en la titánica tarea de la trazabilidad.

La doctora Cecilia Morales, coordinadora de esta iniciativa, explica que la trazabilidad es determinar cuál es la red de contactos de un caso positivo que pudieran significar casos secundarios. "En un escenario ideal deberíamos tener la trazabilidad de los 280 mil confirmados. Son magnitudes enormes, por eso la dificultad. El rector Ennio Vivaldi encomendó desarrollar un programa para poder apoyar esta tarea", dice la salubrista.

El piloto, que comenzó en el Hospital de San José de Maipo y las postas rurales del sector, es llevado a cabo por grupos de estudiantes coordinados por un tutor.

"Estamos conectados a una plataforma web con los datos de los pacientes y tenemos una comunicación constante con los médicos. Las llamadas las hacemos con una conexión Skype gratuita. Son 10 a 13 en el día. Me presento, pregunto algunos datos para corroborar que estoy hablando con esa persona y luego comenzamos una conversación", dice Javiera desde su casa en Melipilla.

-¿Qué tipo de preguntas hacen?

-En relación al área social pregunto con quién vive, si hay algo que le dificulte hacer la cuarentena, si es madre soltera y no tiene cómo cuidar a su hijo, etcétera. Vemos la sintomatología clínica y la parte epidemiológica que es con quién estuvo desde dos días antes del inicio de los síntomas. Llevo unas 25 personas contactadas.

-¿Hasta cuántas personas ha contactado por un solo caso?

-Hace dos días tuve una paciente que tuvo cinco contactos estrechos, todos familiares. A los cinco los llamé por separado para monitorear sus síntomas y ver que mantengan la cuarentena.

-¿Cuánto demora cada llamado?

-Si es un paciente que ingresa, puede variar entre 30 a 40 minutos. Cuando ya los conozco, es mucho más corto porque me enfoco en la parte clínica y el cuidado personal.

-¿Cada cuánto llama a cada paciente?

-Varía. Los que tienen riesgo bajo se llaman cada 48 horas. Los de riesgo moderado, que son enfermos crónicos con sintomatología respiratoria o adulto mayor, se los llama diariamente.

-¿Supongo que le toca escuchar más de algún drama familiar?

-Sí, pero parte de mi formación es lidiar con esto. Manejar la contención emocional del paciente y la mía. Es cierto que uno queda preocupado con algunos casos.

-¿Y si una persona no contesta el teléfono?

-Se marca cuatro veces y se intenta al otro día. Si eso no resulta, se da aviso al centro de salud para que le hagan una visita domiciliaria.

Buscan voluntarios

Debido a los resultados positivos del piloto, la universidad en conjunto con la Fech y el Colegio Médico, abrió una convocatoria (https://bit.ly/3B0XomT) para toda la comunidad universitaria (alumnos, académicos, egresados y funcionarios) para sumarse al plan de trazabilidad. "Cada inscrito será capacitado con un curso online gratuito de la Escuela de Salud Pública. Ya van más de 1.000 inscritos. Y próximamente estaremos trazando en La Granja y La Pintana. Esto se suma a que los estudiantes de séptimo año de Medicina también están realizando seguimientos como parte de su programa de internado", dice Morales.

La estudiante de enfermería llama a 10 o 13 personas al día.

Estudiantes de la U. de Chile buscan detectar a los contactos estrechos

Hasta 40 minutos dura una llamada de trazabilidad para ubicar a pacientes con Covid

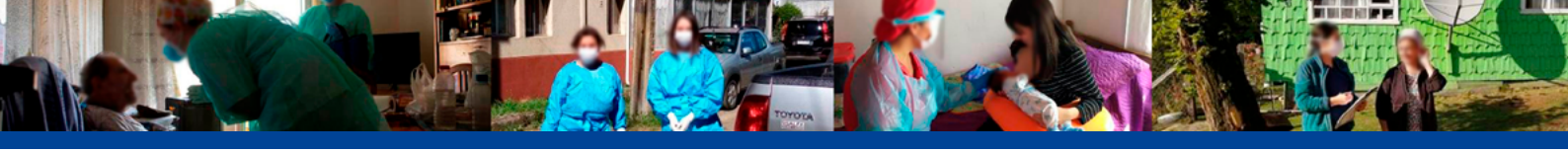
Ya van más de 1.000 voluntarios inscritos que serán cazadores de brote.

Conclusiones

Los voluntarios contribuyeron a mejorar el seguimiento de pacientes de baja complejidad, identificando contactos nuevos y permitiendo al equipo local enfocarse en atender pacientes más complejos. Se generó una dinámica de transferencia de buenas prácticas y aprendizaje entre los equipos de APS, los voluntarios y el SSMSO. Los equipos de atención primaria valoraron el apoyo humano y tecnológico en un momento en que tenían un desgaste importante y veían incrementada su responsabilidad.

Gracias a ellos se pudo implementar un call center virtual, donde cada CESFAM contó con un equipo de agentes telefónicos integrados a su operación diaria en base una plataforma web conectada a la ficha clínica electrónica. A diferencia de otros call centers implementados en la Región Metropolitana, en éste los agentes trabajan desde sus casas y no se exponen en el traslado o lugar de trabajo. Este modelo es replicable para acompañamiento de pacientes en lista de espera y otras patologías.

Este proyecto contó con la donación de $275.000 por parte de la fundación Familias Mundi Chile para la compra de cuentas de skype facilitadas a los voluntarios.



Experience of implementation and management of a contact center in Valparaiso city from the equity, integrality and long-term of care.

Experiencia de implementación y gestión de un fono consulta en la comuna de Valparaíso desde la equidad, integralidad y continuidad de los cuidados.

Daniela Matta Daniels[1], Carlos Guerrero Ubeda[2].
(1) Coordinadora Médica, Dirección de Área Salud, Corporación Municipal de Valparaiso
(2) Medico Contralor Provincial, Dirección de Área Salud, Corporación Municipal de Vaparaiso

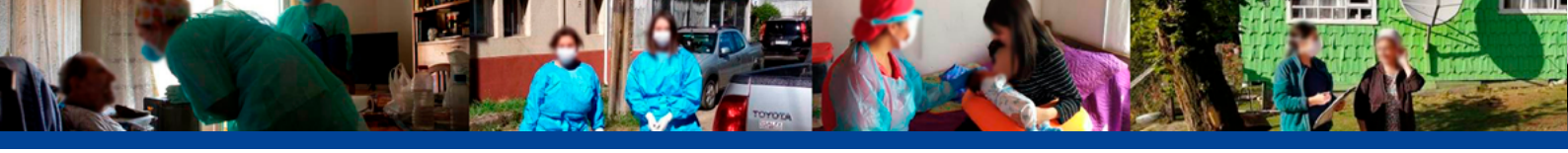
ANTECEDENTES. En Valparaíso el centro de la ciudad (plan), concentra gran parte de la actividad económica y está rodeado por cerros desde donde sus habitantes deben desplazarse hacia el plan por motivos de trabajo, trámites y abastecimiento, entre otros. Como respuesta a la pandemia, la Municipalidad impulsó un modelo de confinamiento comunitario que divide a la comuna en unidades territoriales de acción comunitaria y municipal, que busca descentralizar el patrón de desplazamiento, permitiendo a las personas obtener recursos y servicios cerca de su hogar. La estrategia comunicacional de la Alcaldía se centra en el uso de redes sociales. Dada la contingencia los centros de salud redujeron su oferta de prestaciones presenciales, lo que llevó a la saturación de sus líneas telefónicas. A ello se sumó la solicitud expresa del Alcalde de instaurar un fono consulta comunal. **OBJETIVO GENERAL.** Contribuir a disminuir el tránsito de personas por la ciudad, estableciendo un sistema de acceso universal y gratuito de gestión de solicitudes ciudadanas de salud con un enfoque de equidad, integralidad y continuidad de los cuidados. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.** Brindar acceso a información de salud por vía telefónica contribuyendo a reducir la brecha digital. Establecer un sistema de categorización y/o resolución remota de los problemas de salud. Generar un canal de vínculo entre los CESFAM u otras dependencias municipales y las personas consultantes que requieran seguimiento posterior. **DESARROLLO.** Población objetivo: habitantes de la comuna de Valparaíso. Lugar: Dirección de Área de Salud de Corporación Municipal de Valparaíso (CMV). Duración: 06/04 al 28/08 de 2020. Horario de funcionamiento: Lunes a domingo de 9:00 a 19:00 hrs. Sistema de telefonía: plataforma de voz por IP. La planificación incluyó diseño del modelo, cotizaciones y reclutamiento. Modelo de gestión diseñado por 2 Médicos Familia y 1 Ingeniero Industrial. Se reclutó a profesionales de la salud funcionarios/as de CMV e internos/as voluntarios/as de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Se definen 2 grupos de operadores: "No Médico": entrega de información y categorización. Puede transferir llamadas al otro grupo o derivar a seguimiento por CESFAM (vacunación, despacho de fármacos, PACAM y PNAC) y/u otros dispositivos institucionales (oficinas municipales zonales, DIDECO, SEREMI). "Médico": evaluación clínica, indicaciones de manejo o derivación a CESFAM o a Red de Urgencia.

Llamadas de personas > 60 años son atendidas inicialmente por grupo "No Médico" para trato personalizado. Para menores de 60 años se ofrece menú automatizado que transfiere la llamada al grupo correspondiente. Se provee a operadores de información actualizada de funcionamiento de la Red en contexto de pandemia y otros datos relevantes, existiendo además apoyo y coordinación permanente por médico/a de Familia y soporte técnico por informáticos de CMV. Se aplica encuesta a operadores para conocer su opinión respecto a la experiencia.

RESULTADOS. 2937 llamadas atendidas. Promedio de edad de consultantes: 48,8 años (26.5% de 60 años o más). Principales motivos de consulta: COVID-19 (41.5%), otras consultas de salud (37.5%) y vacunación antiinfluenza (14%). En las 3 primeras semanas el principal motivo de consulta era la vacunación antiinfluenza, respondidas en su mayoría por operadores del grupo "No Medico". A fines de Abril aumentan consultas por COVID requiriendo ser atendidas por médico/a. Desde julio decae el número diario de llamadas, manteniéndose mayor porcentaje que requiere atención médica. Derivaciones a CESFAM, atención domiciliaria y otros dispositivos: 548 (18,6%). Sobre la encuesta a operadores, consideran que esta experiencia les aportó conocimiento de la Red, sentirse útil, desarrollar habilidades comunicacionales y de contención, interactuar con otros profesionales de la salud y coordinadores, mientras que a la Comunidad de Valparaíso refirieron que habría aportado contención, respuestas rápidas, horario amplio de funcionamiento, gratuito, trato cercano y personalizado, fácil acceso a una primera consulta médica, coordinación con CESFAM, evitar que salieran de sus casas.

CONCLUSIONES. Modelo integra fono consulta con categorización, selección y gestión de la demanda que reduce brecha digital. Mirada integral, de continuidad de los cuidados, articulación con otras estrategias de respuesta a la pandemia. Experiencia enriquecedora para operadores. Aspectos a mejorar: incorporar encuesta de satisfacción usuaria. Proyecciones: integración de líneas 800 y OIRS de cada CESFAM.

Presupuesto de Salud Municipal, PRAPS y Per Cápita



Enablement of a Pocket Square in a Chilean Family and Community Hospital for users and health workers.

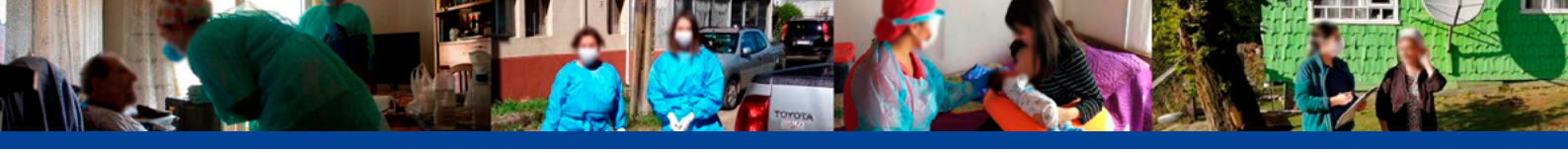
Habilitación de una plaza de bolsillo para usuarios, usuarias y trabajadores de la salud en un hospital familiar y comunitario en Chile.

Margarita Miranda[1], Camila Rojo[2], Fabiola Rojas[3], Soledad Vega[3].
(1) Encargada de la Unidad de Salud Familiar y Comunitaria Hospital de Curacaví, Médica Familiar Universidad de Chile
(2) T.S. Hospital de Curacavi
(3) T.O. Hospital de Curacavi

Resumen: El presente artículo describe la experiencia de ejecución de un proyecto comunitario enmarcado en los principios de promoción, prevención y participación en salud, parte de la estrategia de Atención Primaria de Salud (1). Esta experiencia se desarrolla en un Hospital Familiar y Comunitario (2) en Chile con el objetivo de vincular a usuarios y usuarias de tres programas de la atención ambulatoria del Hospital, más usuarios del Servicio de Hospitalizados entorno a la ejecución de un proyecto que les permita compartir experiencias en relación a sus procesos terapéuticos a través de la interacción social con un sentido de pertenencia. La metodología utilizada fue el diseño y habilitación de una Plaza de Bolsillo, en un espacio baldío del Hospital. Las plazas de bolsillo nacieron en Santiago de Chile buscando soluciones temporales para sitios baldíos hasta que se concrete el proyecto definitivo al cual estaban destinados. Son espacios de uso público transitorio que transforman terrenos baldíos de propiedad pública, mediante mobiliario táctico, vegetación y arte urbano. (3) Para el desarrollo del proyecto se realizaron talleres simultáneos de 14 sesiones que integraron contenidos teóricos y actividades prácticas de estimulación cognitiva, (atención, concentración, memoria, creatividad, funciones ejecutivas, etc.), trabajo de motricidad fina, ergoterapia, (utilización del trabajo como medio de sanación a través del trabajo libre, personal, creativo y no alienante, donde lo importante no es el valor comercial del producto, sino el sentido que la actividad tiene para el usuario)(4), la socialización y por sobre todo la libertad de proponer y exponer ideas durante el proceso por parte de los usuarios y usuarias de los programas de la atención ambulatoria del Hospital y el Servicio de Hospitalizados. Los Programas de salud de la atención ambulatoria involucrados en el desarrollo de este proyecto fueron: los usuarios del Programa PAB/PAI "AIWIN", quienes limpiaron el sitio baldío, construyeron bancas y realizaron la estructura para una mesa de la Plaza de Bolsillo. Las usuarias del Programa MÁS Adultos Mayores Autovalentes, quienes elaboraron cuadrados tejidos para cubrir árboles y pilares. Los usuarios y usuarias del Taller de Parkinson y secuelados de ACV del Programa Sala de Rehabilitación, quienes realizaron la cubierta de una mesa con mosaico, tejieron más cuadrados para cubrir árboles y pilares y pintaron piedras decorativas junto a los usuarios del Servicio de Hospitalizados, quienes contribuyeron con más piedras decorativas pintadas. Los trabajadores de la salud coordinaron las actividades, la compra de los materiales, los trabajos de jardinería y paisajismo del lugar. En concordancia con una mirada holística, integradora, en sintonía con la naturaleza y con los cambios climáticos que actualmente estamos viviendo, el diseño de la Plaza de Bolsillo fue pensado y ejecutado como un jardín seco, con plantas cactáceas y suculentas, cuyo consumo de agua es bajo, en coherencia con la sequía que actualmente afecta a varias zonas del país incluyendo a Curacaví. Se mantuvieron los árboles nativos de la zona, y les dimos mayor protagonismo al cubrirlos con los tejidos que las usuarias elaboraron. Los resultados fueron la habilitación de una Plaza de Bolsillo a través de las actividades descritas que optimizó la ocupación de un espacio baldío que existía en el Hospital construido por y para los usuarios y usuarias y, que promueve el diseño de jardines sustentables y sensibiliza a los usuarios, usuarias y trabajadores de la salud sobre el cambio climático y el uso racional de los recursos naturales, recuperando así un espacio público para darle nueva vida y ayudar a los usuarios, usuarias y trabajadores de la salud a tener una experiencia distinta de participación comunitaria perdurable en el tiempo. La ejecución de este proyecto significó una expresión de inclusión, integración, conservación y varios otros principios relacionados a la salud familiar que constituyen una muestra tangible en la comunidad de Curacaví de equidad y justicia social en salud.

A través de los fondos recibidos por los programas de atención primaria:

1. Programa PAB/PAI* "AIWIN", (*Programa de Adicciones Básico/Programa de Adicciones Intensivo en consumo de sustancias ilícitas).
2. Programa MÁS Adultos Mayores Autovalentes.
3. Programa Sala de Rehabilitación.
4. Programa MAIS, (Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria).



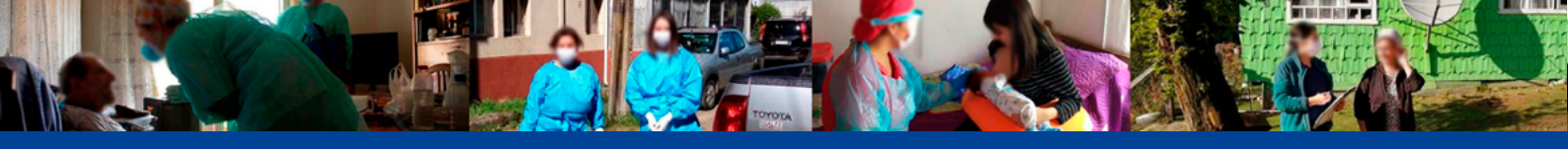
Urban young women and dissident sexualities: encounters and discounters with the health sector.

Jóvenes urbanas y sexualidades disidentes: encuentros y desencuentros con el sector salud.

Alexandra Obach[1], Michelle Sadler[2], Consuelo Robledo[1].
(1) ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo
(2) Historia, Facultad de Artes Liberales, Universidad Adolfo Ibáñez

Introducción: Las personas que se identifican con sexualidades disidentes enfrentan una serie de vulneraciones a sus derechos y discriminaciones en diversos ámbitos de sus vidas. En materia de salud sexual y reproductiva, se enfrentan a un sistema de salud basado en los cánones de una sexualidad heterosexual, que invisibiliza y no atiende sus necesidades específicas. Las mujeres de la diversidad sexual encuentran aún mayores barreras, debido a que la homosexualidad masculina ha sido el mayor foco de discusión y de debate desde el sector salud. En este sentido, si bien existe una ausencia de herramientas para abordar a la población joven no heterosexual en general, esto es aún más marcado en el caso de mujeres lesbianas, bisexuales y pansexuales. De ahí que sea relevante explorar tanto en los sentidos y significados que estas jóvenes construyen sobre sus cuerpos y sexualidad, como en aquellos que se construyen sobre ellas desde el sector salud, con miras a generar programas y políticas más inclusivas de la diversidad sexual y de género. **Objetivos:** Explorar en los significados que jóvenes urbanas, de entre 18 y 24 años, construyen en torno a sus cuerpos y sexualidades, e indagar en las tensiones, divergencias y/o puntos de encuentro que se producen al confrontar sus percepciones con aquellas que el personal de atención de salud sexual y reproductiva construye sobre ellas, en la Región Metropolitana. **Materiales y métodos:** Estudio cualitativo llevado a cabo en la Región Metropolitana, con población que vive y/o se desempeña en el territorio urbano comprendido por el Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Se realizaron entrevistas individuales semi-estructuradas con: informantes clave (N=5), jóvenes con identidades sexuales no heteronormativas, y/o que se identifican como mujeres (N=16), y profesionales de atención de salud primaria, en el área de salud sexual y reproductiva (N=8). Se realizó análisis temático de la información. El estudio es parte del proyecto Fondecyt de Iniciación 11190701. **Resultados:** Los resultados preliminares de la investigación evidencian que: 1) los/as profesionales de atención de salud sexual y reproductiva carecen de herramientas conceptuales y prácticas para atender a población no heterosexual en general, y más aún en el caso de quienes se identifican con el espectro femenino dentro de las disidencias sexuales; 2) las jóvenes, conscientes de esta carencia de enfoques y de la discriminación que pueden vivir en la atención de salud, despliegan una serie de recursos y de redes externas al sistema oficial de salud para informarse en materia de salud sexual y reproductiva, y satisfacer sus necesidades en este ámbito; 3) existiría entre algunas jóvenes una mayor fluidez en cuanto a forma de posicionarse frente al género y la sexualidad que se traduciría en la posibilidad de transitar entre identidades más allá de los binarismos hombre-mujer/masculino-femenino, opciones sexuales que desbordan aquellas identidades sexuales más reconocidas como el ser gay o lesbiana, y relaciones sexo-afectivas diferentes a la relaciones monógamas heterosexuales; 4) las jóvenes dan cuenta de una creciente apertura a expresiones disidentes de cuerpo y sexualidad, de la mano de movimientos sociales globales como son el feminismo y los movimientos LGBTQI+, que si bien tiene más espacios de expresión que en pasado, permanecen en fuerte tensión con imaginarios tradicionales sobre los cuerpos y las sexualidades. **Conclusiones:** En vista de estos resultados preliminares, se hace necesario avanzar hacia una concepción de salud sexual como campo fluido de expresiones que no es posible encasillar en identidades fijas ni estáticas, de modo de aumentar la capacidad de los programas de salud de incorporar dichos modelos explicativos en sus programas e intervenciones. Incluir las especificidades de la población joven no heterosexual es un paso importante para la consolidación de un modelo de salud inclusivo, capaz de actuar con eficiencia en los ámbitos de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva.

Fondecyt Iniciación 11190701.



Psychomotor development and early stimulation in children with down syndrome.

Desarrollo psicomotor y estimulación temprana en niños con síndrome de down.

Cassandra Roberta Peralta[1], María Jesús Godoy[2], Vivian Nicole Yévenes [2].
(1) CESFAM Ana María Juricic
(2) CESFAM Alejandro Del Río

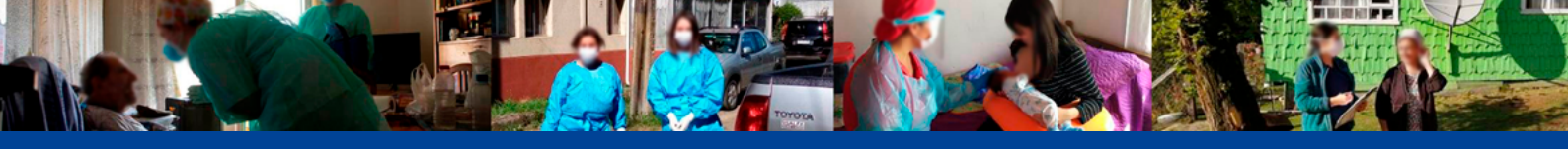
Introducción El Síndrome de Down (SD) es una condición genética causada por una trisomía 21, que entre otras consecuencias presenta, una disminución de neuronas en el sistema nervioso central, retraso en la mielinización y desregulación del ciclo celular pudiendo alterar los neurotransmisores, lo que conlleva a un retraso Desarrollo psicomotor (DSM).

Objetivos Este estudio busca objetivar la edad de adquisición de los distintos hitos del desarrollo (HD) en personas SD, y evaluar si existe asociación con patologías médicas asociadas y estimulación temprana.

Material y Método Se realizó un estudio descriptivo, restrospectivo en personas SD entre 3 y 17 años. Los datos se obtuvieron mediante una entrevista formulada a los padres acerca de la edad de adquisición de los HD. Se consideraron posibles variables que pudieran influir, como datos demográficos, antecedentes médicos personales y familiares, y estimulación temprana. Los resultados fueron analizados con el sistema SPSS y base de datos Excel.

Resultados Se obtuvo un total de 105 pacientes, edad promedio 10.9 años. La edad media de adquisición de HD fueron 6.3 meses para el control cefálico, 10.29 meses para la sedestación y 24.48 meses para la locomoción. Un 92.4% realizó estimulación temprana con una edad media de inicio a los 3 meses y se observó que para la locomoción y la sedestación, la presencia de estimulación temprana fue estadísticamente significativa en la adquisición precoz de estos hitos.

Discusión Se evidenció que existe un retraso en la adquisición de los HD en niños con SD de aproximadamente el doble de tiempo en comparación a la población general. Por otro lado se observó un acortamiento en el tiempo de adquisición de los HD estadísticamente significativo en aquellos que recibieron estimulación temprana. Y como outcome secundario, las patologías médicas asociadas no interfieren en la adquisición de HD posiblemente gracias a su detección y tratamiento precoz.



Malnutrition due to excess in exclusively breastfed 6 month infants as a risk factor for future childhood overweight and obesity.

Malnutrición por exceso en lactantes de 6 meses con lactancia materna exclusiva (LME) como factor de riesgo de futuro sobrepeso y obesidad infantil.

Catalina Poblete[1], Susana Salas[2], Carla Castañón[2,3].
(1) Adolescencia y Medicina Familiar Mención Niño, Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
(2) Medicina Familiar Mención Niño, Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
(3) Medicina Familiar Mención Niño, Medicina, CESFAM Madre Teresa de Calcuta UC

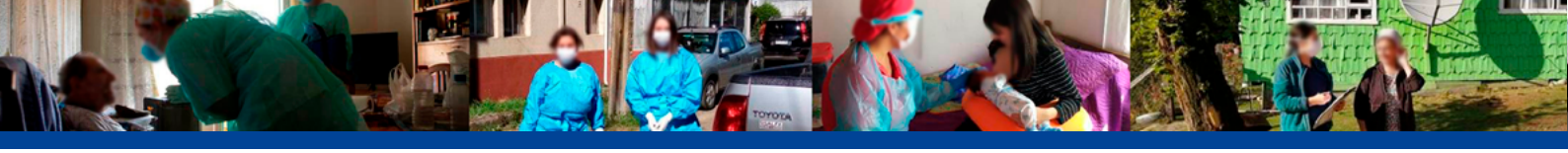
Introducción: La malnutrición por exceso es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo y Chile ocupa el 6° lugar OCDE de obesidad infantil. La obesidad temprana y/o rápida velocidad de crecimiento durante los primeros meses de vida son factores de riesgo de obesidad en la infancia y adultez. La lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses es un factor protector, sin embargo, no es claro el efecto de la malnutrición por exceso en lactantes alimentados con LME.

Objetivo: Evaluar la asociación entre la presencia de malnutrición por exceso en lactantes de 6 meses alimentados con LME y su estado nutricional en edad preescolar.

Métodos: Cohorte no concurrente de niños nacidos entre enero 2011 y diciembre 2012 alimentados con LME al 6º mes, controlados en 3 Centros de Salud Familiar de la Región Metropolitana (SSMSO/Ancora). Se excluyen aquellos sin ficha clínica disponible, sin registro de peso y talla, y con riesgo de desnutrir o desnutrición a los 6 meses (prevalencia despreciable). El tamaño muestral calculado fue de 146, para confianza del 95%, potencia del 80%, RR esperado de 2 y OR 3, considerando 30% de exposición (malnutrición por exceso al 6º mes). Se realizó diagnóstico nutricional a los 6 meses y 3 años según OMS, a partir de peso y talla/longitud registrados por profesionales clínicos en controles sanos. Se evaluaron como posibles variables de confusión los factores de riesgo significativos para obesidad infantil descritos en la literatura, como exceso de peso materno, tabaquismo durante el embarazo, incremento de peso en embarazo mayor al esperado, alto peso de nacimiento, paridad y tipo de parto. En el análisis estadístico de los datos, el nivel de significancia estadística se estableció para dos colas en valores $p<0,05$. El efecto se expresa mediante Riesgo Relativo (RR) y Odds Ratio (OR) crudos, con intervalo de confianza. El análisis univariado se realiza mediante Test de Chi cuadrado, Fisher y/o ANOVA y cálculo de diferencia de riesgos entre variables. En el análisis multivariado, se desarrollaron 4 modelos diferentes de regresión logística para el ajuste por posibles variables de confusión (OR ajustado).

Resultados: En los 1372 niños nacidos entre 2011-2012, la prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) a los 6 meses fue de 28,7%. En los 299 niños con LME y ficha clínica disponible, la prevalencia de sobrepeso y obesidad a los 6 meses fue 28% y 16% respectivamente, mientras que a los 3 años fue 23% y 11%. En suma, la prevalencia de malnutrición por exceso fue 44% a los 6 meses y 34% a los 3 años. Aproximadamente la mitad de los niños se encontraban eutróficos o con peso normal en ambas edades evaluadas (51% a los 6 meses y 62% a los 3 años). El 51% de los lactantes con sobrepeso/obesidad a los 6 meses mantiene su malnutrición por exceso a los 3 años, y sólo el 49% logra corregir a peso normal. Un 22% de lactantes eutróficos presentan sobrepeso/obesidad a los 3 años. Lactantes de 6 meses con LME que presentan sobrepeso/obesidad, tienen 2.3 veces más riesgo de presentar malnutrición por exceso a los 3 años, comparados con lactantes eutróficos (RR crudo 2.33 [IC95%: 1.61-3.37]). Niños de 3 años con sobrepeso/obesidad tienen 3.7 veces más chance de haber presentado exceso de peso a los 6 meses, comparados con peso normal (OR crudo 3.71 [IC95%: 2.14-6.45]). En cuanto a las posibles variables de confusión estudiadas, se encontró una prevalencia de un 10% de alto peso de nacimiento (≥4.000kg), un 64% de parto vaginal, un 65% de las madres no eran primigestas, un 56% tenía sobrepeso/obesidad, un 42% tuvo un incremento de peso durante el embarazo mayor a lo esperado y se detectó un 8% de tabaquismo materno. Al análisis univariado, ninguna de ellas mostró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p<0.05$). En los 4 modelos del análisis multivariado por regresión logística, el efecto fue consistente y el riesgo descrito se mantuvo, con OR ajustados entre 4.05 y 4.73. Conclusiones: Lactantes con sobrepeso u obesidad a los 6 meses con LME, presentan mayor riesgo de mantener su malnutrición por exceso a los 3 años, independiente del peso de nacimiento, tipo de parto, paridad, tabaquismo materno, sobrepeso/obesidad materna e incremento de peso materno durante el embarazo . Éste es de los primeros estudios que evalúan y comprueban la asociación entre malnutrición por exceso en lactantes alimentados con LME y el sobrepeso u obesidad infantil, generando un cambio de paradigma y destacando la importancia del diagnóstico temprano.

Autofinanciado



Informed Consent (IC) and Shared Decision Making in health (CDT) during adolescence: Level of competence and expectation of adolescents.

Consentimiento Informado (CI) y Toma de Decisiones Compartida en salud (TDC) durante la adolescencia: Nivel de competencia y expectativa de los adolescentes.

Catalina Poblete[1,2], Loreto Correa[4,3], Tamara Zubarew[4].
(1) Adolescencia y Medicina Familiar Mención Niño, Pontificia Universidad Católica de Chile
(2) Unidad de Salud Adolescente, Complejo Asistencial Dr. Sotero del Rio
(3) Adolescencia, Pediatría, Hospital Clínico La Florida
(4) Adolescencia, Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La atención de salud de adolescentes implica grandes desafíos, clínicos, éticos e incluso legales, especialmente respecto a la confidencialidad y autonomía en la toma de decisiones. La capacidad o competencia para tomar decisiones implica madurez cognitiva, emocional y ético-moral, especialmente difícil de determinar en el proceso de crecimiento y desarrollo adolescente. Múltiples estudios han determinado la expectativa de participación de adolescentes en un proceso de toma de decisiones compartidas y su beneficio en salud, y sin embargo esto no se ha estudiado ni aplicado en nuestro país.

OBJETIVO: Determinar el nivel de competencia para tomar decisiones en salud y consentir tratamientos de los adolescentes en Chile, y su expectativa de participación en este proceso de toma de decisiones compartidas.

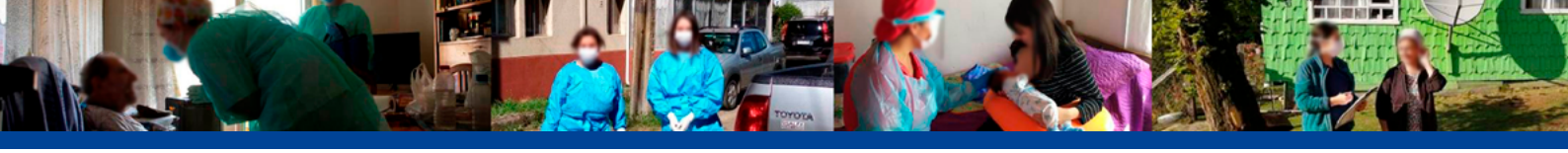
MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional transversal, en 200 adolescentes de 10 a 18 años que acuden a atenciones médicas ambulatorias y hospitalarias de 3 centros de salud (Hospital Clínico La Florida, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río y Red Salud UC-Christus). Reclutamiento por conveniencia hasta lograr tamaño muestral de 193, basado en estimación de prevalencia de competencia adolescente de 85% (según literatura), población de 10.000 adolescentes bajo control en los 3 centros (según datos demográficos por comunas y tasa de consulta adolescente), con error alfa tolerado de 5% o confianza de 95%. Participación voluntaria y firma de consentimiento informado por adolescente y padre, madre o tutor legal. Exclusión: diagnóstico de discapacidad cognitiva o imposibilidad de comunicarse por vía oral o escrita. Registro en base de datos, con análisis y publicación anónima y confidencial.

Instrumentos:

1. Herramienta de Evaluación de Competencia de McArthur para Tratamiento (MacCAT-T): Entrevista semiestructurada de fácil y breve aplicación (15 minutos) que determina el nivel de competencia para toma de decisiones en cuanto al tratamiento de alguna condición de salud. Operacionaliza los 4 dominios de la competencia y proporciona puntajes para cada subescala: 0-6 comprensión, 0-4 apreciación, 0-6 razonamiento y 0-2 expresar una elección. Es uno de los instrumentos más utilizados por su consistencia interna, confiabilidad y correlación entre e intra-evaluadores, además de su buena correlación con diversas pruebas de evaluación cognitiva. Ha sido validada en adultos, aplicada en población infantil, y traducida al español.

2. Preferencia de participación en toma de decisiones compartidas, mediante aplicación de un ítem validado de instrumento amplia y consistentemente utilizado en la literatura, con escala ordinal de 5 niveles: 1) El médico debe tomar las decisiones utilizando todo lo que sabe sobre el tratamiento; 2) El médico debe tomar la decisión teniendo en cuenta mi opinión; 3) El médico y yo debemos tomar las decisiones juntos en igualdad de condiciones; 4) Yo debería tomar las decisiones, pero tener muy en cuenta la opinión de los médicos; 5) Yo debería tomar las decisiones, utilizando todo lo que sepa y aprenda sobre los tratamientos.

3. Cuestionario de información sociodemográfica y de salud, para caracterización de la muestra y evaluación de posibles variables de asociación: edad, género, pertenencia a etnia o raza, nivel educacional personal y familiar, previsión de salud y presencia de enfermedad crónica.

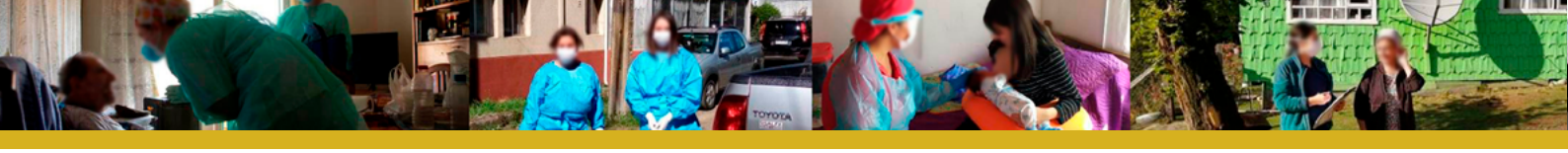


Análisis de datos: La competencia se expresa a través de media y dispersión (Intervalo de Confianza de 95%) puntaje total y subescalas MacCAT-T. Características del instrumento y consistencia interna mediante correlación de Pearson y alfa de Cronbach. La preferencia de involucramiento mediante tasa de prevalencia por categorías independientes y agrupadas (1-2 principalmente por médico, 3 TD compartida, 4-5 TD por adolescente). Análisis uni- y bivariado de competencia y preferencia con T student, ANOVA y correlación de Spearman según corresponda. Análisis multivariado de competencia, preferencia y variables de asociación por regresión logística. Nivel de significancia estadística de 5%.

RESULTADOS: Protocolo en desarrollo con resultados pendientes. Se espera demostrar que los adolescentes chilenos quieren tener una participación más activa en su salud y son competentes para tomar decisiones y consentir tratamientos en diversas condiciones de salud.

CONCLUSIONES: Esto podría implicar la necesidad de cambiar la forma de atender a adolescentes, implementar programas de toma de decisiones compartidas e incluso modificar la legislación en cuanto a su capacidad para consentir en salud.

Este proyecto cuenta con financiamiento completo mediante “Concurso Becario Residente UC” adjudicado en diciembre de 2019.



Abordaje intersectorial del COVID-19: EXPERIENCIA DE LA COMUNA DE LOS ANDES, 2020.

Mariela Quiroz[1], Eileen Jimenez Figueroa[1], Marcos Mancilla [1], Ricardo Obregon[2].
(1) humanidades medicas, medicina , Universidad de Valparaíso
(2) departamento de humanidades medicas, medicina , Universidad de Valparaíso

Antecedentes: La comuna de Los Andes se encuentra ubicada en la region de Valparaiso, interior, dentro de la provincia del mismo nombre. su poblacion total es: 66.708 habitantes, En la actualidad: cuenta con 2 CESFAM, 1 CECOSF, 1 Posta de salud rural, 1 establecimiento Autogestionado en Red, 1 COSAM, 1 clinica privada de menor complejidad y centros medicos privados. Sus CESFAM son administrados: 1 por el municipio y 1 por el Servicio de Salud Aconcagua.

Objetivos:
General:
- Realizar un seguimiento integral de las familias COVID+ de nuestro territorio

Especificos:
- Realizar un seguimiento telefonico y/o presencial de familias con casos covid+ para la pesquisa precoz de sintomas o complicaciones
- Realizar una evaluacion psicosocial del caso indice y su familia, para brindar el apoyo y contencion emocional necesario
- Identificar la necesidades de apoyo social y economico, para mantener el aislamiento (cuarentena)

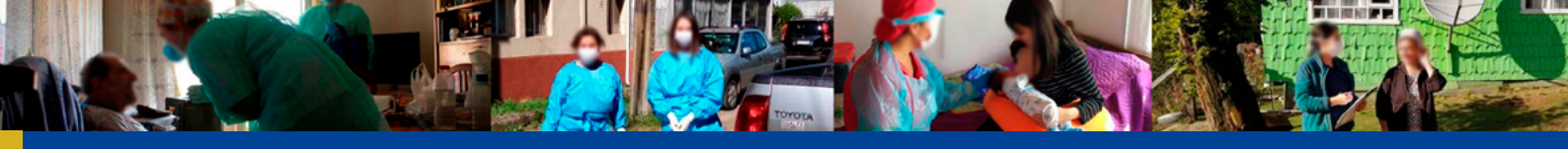
Desarrollo:
El SS Aconcagua, identificó precozmente que la estrategia de abordaje de casos COVID+ debía situarse en atención primaria.

1. En abril, los equipos de kinesiología de APS se capacitan en la toma de hisopado nasofaríngeo, de esta forma, los 13 CESFAM comienzan a realizar exámenes PCR COVID, los que son procesados de forma centralizada en el laboratorio del hospital San Camilo. Sumado a la toma de muestras en Urgencias Hospitalarias y SAPU, SUR del valle de Aconcagua.
2. En el mes de mayo, la SEREMI de salud delega la función de notificación de TODOS los casos positivos COVID de la red a los centros de APS, con distribución territorial. Nuestro centro establece esa función en médicos, los cuales, vía telefónica, contactan al paciente, confirman el diagnostico, emiten licencia médica y entregan indicaciones. De igual forma se realiza estudio de contactos, el que se envía a SEREMI para gestión de Licencias médicas. Se gestiona traslado a residencia sanitaria. Todo se registra en epivigila.
3. Durante los seguimientos de casos y contactos estrechos, se evidencian otros requerimientos como apoyo emocional, gestión de compras básicas diarias, necesidad de apoyo económico por falta de ingresos.
4. Se articula el trabajo con DIDECO y se gestiona la entrega de un tripack: caja de mercadería, kit de aseo y vale por balón de gas 15 kg, Para familias con COVID+ pesquisadas con requerimientos económicos en el seguimiento , el cual se encuentra almacenado en el CESFAM y es distribuido por el equipo. No requiere evaluación socioeconómica ni registro social de hogares.
5. Se articula con dirigentes vecinales, la resolución de problemas básicos de gestión familiar, como la compra de pan, u otros víveres.
6. Se acude a la comunidad a trabajar en educación en medidas de prevención, para aclarar las definiciones de contactos estrechos y como evitar los contagios con vecinos.

Resultados y/o conclusiones:
Al 31 de Julio, el equipo del CESFAM Cordillera Andina ha realizado 1320 seguimientos, de los cuales 476 son casos y 807 son contactos. Las familias que recibieron el “tripack” has sido 87. De acuerdo a los indicadores de testeo y trazabilidad, el seguimiento de casos se cumple en el 100% de los casos confirmados y el estudio de contactos esta realizado a las 48 hrs en el 92%. El 91% cumple con la totalidad del seguimiento. Durante el periodo ha sido de gran apoyo contar con Recursos humanos de refuerzo para atención domiciliaria y el programa de hospitalización domiciliaria. De igual forma, la red de salud se articuló de forma expedita para derivaciones, traslados via SAMU o evaluaciones de salud mental en COSAM. Una brecha que aún no es resuelta es la entrega de licencias médicas a los contactos estrechos, lo cual significo estrés para el equipo, que recibía la solicitud, pero no podía entregar la respuesta, y para el usuario que en ocasiones perdió su trabajo por no tener su licencia médica.

El desafío es continuar con la estrategia, ampliando la búsqueda activa a los asintomáticos, pesquisar sus contactos y mantener el aislamiento y trazabilidad.

el programa solo cuenta con el financiamiento Ministerial, transferido a traves del servicio de salud Aconcagua y SEREMI de salud.



Optimization of the referral of cases from the Regulatory Center COVID 19 SSVQ to territorial teams of Viña del Mar.

Optimización de la derivación de casos desde el Centro Regulador COVID 19 SSVQ a equipos territoriales de Viña del Mar.

Francisca Ramirez[1], Sebastian Vicencio [1], Rodriguez Negdaliz[1].
(1) Medicina Familiar, Medicina, Universidad de Valparaíso

Antecedentes: El Centro Regulador (CR) es una iniciativa del SSVQ que surge para dar una respuesta oportuna a consultas relacionadas a COVID -19, con el fin de disminuir la asistencia a los centros de salud por consultas no pertinentes, realizar una derivación precoz en casos de sospecha y confirmados por COVID - 19 y entregar informaciones generales relacionadas a la pandemia. Dentro de las funciones como regulador de redes de salud, está el trabajo de coordinar a los equipos territoriales (ET) de las distintas comunas que tiene a cargo el SSVQ.

Viña del mar es la comuna con más población de SSVQ, y fue inicialmente la comuna con más requerimientos a los equipos territoriales, no solo desde el CR, sino también de los distintos centros de atención primaria de la comuna e incluso directamente desde SEREMI. Todo lo anterior, generó que los equipos no dieran abasto en la resolución de las solicitudes y en el retraso de hasta 1 semana en la toma de exámenes. Otros problemas surgidos de la derivación de casos desde el CR a equipos territoriales, se evidencia barreras en la diferencia de conocimiento técnico, barreras comunicativas y de diferencias de criterios. Frente a esta situación se realiza un proyecto de gestión clínica para mejorar el proceso.

Objetivo General:

Optimizar el proceso de derivación de casos desde el CR a equipos territoriales de Viña del Mar. **Objetivos Específicos:**

1. Establecer criterios y vías de comunicación comunes para la derivación a atención domiciliaria.
2. Difundir los cambios en normativas ministeriales como de protocolos internos tempranamente a equipo CR, centros atención primaria y equipos territoriales de Viña del Mar.
3. Asegurar continuidad en la atención de casos derivados y evitar sobre intervención.

Desarrollo: Se realiza proyecto de gestión clínica, donde se visualiza flujograma de derivación inicial con quiebres, brechas y nudos del proceso. A partir de esto se determinan objetivos para la resolución de estos, con actividades claras, indicadores, medios de verificación y costos asociados. Esto permite el desarrollo de un nuevo flujograma mejorado del proceso de derivación de casos del CR a ET. Se realizan evaluaciones y auditorías posteriores.

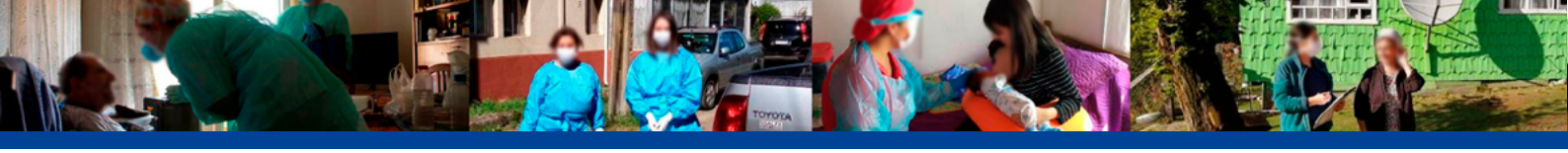
Resultados y conclusiones:

La realización de las primeras actividades como lo es la creación de correos electrónicos tanto del CR como de los ET, la primera reunión de coordinación médica CR-ET significó acordar criterios comunes y de organización para la derivación . Por otro lado, la capacitación de los ET en la plataforma oficial del Servicio de Salud para enfrentar la pandemia (E-COVID) y la generación de usuarios en los profesionales de estos equipos, ha significado una retroalimentación positiva por plataforma de los casos, ya que ambos equipos han visualizado las acciones realizadas por cada uno de los equipos en pos de la continuidad de atención y evitar la sobre intervención.

Por otro lado, la optimización de los canales de comunicación ha generado un efecto positivo en las relaciones humanas tanto dentro de los equipos como entre estos.

Se realizó una auditoría del proceso donde se evidencio que logró en 2 de 3 de los indicadores y nos permitió reevaluar el indicador que no estábamos cumpliendo.

El realizar una evaluación de un proceso de salud, sobre todo de uno incipiente, nos permite visualizar las dificultades en este, facilitando la búsqueda de soluciones. El sistematizar el proceso nos permite seguir evaluando y así generar una mejora continua. Además este proyecto en particular permitió lograr mejor comunicación entre los equipos y con esto facilitar el seguimiento epidemiológico no solo de pacientes de manera individual, sino también por territorios, lo que facilita la pesquisa y manejo precoz de brotes por COVID.



Where are Family Physicians trained in Chile? Primary Health Care training centers status, from Family Medicine residents perspective.

¿Dónde se forman los Médicos Familiares en Chile? Estado de Situación de los Centros Formadores de Atención Primaria en nuestro país desde la perspectiva de los residentes de Medicina Familiar.

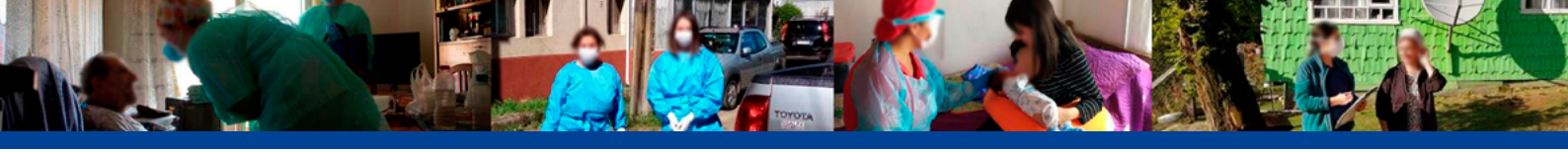
Alexander Recabarren Baez[1,2], Javiera Flaño Olivos[2], Andrea Rioseco Castillo[2], Osvaldo Soto Quevedo[3].
(1) Departamento de Gestión de Atención Primaria, Subdirección de Gestión Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
(2) Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
(3) Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile
(Sponsored by Regional Santiago Colegio Médico De Chile A.G.)

Antecedentes: Chile se ha sumado a la estrategia de una Atención Primaria Fuerte, iniciando una reforma a su sistema de salud y estableciendo este nivel de atención como su eje articulador. Este cambio requiere capital humano especialmente capacitado para instalar el modelo y brindar a la población una atención de salud con ese enfoque. En los últimos años se ha fomentado una mayor formación de Médicos de Familia (MdF) en nuestro país, sin embargo se desconocen las actuales condiciones de recursos físicos y humanos para la formación de estos especialistas, siendo estos elementos determinantes en la calidad de los especialistas formados. **Objetivos:** Conocer, desde la perspectiva de los residentes de Medicina Familiar (RMF), las condiciones docentes de los centros asistenciales donde se forman los MdF en Chile, identificando los criterios de acreditación vigentes con los que se evalúan entornos clínicos de formación de los RMF de nuestro país, diseñando un instrumento que permita recabar las características docentes y estructurales más relevantes de los centros donde son formados, y asi, describir las principales características relacionadas con la formación de postgrado en Medicina Familiar de los centros de salud que acogen RMF.

Materiales y Métodos: Se analizaron los documentos correspondientes a las condiciones generales de acreditación de especialidades médicas y específicas para el programa de Medicina Familiar en Chile, identificándose aquellos requisitos relacionados con el centro asistencial donde el residente debe formarse. Estos fueron clasificados e interrelacionados entre sí, y en base a ellos se diseñó una encuesta (60 preguntas) que fue difundida y aplicada de manera virtual y censal a los RMF entre noviembre de 2019 y enero de 2020. Se prefirió inicialmente un instrumento cuantitativo para explorar las características de los centros formadores, y para el efecto se han diseñado algunos instrumentos, siendo destacable el ACLEEM, formulado específicamente para la evaluación de ambientes de formación de postgrado en el ámbito ambulatorio, sin embargo, los investigadores decidieron diseñar un instrumento ad hoc atendiendo las características intrínsecas y particulares de la formación en MF y elementos peculiares de los Centros de APS que merecían ser conocidos.

Resultados: Se contactaron 225 de los 240 RMF del país, de los cuales 141 accedieron a la encuesta (62,7%). De estos, 129 la completaron (57,3% de los contactados, 53,75% del total de RMF), considerándose estas como respuestas válidas. De las respuestas válidamente emitidas un 71,3% son de sexo femenino, 43,4% tienen hijos, 73,6% son mayores de 30 años, 58,1% realiza su residencia en la Región Metropolitana, 72,1% egresó hace más de 3 años del pregrado y 87,6% recibe financiamiento del sector público. Entre los principales resultados, destacan que 89,1% de los residentes declara que su centro formador prioritario (CP) corresponde a un CESFAM,y un 80% refiere que este está acreditado como tal. 65,9% de los RMF le otorga una nota igual o mayor a 7/10, en relación a cuanto le han servido las prestaciones asistenciales en Medicina Familiar como experiencia de aprendizaje. El 26,4% de los RMF realiza más del 20% de sus actividades clínicas en ámbitos no ambulatorios. La mayoría de los RMF tiene un supervisor clínico, siendo este un MdF, sin embargo solo un 41,1% está de acuerdo o muy de acuerdo con que son suficientes los supervisores clínicos de su CP, tanto en número como en dedicación de horas de supervisión. Un 54,3% de los RMF refiere que puede acceder desde su CP a fuentes de información bibliográfica distintas de las proveídas por su universidad, y en general, los residentes califican de insuficientes los espacios físicos que los parámetros de acreditación exigen a los CP. Solo un 27,1% de los encuestados refiere que tiene estudiantes de pregrado a su cargo. Por último, 47,3% de los participantes comenta que existen instrumentos formales y periódicos de evaluación de parte de los residentes hacia sus supervisores y 72,9% refiere que los miembros y/o directivos de su centro lo evalúan como residente, aún cuando sólo un 43,4% recibe una retroalimentación formal, la que es realizada de manera continua en 3 de cada 4 RMF. **Conclusiones:** Este estudio entrega las primeras luces de las condiciones actuales de los ambientes clínicos de aprendizaje para la especialidad, constituyéndose en un aporte para trabajar en las mejoras requeridas para profundizar y ejecutar con efectividad el cambio de modelo de salud propuesto en Chile.

Proyecto "¿Dónde se forman los Médicos Familiares en Chile? Estado de Situación de los Centros Formadores de Atención Primaria en nuestro país", Fondo Concursable 2019-2020, Regional Santiago del Colegio Médico de Chile A.G.



Prolonged Observation Units at the primary level health care of the South East Metropolitan Health Service: Guiding an integrated response of the care network to manage severe cases of COVID-19.

Unidades de Observación Prolongada en el nivel primario de atención del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente: Orientando una respuesta integrada de la red asistencial para manejar los casos graves de COVID-19.

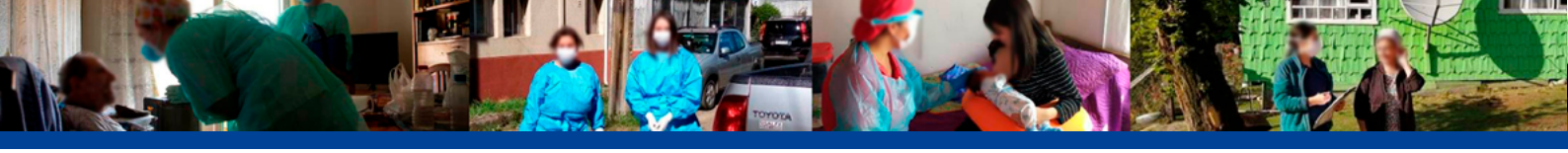
Alexander Recabarren Baez[1], Paulina Pinto Maturana[2], María Paulina Rojas Villar[3].
(1) Departamento de Gestión de Atención Primaria, Subdirección de Gestión Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
(2) Area de Salud, Corporación Municipal de Puente Alto, Ilustre Municipalidad de Puente Alto
(3) Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Antecedentes: La pandemia de SARS CoV-2 de inicios del 2020, llegó a nuestro país a comienzos de marzo del presente año. Si bien la autoridad sanitaria declaró Alerta Sanitaria el 08 de febrero de 2020. no fue sino hasta el 18 de marzo cuando se decretó Estado de Excepción Constitucional de Catástrofe por calamidad pública, iniciándose desde esa fecha medidas más intensivas de control sanitario, además de fortalecer los niveles más complejos de atención, dejando en segundo plano a la Atención Primaria de Salud (APS), la que fue invisibilizada en sus acciones y esfuerzos al comienzo de la crisis sanitaria. Aún cuando los primeros casos de COVID-19 se registraron mayormente en el sector nororiente del Gran Santiago, a fines de abril se comenzó a observar un aumento de casos en el resto de la capital de Chile, siendo el sector suroriente el más impactado. Para mediados de mayo de 2020, el aumento de la presión asistencial comenzó a impactar en los circuitos hospitalarios, manifestándose latencias en la admisión a Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH), generando problemas para la atención oportuna de pacientes con COVID-19 que evolucionaban con insuficiencia respiratoria aguda (IRA). Es así que diversas comunas del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), de manera autónoma, iniciaron la implementación de Unidades de Observación Prolongada (UOP) en sus Centros de APS, las que permitían brindar atención clínica oportuna y efectiva de manera cercana al paciente y su familia, además de administrar la demanda de servicios clínicos más complejos. Sin embargo, su capacidad de respuesta estaba supeditada a sus capacidades sanitarias previamente instaladas, la disponibilidad de mayores recursos y la expertise de sus equipos clínicos, lo que podría significar una respuesta heterogénea de los Centros de APS a esta crisis.

Objetivos: Normalizar el manejo clínico de los pacientes con IRA atribuible a COVID-19 en el nivel primario de atención y capacitar a los equipos clínicos de APS en el manejo de las herramientas clínicas necesarias para el efecto.

Desarrollo: La Subdirección de Gestión Asistencial del SSMSO mandató la generación de un Protocolo de Manejo Clínico (PMC) de pacientes con IRA atribuible a COVID-19 y la formulación de un Módulo de Capacitación (MC) orientado a los funcionarios de APS que abordara los elementos esenciales del PMC. Para la primera tarea, un grupo de académicos de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en colaboración con referentes designados del SSMSO, diseñaron este PMC, el que fue validado en sus elementos más críticos por los referentes técnicos de las UEH del SSMSO y algunos referentes de Servicios de Urgencia de APS, siendo sancionado por las autoridades del SSMSO. Este protocolo se complementó con Lineamientos de Derivación (LD) elaborados por los referentes designados del SSMSO. Posteriormente, los referentes designados, en colaboración con algunos de los académicos que participaron de la redacción del Protocolo, elaboraron un MC e-learning con pequeñas cápsulas audiovisuales, las que fueron complementadas con literatura relacionada con los temas a revisar en cada cápsula.

Resultados: Tanto el PMC como los LD fueron los elementos que orientaron el manejo clínico y administrativo de los pacientes ingresados en las UOP del SSMSO, generando una integración extraordinaria de los diversos niveles asistenciales de la red, gracias a una APS flexible, innovadora y orientada a las necesidades de los usuarios, logrando un flujo de atención con mayores oportunidades de cuidado y estabilización de los pacientes más graves, evitando en muchos casos la instalación de medidas de soporte vital más invasivas. A su vez, el MC, que si bien comenzó cuando la presión asistencial ya presentaba una disminución importante, convocó a 562 funcionarios de APS del SSMSO, finalizando satisfactoriamente el 57,1% de los inscritos, quienes evaluaron positivamente los contenidos entregados y su aplicabilidad, los docentes participantes y la plataforma e-learning utilizada (Promedio General 6,4 de 7). Por último, es relevante mencionar que el documento elaborado por el Ministerio de Salud, y denominado “Oxigenoterapia y manejo de pacientes COVID-19 con Insuficiencia Respiratoria Aguda desde la APS a Servicios de Urgencia Hospitalarios y Camas Críticas” (pendiente de publicar) recoge gran parte de los elementos propuestos en el PMC y LD diseñados para el mejor manejo clínico en las UOP del SSMSO.



Update of the available evidence on COVID 19 in patients with dementia.

Actualización de la evidencia disponible sobre COVID 19 en pacientes con demencia.

Negdaliz Rodriguez[1], Johanna Prado[1,2].
(1) Medicina Familiar, Medicina, Valparaiso
(2) Mg Salud Pública, Valparaiso

La demencia afecta a más de 50 millones de personas a nivel mundial. En el 2019 fue incluida en las garantías explicitas de salud N°85 "Alzheimer y otras demencias" para mejorar el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento, a través de acciones de promoción, prevención y cuidado con abordaje comunitario a cargo de la atención primaria de salud.

En su mayoría los diagnosticados por demencia son adultos mayores, y es necesario visibilizar además que 8 de cada 10 muertes por COVID 19 corresponde a personas mayores de 65 años. Por lo que es imperativo prestar especial atención a las consecuencias de la pandemia en la vida de estos pacientes.

Objetivo General: Describir las consecuencias de la pandemia por COVID 19 en pacientes con diagnóstico de demencia, según la evidencia disponible.

Objetivos específicos:

- Enunciar los efectos del confinamiento sobre los síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con demencia.
- Establecer la presentación clínica de la infección por SARS COV 2 en pacientes con demencia.
- Identificar el papel de la demencia como factor de riesgo de mortalidad en pacientes infectados por COVID 19.

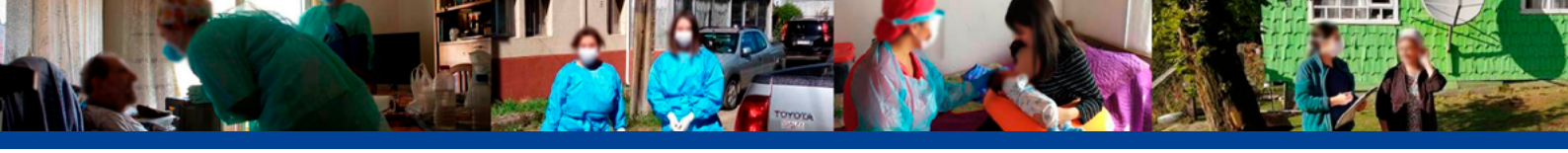
Materiales y métodos: El diseño de la investigación será descriptivo, utilizando como técnica de recolección de datos una revisión sistemática, en la que se considerarán los siguientes criterios para selección de la muestra:

Idioma	Sin restricción
Año	2015-2020
Fuentes	Pubmed, Tripdatabase Scielo, Elseiver Google scholar
Tipos de artículos	Artículos científicos Ensayos clínicos Revisiones Reporte de casos Descriptivos Observacionales
Términos MESH	Dementia Alzheimer disease COVID 19 Coronavirus infections
Pregunta	P: Pacientes con Demencia I / C: Diagnóstico COVID O: Deterioro Clínico

Se evaluará la calidad de los estudios a través del sistema GRADE. Se mostrarán los resultados más relevantes resumidos.

Resultados: Considerando los criterios antes mencionados y descartando los estudios duplicados, se obtiene un total de 49 resultados, de los cuales se excluyen 22 por no guardar relación con la pregunta de investigación. Se procede a evaluar la calidad a través del sistema GRADE a los 27 artículos restantes.

Tipo de artículo	Número de artículos	Nivel de evidencia		
		Alta	Media	Baja
Artículos científicos	11	7	3	1
Revisiones	3	1	1	1
Reporte de casos	1		1	
Descriptivos	10	9		1
Observacional	2	2		
Total	27	19	5	3



Las intervenciones no farmacológicas comunes para la demencia se oponen con las medidas de aislamiento social recomendadas para la prevención del contagio de COVID 19. La aparición de cambios neuropsiquiátricos por confinamiento se presentó mayormente en aquellos pacientes con bajo rendimiento cognitivo, relacionándose además con deterioro de los puntajes de MMSE (*Mini-Mental State Examination)* (p 0·017)·

Los síntomas más comunes fueron alucinaciones, depresión, ansiedad, estrés, irritabilidad, agitación, apatía, alteraciones del sueño, de la conducta, del lenguaje y funciones cognitivas (p 0.01). Dichos cambios estuvieron presentes hasta en un 60% de los pacientes.

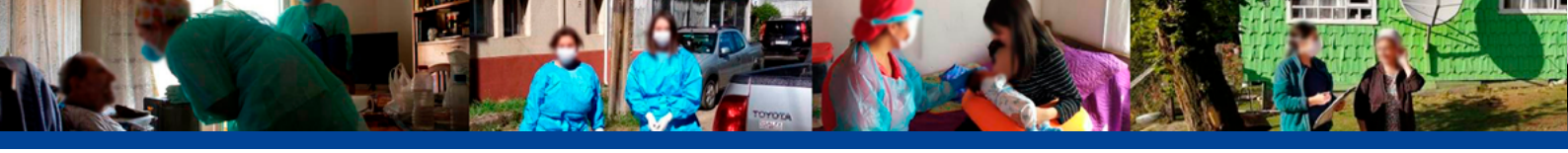
La presencia de mayor desorientación fue el primer síntoma de infección por COVID-19, acompañado de somnolencia y diarrea. La hipoxia por COVID 19, puede complicar la demencia e inducir delirio.

Los eventos inflamatorios periféricos pueden provocar una respuesta exagerada y persistente de neuroinflamación en individuos vulnerables. Existe asociación entre estos niveles y las enfermedades neurodegenerativas, explicando así el por qué las personas presintomáticas con enfermedad de Alzheimer no diagnosticada pueden ver una aceleración de los síntomas resultante de la infección por SARS-COV 2.

La tasa de letalidad es de 43-62% relacionado proporcionalmente con la severidad de la demencia. El riesgo de muerte atribuible a demencia en estos pacientes es de 11.3 (p 0,005).

Conclusiones: Los pacientes con demencia presentan un aumento de la sintomatología neuropsiquiátrica tras el confinamiento; la presentación del COVID 19 en estas personas fue atípica. Algunos pueden presentar secuelas neurológicas por la infección por SARS COV 2 que deberán ser pesquisadas desde la atención primaria de salud. La letalidad de la infección por COVID-19 fue mayor en los pacientes con demencia severa.

no aplica financiamiento



Implementation of the COVID 19 Regulatory Center of the "Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota" (SSVQ)

Implementación del Centro Regulador COVID 19 del "Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota" (SSVQ)

Negdaliz Rodriguez[1], Francisca Ramirez[1], Sebastian Vicencio[1].
(1) Medicina Familiar, Medicina, Valparaiso

Antecedentes: Con la llegada de la pandemia del COVID 19 a nuestro país, se dictaminan medidas a nivel nacional para permitir el aislamiento y distanciamiento social y prevenir así la mayor cantidad de contagios posibles, suspendiendo entre otras cosas, las atenciones no urgentes de salud. Para el SSVQ con una población a cargo de 1.200.000 personas fue imperativo generar estrategias para otorgar una respuesta a los pacientes desde sus hogares, sin aumentar el riesgo de exposición.

Objetivo General: Acercar la atención relativa a COVID 19 a la población del SSVQ y entregar las orientaciones pertinentes, desde un servicio centralizado vía telefónica, que permita la articulación de la red de salud y mantener la continuidad en la atención.

Objetivos Específicos:

- Realizar acciones de promoción de salud y prevención del COVID 19.
- Entregar atención integral multidisciplinaria en relación a COVID 19, con enfoque de salud familiar a la población del SSVQ.
- Mejorar la capacidad resolutiva mediante la regulación de casos, optimización de recursos y articulación de la red asistencial.

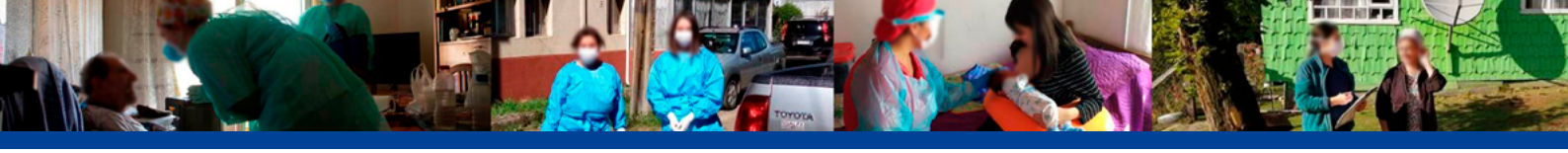
Desarrollo

En marzo 2020 se crea una línea telefónica gratuita para temas relativos a COVID-19, iniciativa de la dirección de redes asistenciales del SSVQ, destinada inicialmente a la entrega de información general, resolución de consultas, y seguimientos telefónicos de pacientes sintomáticos. Para ello, se cuenta con un grupo de kinesiólogos y residentes de Medicina Familiar de la Universidad de Valparaíso.

Se da inicio al trabajo dando a conocer la existencia del CR y sus funciones, generando relación con los distintos centros de salud previamente existentes en la red. Procurando mantener una comunicación fluida y bidireccional que facilitara la solución de los distintos requerimientos de la población, brindando una atención integral y multidisciplinaria a los usuarios. Para esto se conforman equipos territoriales por comunas que dentro de sus funciones están la atención domiciliaria a pacientes con sospecha y/o confirmación de infección por COVID-19, contactos estrechos o casos probables que lo requieran, toma de muestra de PCR y/o test rápidos para SARS-COV-2 a domicilio, realización de consejería informativa en medidas de prevención e indicaciones de aislamiento y el seguimiento de los casos COVID-19.

Las llamadas son categorizadas y dependiendo del requerimiento o la gravedad del mismo, se realiza derivación para seguimiento por su establecimiento de atención primaria, seguimiento del caso por parte del CR en 24-48 horas, coordinación de atención en domicilio por equipos territoriales o coordinación con SAMU en casos de mayor severidad.

Todo el proceso se ha caracterizado por constantes cambios, adaptaciones y reestructuraciones para dar respuesta óptima a las necesidades de la población de la mano de la implementación de los lineamientos emitidos desde el MINSAL, transformándose así en el Centro Regulador COVID 19 del SSVQ.



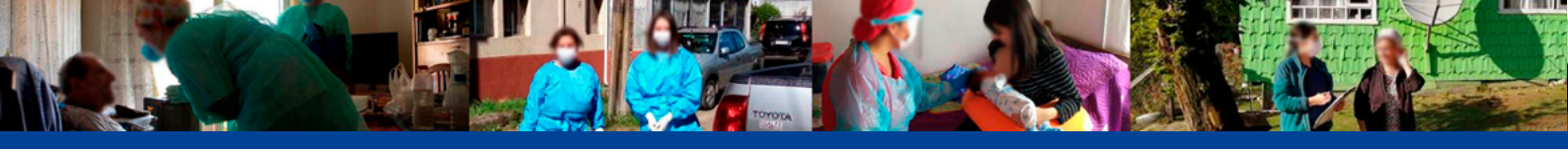
Resultados y/o conclusiones

Las atenciones telefónicas incluyen diagnóstico y tratamiento, intervenciones familiares, contención en crisis, consejería informativa, intervenciones de prevención y promoción de salud, intervenciones pisco-sociales, entre otras, realizadas por un equipo multidisciplinario. Las acciones del CR se orientan con un enfoque de salud familiar, con abordaje integral, resguardando la continuidad de la atención.

La coordinación de los distintos niveles de atención, la autoridad sanitaria representada por la SEREMI y otros dispositivos sanitarios como ELEAM o instituciones del SENAME han permitido una acción más efectiva y oportuna, un aprendizaje motivado por la gestión de los actores relevantes orientada hacia un fin común, que reconoce y aprovecha el rol distinto que cada uno de éstos debe jugar en la respuesta sanitaria a la pandemia.

A la fecha, se han atendido más de quince mil ingresos de casos individuales y/o familiares, más de cinco mil tele atenciones médicas, 3500 atenciones psicosociales; de la mano de coordinación diaria bidireccional con equipos territoriales comunales asegurando la continuidad de la atención y respuesta oportuna a las necesidades de los pacientes.

Dentro del rol del médico de familia, se ponen en evidencia distintas áreas de competencias que han sido útiles para el CR COVID como gestión, administración, coordinación intersectorial, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención en salud, trabajo en equipo, liderazgo participativo, además del rol asistencial con enfoque en el modelo de atención integral de salud por parte de todo el equipo.



Variations in mental health care after social outbreak and the start of COVID-19 at Pueblo Nuevo Family Health Center - Temuco.

Variaciones en atenciones de salud mental tras estallido Social e inicio de pandemia por COVID-19 en el Centro de Salud Familiar Pueblo Nuevo - Temuco.

Roxana Sepúlveda[1], Andrés Caballero[2].
(1) Salud Familiar, Medicina, Universidad de La Frontera
(2) Centro de Salud Familiar Pueblo Nuevo, Municipalidad de Temuco

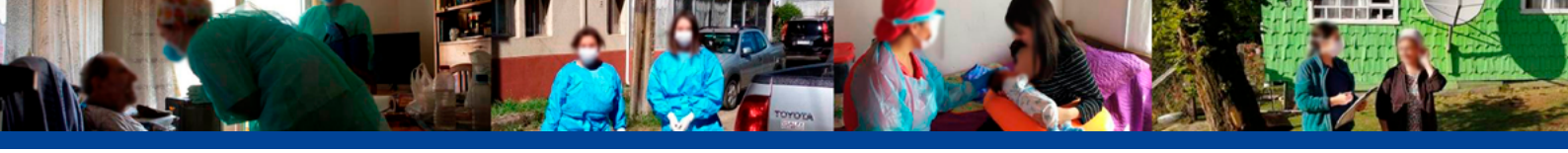
Introducción: En el transcurso del último año han existido 2 cambios sociales radicales en nuestra sociedad. Por una parte el estallido social y por otra y en forma más extensa, la Pandemia por COVID-19. Ambos han generado cambios en el estilo de vida de las personas, principalmente en la limitación de salidas a espacios públicos y distanciamiento social, cierre de colegios, aumento del desempleo y mayor tiempo de estadía en el domicilio. A nivel del sistema de salud, ha implicado una menor entrega de horas de atención ambulatoria a usuarios a fin de realizar una mayor selección y priorización de atenciones médicas por los mismos profesionales, con menor cercanía con el usuario por el uso de equipos de protección, falta de una agenda a largo plazo que garantice una estabilidad en los controles presenciales, y cambios de paradigma como la incorporación de herramientas de teleatención por medios digitales.

Objetivo: Objetivar las variaciones locales de atenciones del programa de salud mental en el Centro de Salud Familiar de Pueblo Nuevo en el último año. Evaluar variaciones porcentuales respecto a ingresos al programa, prevalencia de grupos de patologías en los usuarios del programa y caracterización por sexo y edad de los usuarios del programa de salud mental entre los cortes junio 2019 y junio 2020.

Materiales y métodos: Estudio analítico descriptivo de las atenciones con codificación CIE - 10 de patologías asociadas a Salud Mental reportadas desde plataforma de ficha electrónica RAYEN y obtenidas de registros REM disponibles en servidor electrónico del Servicio de Salud Araucanía Sur, comprendidas entre el periodo de Junio 2019 a Junio 2020, periodo acorde al primer semestre del registro serie P6 REM 2020, en contraste con los mismos registros del año precedente.

Resultados: Se generó una variación de 5 usuarios validados percapitados respecto al año anterior en el CESFAM (26997 año 2019 v/s 27002 año 2020 (correspondiente al 0.18%)). Del total de usuarios, se registraron al año 2020 1094 usuarios en control en el programa (4%), correspondientes a su vez a un incremento de un 14% respecto al mismo corte y población percapitada del año 2019. Respecto a los grupos diagnósticos, se mantienen en orden de prevalencia los trastornos del ánimo, seguidos por los trastornos de ansiedad y aquellos de inicio en la infancia y la adolescencia con 1055, 394 y 171 usuarios al 2020 respectivamente. Respecto a las variaciones porcentuales, destaca el aumento en 300% en los ingresos por intento autolítico, 31% en los ingresos asociados a consumo de drogas y estupefacientes, los trastornos del ánimo en un 15% y los trastornos de ansiedad en un 11%.

Conclusiones: No existió variación porcentual significativa entre los inscritos totales en el centro entre ambos años, sin embargo hubo un aumento considerable de pacientes ingresados al programa de salud mental en este último año. Se requiere profundizar con herramientas estadísticas los datos recabados, para determinar la significancia de éstos en razón del factor Estallido Social y Pandemia. Parte de las alzas reportadas, en particular las asociadas al aumento de usuarios con diagnóstico de intento autolítico o consumo de estupefacientes pueden inferirse por medio de subregistro generado por los distintos integrantes del equipo de salud, por lo que la objetivación de estas variaciones permite fundamentar políticas internas de fortalecimiento del registro y análisis de datos internos. Además, la visualización objetiva de los grupos diagnósticos con mayor prevalencia en la población en control permiten el rediseño de estrategias de prevención y promoción en salud, considerando como una oportunidad el uso de las nuevas herramientas disponibles en salud.



Voluntariado en Salud Mental: Contribuyendo a disminuir brechas de equidad en pandemia.

Nicolás Silva-Villalobos[1,6], Camila Collao Iturra[1,4], Javiera Arrepol Pérez[1,2], Sara Acosta-Sverlij[1,4], Javiera Contreras-Villalobos[1,2], María Ignacia Retamal-Barahona[1,3], Isidora Valenzuela Dechent[1,2], Diego Saavedra Galaz[1,2], Carolina Chambi Martínez[1,2], Paula Fernández-Villa[1,5], Daniel González-Carreño[1], Javiera Santis[1], Inés Vicencio-Zolezzi[1], Patricia Pérez-Wilson[1,5], Tatiana Sepúlveda[1], Ramiro Huircán[1], Laíss Vásquez-Soto[1], Marcela Sobarzo[1], Rocío Solar[1], Fernanda Poblete[1], Valeria González[1], Cristian Gutiérrez[1], Carolin Burdiles-Alarcón[1].

(1) Fundación Integra Mente
(2) Facultad de Medicina, Universidad de Concepción
(3) Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso
(4) Facultad de Medicina y Ciencia, Universidad San Sebastián
(5) Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción
(6) Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción

Antecedentes: La pandemia afecta cada vez más la salud mental de las personas y sus familias; por las condiciones de aislamiento, la alteración de rutinas y la vida cotidiana, y por la incertidumbre respecto al futuro. Esto releva la necesidad de apoyo y atención oportunos, visibilizando importantes brechas de acceso, que constituyen una vulneración de derechos. Los voluntariados contribuyen a disminuirlas, fortaleciendo la capacidad de resistencia de las personas, familias y comunidades, ampliando también el alcance y oportunidades de acceso a servicios. Fundación Integra Mente con el objetivo de acoger, acompañar y contener a personas que soliciten ayuda en pandemia, inicia en marzo de 2020 un programa de teleconsulta con voluntarios, ampliando lineas de trabajo con actividades educativas e investigación.

Objetivos: Describir el perfil de voluntarios de Integra Mente y las actividades realizadas que facilitan el trabajo en equipo y en red para disminuir las brechas de equidad en el acceso a servicios de salud mental en la población usuaria.

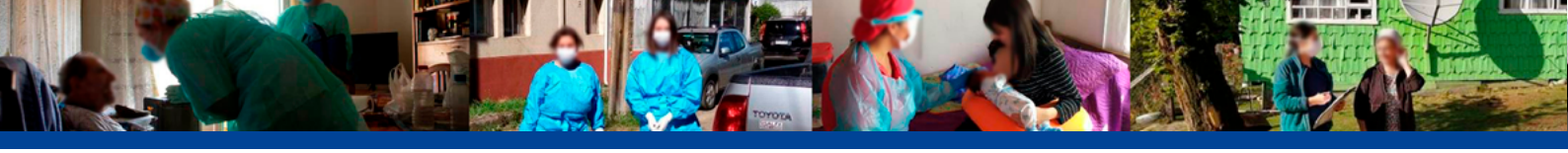
Desarrollo:

1. **Conformación equipo**: Durante movilización social (Concepción, Octubre 2019) se gesta propuesta de voluntariado en salud mental comunitaria. Pandemia (Marzo 2020) proceso de convocatoria a nivel nacional, contacto e induccion.

2. **Funcionamiento equipo**: Se elaboró protocolo de atención por teleconsulta con criterios de categorización de usuarios en base a problemas de salud mental, permitiendo derivación dentro de equipo. Se realizan reuniones clínicas y de formación (presentación casos clínicos, consultas de abordaje, capacitación y actualización).

3. **Organización atención**: Se conformó equipo de gestión usuaria (internos), que hace primer contacto, citación, entrevista de acogida y triage. Posterior derivación a profesionales según protocolo. Voluntarios organizados en grupos disciplinares. Se conformó un equipo gestor, con representantes por grupo de trabajo y encargados de líneas de acción. Actualmente se está en proceso de organización de talleres grupales para usuarios.

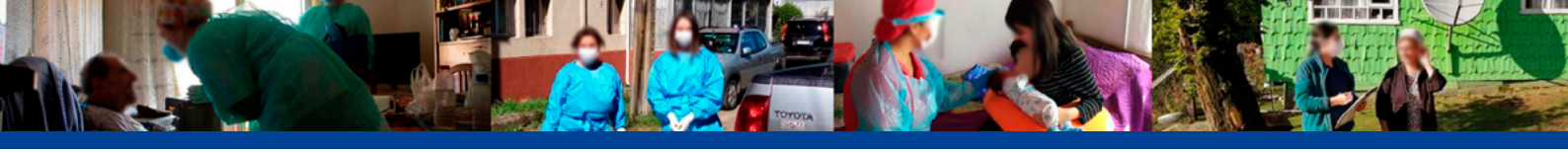
4. **Articulación con redes**: Integra Mente es parte de la Red Intersectorial de Líneas de Ayuda Remota en Salud Mental y Apoyo Psicosocial (MINSAL) tanto nacional como regional. Se han hecho alianzas con equipos de apoyo psicosocial de universidades de la región y con organizaciones de pacientes y sus familias.



Resultados: Integra Mente cuenta con 58 voluntarios: 82% mujeres, jóvenes(edad promedio 27 años; rango 24-55 años); 24% estudiantes de últimos años(medicina y psicología) y 76% profesionales (medicina familiar, psiquiatría, medicina general, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, enfermería, nutrición, ingeniería y diseño gráfico). Las voluntarias se distribuyen geográficamente entre La Serena y Aysén; 60% en región del Biobío, 14% zona sur, 7% zona norte, 17% Santiago y 3% en el extranjero; dedican entre 2-20 horas semanales. La diversidad de perfiles permite aportar destrezas y experiencias diferentes para el trabajo con usuarios y equipo. A la fecha se han atendido 245 personas, de distintas edades y ciudades. Equipo reconoce tener en común la motivación a ayudar, acoger y acompañar en el cuidado de salud mental, contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de las personas, aportando a su bienestar y crecimiento. Perciben esta instancia como contribución a disminuir las brechas en el acceso de atención a salud mental. Otras características destacadas son: a) oportunidad para aprender de otres; b) generación de redes con proyección en el tiempo; c) trabajo en equipo en salud mental con diversidad de disciplinas, valorando el aporte de cada uno y reconociendo la contribución de profesiones más allá de las ciencias de la salud; d) colaboración y convivencia; e) toma de decisiones participativas.

Conclusiones: La mayor participación de mujeres, la concentración de grupo etario inferior a 40 años, y la participación de estudiantes representando a 1/3 del total, concuerda con otros estudios en voluntariado. La experiencia de un equipo multidisciplinario en salud mental enriquece la atención a los usuarios, y fortalece el trabajo en equipo valorando el aporte de cada integrante. Las reuniones clínicas y autoformación son prácticas que contribuyen a la cohesión del equipo Integra Mente, en tanto organización voluntaria, constituye una oportunidad para facilitar el acceso a la atención en salud mental. El creciente número de voluntarios, la cantidad de usuarios atendidos a la fecha y la forma de trabajo del equipo, pueden ser experiencias replicables en otros grupos.

Sin financiamiento. Programa realizado por voluntarios.



Experiencia de voluntariado por teleconsulta para intervención en crisis y seguimiento por pandemia COVID-19. Una oportunidad para facilitar el acceso a atención en salud mental.

Nicolás Silva-Villalobos[1,5], Javiera Contreras-Villalobos[1,2], Javiera Arrepol Pérez[1,2], María Ignacia Retamal-Barahona[1,4], Sara Acosta-Sverlij[1,3], Camila Collao Iturra[1,3], Isidora Valenzuela Dechent[1,2], Diego Saavedra Galaz[1,2], Carolina Chambi Martínez[1,2], Paula Fernández-Villa[1,6], Daniel González-Carreño[1], Javiera Santis[1], Inés Vicencio-Zolezzi[1], Patricia Pérez-Wilson[1,6], Tatiana Sepúlveda[1], Ramiro Huircán[1], Laíss Vásquez-Soto[1], Marcela Sobarzo[1], Rocío Solar[1], Fernanda Poblete[1], Valeria González[1], Cristian Gutiérrez[1], Carolin Burdiles-Alarcón[1].

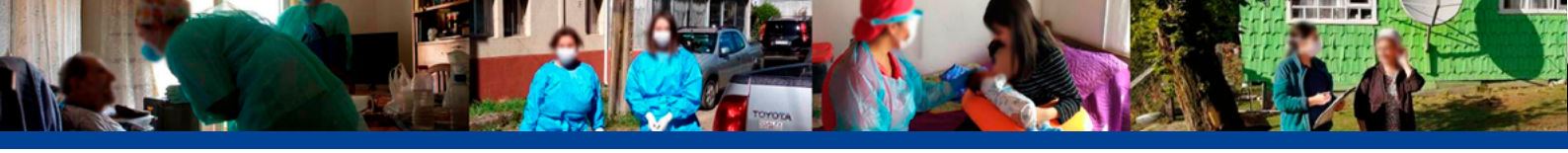
(1) Fundación Integra Mente
(2) Universidad de Concepción
(3) Universidad San Sebastián
(4) Universidad de Valparaíso
(5) Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción
(6) Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción

Antecedentes: Los desastres son eventos inesperados a gran escala con consecuencias físicas, materiales y mentales. En diciembre de 2019, se informaron casos de neumonía de origen desconocido, potencialmente mortal en Wuhan, China; producida por el 2019-novel coronavirus (2019-nCoV). La enfermedad por Coronavirus 19 (COVID-19) se ha extendido rápidamente por todo el mundo, transformándose en pandemia, desafiando los sistemas de salud pública. Se suele prestar más atención a las consecuencias médicas, sin embargo, los efectos psicosociales a corto y mediano plazo asociados a un desastre de este tipo son trastornos por estrés postraumático (TEPT), adaptativos, depresivos, consumo de sustancias psicoactivas, entre otras. La recomendación de expertos es mantener distanciamiento social y cuarentena. La atención presencial ha debido ser reemplazada por estrategias y modelos de intervención y contención por ayuda remota. El voluntariado surge como oportunidad para contribuir a la disminución de brechas en el acceso de atención a salud mental. En Marzo de 2020 se conforma un programa de teleconsulta de Fundación Integra Mente, liderado por un equipo de voluntarios conformado por estudiantes de último año de medicina y psicología, y profesionales.

Objetivos: Facilitar el acceso a la atención en salud mental para personas y familias que se encuentren en situación de crisis, asociada al actual escenario epidemiológico, para disminuir el impacto psicosocial que ésta provoca y facilitar la recuperación gradual de su nivel de funcionalidad.

Desarrollo: En Fundación Integra Mente se conforma un equipo de voluntariado para teleconsulta, con la finalidad de contribuir a disminuir las brechas de acceso a la atención de salud mental de personas en tiempo de pandemia. Difusión de voluntariado y atención por redes sociales(RRSS). Se implementó un programa de atenciones de salud mental de carácter interdisciplinario vía teleconsulta(ZOOM), previa realización de categorización de problemas de salud mental. Los usuarios acceden a atención mediante correo electrónico. Son contactados por equipo de gestión usuaria, para agendar primera atención a cargo de equipo de TRIAGE, conformado por internos, quienes realizan una evaluación y categorización inicial, por severidad, derivando a los equipos disciplinares para atención y seguimiento. Registro de atenciones en fichas clínicas con estructura de historia clínica orientada a problemas (HCOP) lo que facilita el registro y continuidad de atención. Descripción equipo voluntario: 58 voluntarias, 82% mujeres. Edad promedio: 27 años [24-55 años]. 24% internos (medicina y psicología) y 76% profesionales (psicología, medicina familiar, psiquiatría, terapia ocupacional, nutrición, trabajo social, ingeniería, enfermería, diseño gráfico). Nacionalidad: 56 chilenos, 2 extranjeros (venezolana en Chile y española). Residencia: 2 voluntarias desde extranjero (España y Nueva Zelanda), 56 voluntarios atienden distribuidos geográficamente entre La Serena y Aysén; 60% en Región del Biobío, 14% zona sur, 7% zona norte, 17% en Santiago y 3% en el extranjero; dedican entre 2-20 horas semanales. Sistema de atenciones: Se realizan sesiones semanales de intervención en crisis, con una frecuencia que va disminuyendo en la medida en que evoluciona el tratamiento. Actualmente está en desarrollo la estrategia de talleres grupales para seguimiento. Además de la teleconsulta se realizan actividades educativas abiertas a la comunidad, mediante talleres e infografías por RRSS.

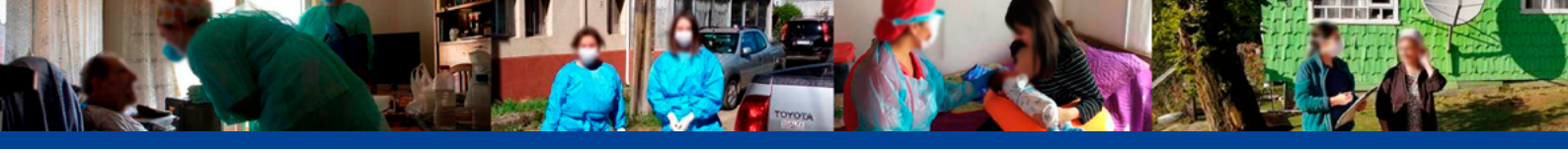
Resultados: A la fecha se han atendido por teleconsulta 245 personas. 75.7% mujeres; el promedio de edad es 28.7 años [10-98 años]. En cuanto a la categorización inicial: C2 3.5%, C3 22.5%, C4 43.5%, C5 17.9%. No se han presentado consultas C1 (intento suicida activo, abstinencia sustancia, agitación psicomotora). Respecto de los grupos diagnósticos: 26% trastornos adaptativos, 16% trastornos de ansiedad, 8.3% reacciones vivenciales normales, 8.3% trastornos de sueño, 5.9% depresión, 5.3% suicidalidad, 3.6% TEPT



Conclusiones: La mayor consulta de mujeres y la prevalencia de sintomatología asociada a trastornos de estrés, ansiosos y del ánimo coinciden con lo señalado por otros estudios. La experiencia de voluntariado de salud mental se constituye en una oportunidad para contribuir la brecha de acceso a atención de usuarios. La satisfacción usuaria, la intervención en crisis y la posibilidad de prevención del desarrollo de TEPT, por medio de la teleconsulta, constituyen una oportunidad de replantear el modelo nacional de salud mental.

Sin financiamiento.

Programa realizado por voluntarios



Síndrome de Burnout en Médicos Generales de Zona de la Red de Atención Primaria de Salud de la Región de Tarapacá.

Kimberly Valenzuela Aranda[1], Guillermo Cortés Lira[2].
(1) Centro de Salud Familiar Cirujano Guzmán
(2) Centro de Salud Familiar Cirujano Aguirre

Introducción

El síndrome de Burnout (SB) es un tipo de estrés laboral crónico generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, especialmente cuando ésta es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores). Este cuadro se define por la presencia de los siguientes tres elementos: el cansancio emocional (CE) dado por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento y la fatiga; la despersonalización (DP) manifestada por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo y la falta de realización personal (RP) con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Entre sus principales consecuencias se describen alteraciones emocionales y conductuales, psicosomáticas y sociales, siendo frecuente la aparición de situaciones depresivas hasta la automedicación, ingesta de psicofármacos y aumento del consumo de tóxicos, alcohol y otras drogas.

Objetivos

Objetivo general: caracterizar la presencia del síndrome de Burnout en los Médicos Generales de Zona (MGZ) de la red de atención primaria de salud (APS) de la región de Tarapacá.

Objetivos específicos:

a) Determinar la prevalencia de SB en los MGZ de la red de APS de la región de Tarapacá.
b) Evaluar la relación entre SB y diversos factores tales como el sexo, la edad, lugar de trabajo, antigüedad profesional y sobrecarga laboral (SL).

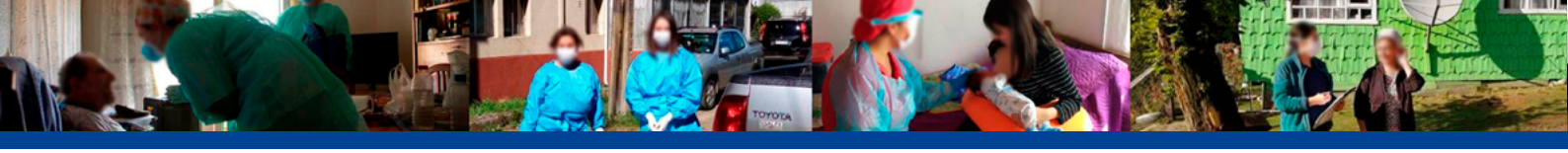
Materiales y métodos

El estudio se realizó entre diciembre y enero del año 2020 para los MGZ de la región de Tarapacá, con una muestra total de 77 profesionales médicos, quienes se encuentran distribuidos a lo largo de la región, en centros de salud de carácter urbano o rural, con una antigüedad profesional entre 1-6 años y una SL variable según la realización de turnos de urgencia o extensión horaria de acuerdo a las exigencias del establecimiento y/o su propia elección.

Para determinar la presencia del SB se aplicó a todos los MGZ de la región, el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) en su versión española, de forma autoadministrada y confidencial, el cual está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo, valorando las tres dimensiones de cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). De acuerdo a esta evaluación, se define que aquellos profesionales con resultados deficientes en las tres esferas, estarían cursando con el Síndrome de Burnout. Una vez recopiladas las encuestas, se caracterizó al grupo afectado de acuerdo a su sexo, edad, lugar de trabajo, antigüedad profesional y la realización de turnos de urgencia o extensión horaria como muestra de SL.

Resultados

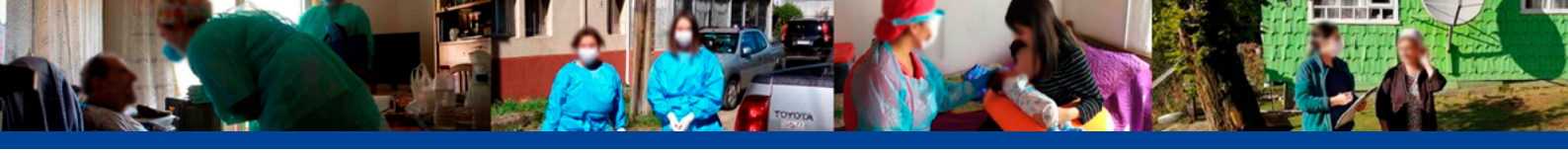
La prevalencia de SB en los MGZ de nuestra región alcanza un 31,1%, de los cuales el 58,3% corresponde al sexo femenino (14 de 24 casos), con un promedio de 29,4 años de edad, desempeñándose un 70,8% en establecimientos de carácter urbano. En relación a la antigüedad profesional, destaca que el 70,8% de los casos se concentran en los primeros tres años de desempeño, siendo los médicos de 3° año de destinación el grupo mayoritario con un 33,3% del total de casos. En cuanto a la SL se observa que un 54,1% y un 33,3% de ellos realiza turnos de urgencia y extensión horaria respectivamente. Finalmente, al analizar la afectación de cada dimensión de forma separada, se identificó un 87% de MGZ con cansancio emocional, un 71,4% con despersonalización y un 33,7% con falta de realización personal.



Conclusiones

La prevalencia de SB hallada en nuestro trabajo, nos indica que es un fenómeno bastante frecuente en el estamento médico. De acuerdo a nuestros resultados, el perfil de quienes padecen este síndrome estaría dado en su mayoría por profesionales médicos de sexo femenino, que trabajan en centros de carácter urbano, y que se produce fundamentalmente durante sus primeros años de desempeño laboral. Pese a la conocida relación entre la aparición de este síndrome y la SL, llama la atención que solo un pequeño grupo de ellos realizara turnos de urgencia o extensión horaria, lo que da cuenta de un proceso más bien multifactorial, que no se atribuye exclusivamente al concepto de horas trabajadas.

Finalmente, conocer este síndrome y sus repercusiones, nos desafía a crear estrategias de detección temprana dentro del equipo de salud, con el fin de evitar su aparición y desarrollo y asimismo, nos invita a implementar instancias dentro de los establecimientos de salud que promuevan un adecuado manejo del estrés y fomenten un buen clima laboral.



Impact of the three first months of a clinical orientation Call Center of Ancora UC Family Health Center Network, during the Covid-19 pandemic.

Impacto de los primeros tres meses de un Call Center de orientación clínica durante la pandemia Covid-19 en la Red de Centros de Salud Familiar Ancora UC.

Vania Valenzuela[1], Mauricio Soto [1], Daniel Jara[2], Irina Betti[3], Constanza Valdebenito[4], Alvaro Tellez[1], Eduardo Arenas[5], Maria Angélica Becerra[6].
(1) Medicina Familiar, Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
(2) Escuela Enfermería, Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
(3) Psicologia, Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Católica de Chile
(4) EU Red Ancora UC, Pontificia Universidad Católica de Chile
(5) UGI Red Ancora UC, Pontificia Universidad Católica de Chile
(6) Residente Medicina Familiar, Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción

Los desastres y situaciones de emergencia en Salud Pública plantean desafíos únicos para la prestación de atención sanitaria (Hollander & Carr, 2020). En Chile, la pandemia por SARS-CoV-2, ha determinado la necesidad de elaborar una estrategia que permita entregar atención de salud a la población que signifique un menor riesgo de contagio. En virtud de estos antecedentes, se planteó la implementación de un Call Center de orientación para usuarios con dudas de COVID-19. Esta propuesta responde a la necesidad de identificar la resolutividad de dispositivos de telesalud respecto de las demandas de los usuarios inscritos en tres Centros de Salud Familiar en las comunas de Puente Alto y La Pintana. Este estudio permitirá identificar los aprendizajes obtenidos en esta experiencia y favoreciendo implementaciones futuras en el área de telesalud en el nivel primario de atención.

Objetivos

Objetivo General: Evaluar el impacto de los primeros meses de funcionamiento de un call center de orientación implementado durante la pandemia por COVID-19 en la Red de Centros Ancora UC

Objetivos específico

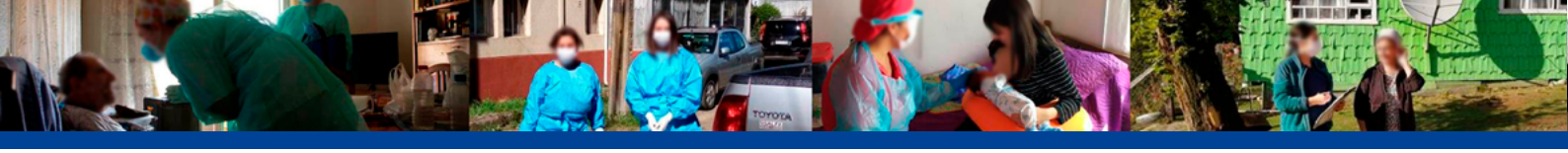
1. Caracterizar la demanda que presentó el programa de orientación médica telefónica sobre la enfermedad COVID-19
2. Evaluar la resolutividad en el proceso de atención telefónica de orientación durante la pandemia COVID-19
3. Identificar aprendizajes a partir de los datos obtenidos en el proceso de atención telefónica de orientación durante la pandemia COVID-19

Material y Métodos

Este estudio describe los resultados y proceso de implementación de una estrategia de orientación telefónica en contexto COVID-19 en la Red de Centros de Salud Familiar Ancora UC. Se utilizaron como fuentes de información los documentos generados durante la etapa de implementación y operación, junto con datos cuantitativos que reflejan el volumen de llamados realizados, características sociodemográficas de quienes realizan los llamados y los niveles de resolutividad que estos tuvieron durante los primeros meses de implementación (mayo a agosto del 2020) . Se realizará un análisis estadístico de tipo descriptivo de los datos cuantitativos obtenidos.

Resultados

En mayo del 2020 se implementó un sistema de call center telefónico de orientación médica para COVID-19 utilizando una plataforma de contactabilidad que funcionó de forma centralizada en los 3 CESFAM Ancora UC, donde se recepcionaron llamados de los usuarios en un número único (línea 800). El horario de funcionamiento fue de lunes a viernes de 8 a 17 hrs y sábados de 9 a 13 hrs. El equipo encargado de responder fueron siete residentes de Medicina Familiar, dos médicos de familia, una médico general y una enfermera que se encontraban en modalidad de teletrabajo. La coordinación y supervisión del servicio fue realizado por una médico de familia y una médico general. La coordinación con los CESFAM consistía en informar la productividad del Call



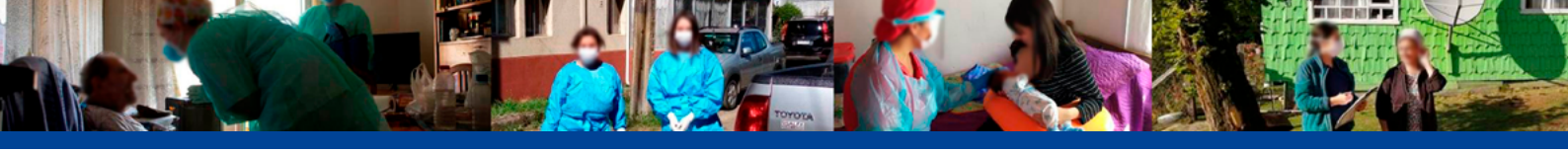
Center, reportar incidentes (tecnológicos o RRHH) y, durante el proceso, detectar necesidades, generar protocolos de ingreso de casos probables/índices, entrega de licencias médicas, altas, gestión de prestaciones a domicilio, entre otros, otorgando mayor resolutividad al servicio.

Entre mayo y agosto de 2020 se generaron 1271 llamados. El primer análisis realizado en junio de 2020 un 68,4% de los llamados fueron resueltos por el Call Center sin necesidad de ser derivados a atención presencial. En la segunda evaluación la capacidad resolutiva en julio del 2020 alcanzó un 79,6%. De los casos no resueltos por el Call Center, un 2% (n=22) fue necesario derivarlos a un servicio de urgencia y un 24% (n=223) fue derivado al CESFAM para su atención. Entre las principales causas de derivación se registraron síntomas como dificultad respiratoria, dolor torácico y neumonía.

Conclusiones

Este estudio permite compartir el proceso de implementación y funcionamiento de un tipo de modalidad de teleconsulta, un Call Center de orientación, ligado a una red de Centros de Nivel Primario de Salud como alternativa innovadora y resolutiva en la entrega de cuidados a los usuarios en una situación de emergencia sanitaria.
Los resultados no sólo son relevantes para este caso particular sino que también para toda iniciativa que piense adoptar una estrategia de telesalud dentro y fuera del contexto de crisis sanitaria.
Referencias

Hollander, J., & Carr, B. (2020). Virtually perfect? Telemedicine for Covid-19. New England Journal of Medicine, 382(18), 1679–1681. https://doi.org/10.1056/NEJMp2003762



“COVID made easy”: Development of a web page for the general public.

“COVID en fácil”: Desarrollo de una página web para el público general.

María Vergara[1], Héctor Vera[1], Eitan Dines[1], Vania Valenzuela[2], Pamela Aravena[3], Patricio Céspedes[2], Blanca Peñaloza[2].
(1) Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
(2) Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
(3) Salud Estudiantil, Pontificia Universidad Católica de Chile

Antecedentes

La pandemia actual puso en marcha un gran número de investigaciones en torno a la enfermedad causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Este conocimiento se modifica rápidamente en el tiempo a la luz de la nueva evidencia científica, generando un sinfín de fuentes de información con grados de confianza variable, la cual se encuentra disponible casi instantáneamente para el público general debido al mundo globalizado en el que vivimos. Lo anterior, ha provocado gran incertidumbre en los usuarios y ha dado lugar a la aparición de mitos y recomendaciones que no son de utilidad e incluso que pueden llegar a ser dañinas. Más aún, parte de la información disponible en la web para la población general se encuentra desactualizada o descrita en términos que resultan difíciles para las personas sin formación en salud. En el contexto del Proyecto Esperanza, *call center* que recibe llamados de la población de las comunas de La Pintana y Pozo Almonte en relación a COVID-19, surge la necesidad de contar con una página web con información clara que refuerce las recomendaciones ministeriales vigentes, derribe mitos y sea de utilidad para la población general. Presentamos nuestra experiencia en la elaboración del contenido para esta plataforma web.

Objetivo

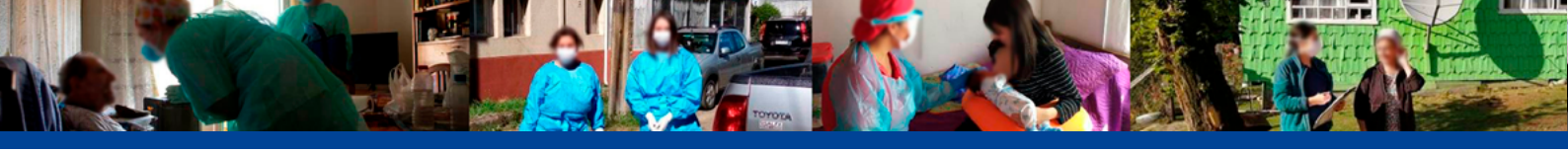
Generar material informativo para la creación de una plataforma web que responda a las inquietudes de la población general respecto a COVID-19 basado en el contenido más actualizado, aplicado a la realidad nacional, y en un lenguaje adecuado a los usuarios.

Desarrollo

Se generó un listado de 60 preguntas respecto a COVID-19, basadas en una encuesta aplicada a voluntarios del *call center* del Proyecto Esperanza. Para contestarlas, se realizó una búsqueda bibliográfica, y de material audiovisual, en fuentes que se ajustaran a los requerimientos de la página web. La búsqueda incluyó: *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), Organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), Página web de la Facultad de Medicina UC y de la Escuela de Enfermería UC, *UpToDate*, *U.S. Food and Drug Administration* (FDA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Programa Chile Crece Contigo y Sociedad Chilena de Pediatría (SOCHIPE). En una segunda etapa, se trabajó en grupos conformados por voluntarios, donde la información recopilada fue procesada con el objetivo de reducir su extensión y llevarla a un lenguaje apropiado para el público general.

Resultados

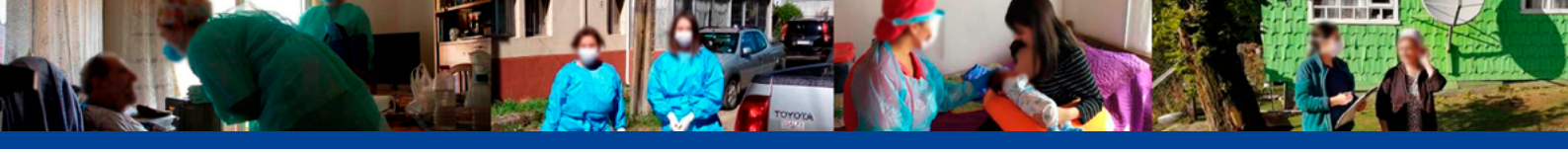
A partir de la búsqueda bibliográfica, se logró dar respuesta a las 60 preguntas propuestas con información actualizada, privilegiando el uso de videos e infografías que pudieran resultar más amigables. Se generó un informe que resumía la información más relevante, llevándola a un lenguaje claro libre de tecnicismos, con respuestas concretas a las preguntas planteadas. Además, en dicho informe se consignaron propuestas concretas respecto a cómo presentar el contenido (Por ejemplo: infografía, ícono, material audiovisual, links a videos, entre otros). Finalmente, se entregó contenido listo para ser procesado y subido a la página web por el equipo técnico.



Conclusiones

La pandemia actual ha generado la necesidad de educar sistemáticamente a la población en torno al nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Si bien existe un enorme volumen de información, este no siempre resulta de fácil acceso y, dado que la evidencia cambia rápidamente, se produce gran incertidumbre en relación a las recomendaciones a seguir. Contar con una página web que reúna información clara, actualizada y centrada en la realidad local resulta fundamental para dar solución a dicha necesidad.
Si bien, al momento de enviar este resumen, la página web aún se encuentra en fase de programación, creemos que será una fuente confiable de información que resultará de utilidad para los usuarios y responderá a los desafíos planteados por la pandemia.

Nuestra experiencia se enmarca dentro del Proyecto Esperanza cuyo financiamiento proviene de la Compañía BHP Billinton.



PATROCINADORES

apsf
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD FAMILIAR

UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA
TEMUCO · CHILE
ITINERARIUM MENTIS AD VERITATEM

Departamento de Medicina Familiar

Programa de Salud y Medicina Familiar

Programa de Especialidad en Medicina Familiar

LIBERTAS CAPITUR
UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE

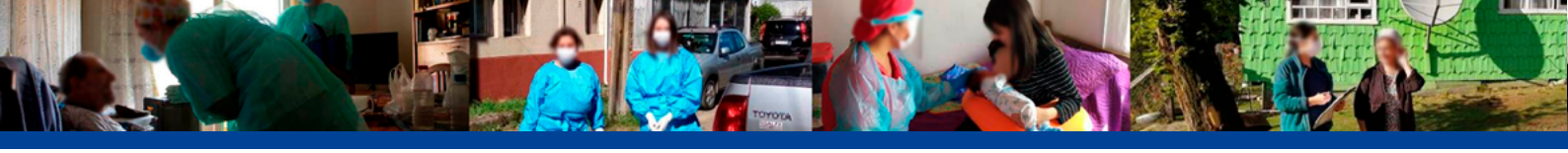
Instituto de Salud Pública

UNIVERSITAS STVDIORVM ANDINENSIS
CHILE

Departamento de Medicina Familiar y Atención Primaria de Salud

UT HOMINI SERVIAMUS 1994
ESCUELA DE MEDICINA
UNIVERSIDAD SAN SEBASTIAN

CONACEM



ÍNDICE

- **Pag 3**
  Creación y puesta en marcha de Unidad de Requerimientos Ciudadanos del Departamento de Salud Municipal de Nueva Imperial.
  Domingo Sebastian Alarcón, Carlos Ramírez Sánchez

- **Pag 4 – 5**
  Perfil de pacientes sobrevivientes de cáncer de mama y colorrectal. Un desafío para el médico familiar y la Atención Primaria.
  Paula Aubel, Victor Arancibia[1], Klaus Puschel, Cristián Velásquez, Sebastián Saez, Augusto León

- **PAG 6 TRABAJO DE INVESTIGACIÓN GANADOR:**
  Implementación de un Policlínico de alivio del dolor con aplicación de terapia neural para mejorar el abordaje de pacientes con dolor crónico en el CESFAM N°1.
  Camilo Bass Del Campo, Carla Pellegrin Friedmann, David Debrott Sanchez

- **Pag 7 – 8**
  Sala de Crisis del Servicio de Salud Araucanía Sur, una buena experiencia a replicar.
  Humberto Julian Berrios

- **Pag 9**
  Cuerpo, sexualidad y salud en jóvenes mapuche: encuentros y tensiones con el sistema de salud.
  Alexandra Obach King, Alejandra Carreno

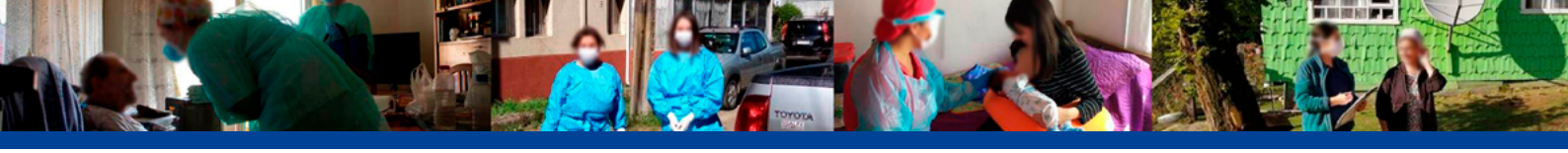
- **Pag 10**
  Lifestyle Medicine Workshop - Experiencia teórica-práctica.
  Paloma Correa, José Izcue, Valentina Rebolledo, Andrés Glasinovic, Alicia Hidalgo

- **Pag 11**
  Uso de prescripciones potencialmente inadecuadas en adultos mayores en población chilena: estudio observacional.
  Romeo Leiva, Matías Granadino, Josefina Marcenaro, Javiera Toffanari, Camila Montecinos

- **Pag 12 – 13**
  Brechas de desigualdad en el acceso a servicios de atención en salud mental en inmigrantes y nacidos en Chile según sexo, edad y nivel educacional, CASEN 2017: resultados preliminares.
  Karina Jaramillo, Báltica Cabieses

- **Pag 14 – 15 – 16**
  Voluntarios de Trazabilidad COVID19: agentes de transformación digital en la Atención Primaria.
  René Lagos, Yerko Montenegro, Juan Cristóbal Morales, Sonia Bassa, Mariana Alcayaga, Rodrigo Guerrero

- **Pag 17**
  Experiencia de implementación y gestión de un fono consulta en la comuna de Valparaíso desde la equidad, integralidad y continuidad de los cuidados.
  Daniela Matta Daniels, Carlos Guerrero Ubed



ÍNDICE

- **Pag 18**
  Habilitación de una plaza de bolsillo para usuarios, usuarias y trabajadores de la salud en un hospital familiar y comunitario en Chile.
  Margarita Miranda, Camila Rojo, Fabiola Rojas, Soledad Vega

- **Pag 19**
  Jóvenes urbanas y sexualidades disidentes: encuentros y desencuentros con el sector salud.
  Alexandra Obach, Michelle Sadler, Consuelo Robledo

- **Pag 20**
  Desarrollo psicomotor y estimulación temprana en niños con síndrome de down.
  Cassandra Roberta Peralta, María Jesús Godoy, Vivian Nicole Yévenes

- **Pag 21**
  Malnutrición por exceso en lactantes de 6 meses con lactancia materna exclusiva (LME) como factor de riesgo de futuro sobrepeso y obesidad infantil.
  Catalina Poblete, Susana Salas, Carla Castañón

- **Pag 22 – 23**
  Consentimiento Informado (CI) y Toma de Decisiones Compartida en salud (TDC) durante la adolescencia: Nivel de competencia y expectativa de los adolescentes.
  Catalina Poblete, Loreto Correa, Tamara Zubarew

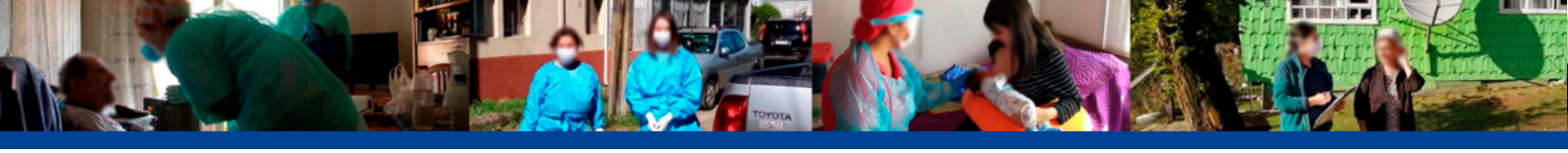
- **PAG 24 TRABAJO DE EXPERIENCIA GANADOR:**
  Abordaje intersectorial del COVID-19: EXPERIENCIA DE LA COMUNA DE LOS ANDES, 2020.
  Mariela Quiroz, Eileen Jimenez Figueroa, Marcos Mancilla, Ricardo Obregon

- **Pag 25**
  Optimización de la derivación de casos desde el Centro Regulador COVID 19 SSVQ a equipos territoriales de Viña del Mar.
  Francisca Ramirez, Sebastian Vicencio, Rodriguez Negdaliz

- **Pag 26**
  ¿Dónde se forman los Médicos Familiares en Chile? Estado de Situación de los Centros Formadores de Atención Primaria en nuestro país desde la perspectiva de los residentes de Medicina Familiar.
  Alexander Recabarren Baez, Javiera Flaño Olivos, Andrea Rioseco Castillo, Osvaldo Soto Quevedo

- **Pag 27**
  Unidades de Observación Prolongada en el nivel primario de atención del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente: Orientando una respuesta integrada de la red asistencial para manejar los casos graves de COVID-19.
  Alexander Recabarren Baez, Paulina Pinto Maturana2, María Paulina Rojas Villar

- **Pag 28 – 29**
  Actualización de la evidencia disponible sobre COVID 19 en pacientes con demencia.
  Negdaliz Rodriguez, Johanna Prado



ÍNDICE

- **Pag 30 – 31**
  Implementación del Centro Regulador COVID 19 del "Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota" (SSVQ).
  Negdaliz Rodriguez, Francisca Ramirez, Sebastian Vicencio

- **Pag 32**
  Variaciones en atenciones de salud mental tras estallido Social e inicio de pandemia por COVID-19 en el Centro de Salud Familiar Pueblo Nuevo – Temuco.
  Roxana Sepúlveda, Andrés Caballero

- **Pag 33 – 34**
  Voluntariado en Salud Mental: Contribuyendo a disminuir brechas de equidad en pandemia.
  Nicolás Silva-Villalobos, Camila Collao Iturra, Javiera Arrepol Pérez, Sara Acosta-Sverlij, Javiera Contreras-Villalobos, María Ignacia Retamal-Barahona, Isidora Valenzuela Dechent, Diego Saavedra Galaz, Carolina Chambi Martínez, Paula Fernández-Villa, Daniel González-Carreño, Javiera Santis, Inés Vicencio-Zolezzi, Patricia Pérez-Wilson, Tatiana Sepúlved, Ramiro Huircán, Laíss Vásquez-Sot, Marcela Sobarzo, Rocío Solar, Fernanda Poblete, Valeria Gonzále, Cristian Gutiérrez, Carolin Burdiles-Alarcón

- **Pag 35 – 36**
  Experiencia de voluntariado por teleconsulta para intervención en crisis y seguimiento por pandemia COVID-19. Una oportunidad para facilitar el acceso a atención en salud mental.
  Nicolás Silva-Villalobos, Javiera Contreras-Villalobos, Javiera Arrepol Pérez, María Ignacia Retamal-Barahona, Sara Acosta-Sverlij, Camila Collao Iturra, Isidora Valenzuela Dechent, Diego Saavedra Galaz, Carolina Chambi Martínez, Paula Fernández-Villa, Daniel González-Carreño, Javiera Santis, Inés Vicencio-Zolezzi, Patricia Pérez-Wilson, Tatiana Sepúlveda, Ramiro Huircán, Laíss Vásquez-Soto, Marcela Sobarzo, Rocío Solar, Fernanda Poblete, Valeria González, Cristian Gutiérrez, Carolin Burdiles-Alarcón

- **Pag 37 – 38**
  Síndrome de Burnout en Médicos Generales de Zona de la Red de Atención Primaria de Salud de la Región de Tarapacá.
  Kimberly Valenzuela Aranda, Guillermo Cortés Lira

- **Pag 39 – 40**
  Impacto de los primeros tres meses de un Call Center de orientación clínica durante la pandemia Covid-19 en la Red de Centros de Salud Familiar Ancora UC.
  Vania Valenzuela, Mauricio Soto, Daniel Jara, Irina Betti, Constanza Valdebenito, Alvaro Tellez, Eduardo Arenas, Maria Angélica Becerra

- **Pag 41 – 42**
  "COVID en fácil": Desarrollo de una página web para el público general.
  María Vergara, Héctor Vera, Eitan Dines, Vania Valenzuela, Pamela Aravena, Patricio Céspedes, Blanca Peñaloza

Sociedad Chilena de Medicina Familiar

XXI Congreso Chileno MEDICINA FAMILIAR

1 y 2 de Octubre 2020

EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL EN SALUD

Departamento de Medicina Familiar

Universidad de Concepción Programa de Salud y Medicina Familiar

Universidad de Valparaíso Programa de Especialidad en Medicina General Familiar

apsf Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar

Instituto de Salud Pública

Universidad de los Andes Departamento de Medicina Familiar y Atención Primaria de Salud

Colegio Médico de Chile A.G.

CIMF Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar

Wonca

MSM Médicos Sin Marca

Escuela de Medicina Universidad San Sebastián

Agrupación Médicos APS

CONACEM