



2023  
XXIV

# Congreso Chileno de Medicina Familiar “Medicina familiar y Comunidad, una oportunidad para la Universalización”

23 al 25 de noviembre, Temuco, Región de la Araucanía

## Auspiciadores



## Patrocinadores





2023  
**XXIV**

Congreso Chileno de Medicina Familiar “Medicina familiar y Comunidad, una oportunidad para la Universalización”

## COMITÉ XXIV CONGRESO CHILENO DE MEDICINA FAMILIAR

### **Presidenta del Congreso:**

- Dra. Lilian Fernández Fernández

### **Coordinación Comité Congreso:**

- Dra. Gina Brun Matutino
- Dra. Macarena Moral López

### **Coordinación Revisión Trabajos Libres:**

- Dra. Mariela Quiroz Olave

### **Coordinación Encuesta:**

- Dra. Andrea Didier Castillo

### **Integrantes:**

- Dra. Gladys Caro Lovera
- Dra. Victoria Henríquez Muñoz
- Dra. Karla Herrera Contreras
- Dra. Mónica Niveló Clavijo
- Dra. Camila Paiva Brahm
- Dra. Sandra Paredes Arévalo
- Dr. Patricio Thieme Villegas
- Dr. Humberto Berrios Becerra
- Dra. Camila Zavala Ellis



2023  
XXIV

Congreso Chileno de Medicina Familiar “Medicina familiar y Comunidad, una oportunidad para la Universalización”

## Presentación

¡Al fin!!

¡Congreso Chileno de Medicina Familiar PRESENCIAL!!!

De todos modos híbrido para los/as que no pueden asistir en formato presencial.

Para reencontrarnos, para inventar, crear, innovar, conversar, compartir ideas, saberes y tareas. Para algo tan esencial como abrazarnos, tocarnos, reír.

Como Comité Congreso, buscamos un lema desafiante: “Medicina Familiar y Comunidad, una oportunidad para la Universalización”

Les invitamos a pensar en la Universalización como un gran desafío. Uno más en nuestra trayectoria en la Medicina Familiar.

Debemos seguir trabajando para entusiasmar y formar cada vez más Médicos/as Familiares. Varias universidades han iniciado su proceso en estos años.

La pregunta es si somos suficientes ahora, en tiempo presente, para este nuevo desafío. Parafraseando la conocida canción “somos los que estamos y estamos los que somos”. Debemos encontrar la manera de expandir nuestro conocimiento y nuestro quehacer. El Congreso Chileno de Medicina Familiar es una oportunidad para ello.

Les hacemos una invitación para encontrarnos y trabajar juntos en este gran desafío país, con la mirada de Atención Primaria como estrategia, sea cual sea el lugar / nivel / institución en la que nos desempeñemos. La importancia de la Medicina Familiar no radica en el lugar en el que trabajemos, radica en nuestro compromiso con las personas.

¡Les esperamos en Temuco, Región de la Araucanía, el 23, 24 y 25 de Noviembre!!!

§

¡Y nos reencontramos y conversamos y reímos!

Fue difícil, desafiante, hacerlo híbrido, pero mantuvimos el esfuerzo.

Nos vemos en el 2024

Comité Congreso 2023



## ÍNDICE

<b>Premios en Categoría Investigación</b> .....	<b>página 6</b>
Primer lugar investigación: Efecto de la implementación de la estrategia ECICEP en la evaluación de los pacientes respecto a la atención recibida en el CESFAM “El Manzano” de San Bernardo .....	<b>página 7</b>
Segundo lugar investigación: Uso de dispositivos digitales en niños: La experiencia de padres de niños menores de 2 años .....	<b>página 8</b>
Tercer lugar investigación: Decisiones sexuales y reproductivas de mujeres adolescentes que pertenecen a programas de protección y justicia juvenil en Chile: Autonomía v/s paternalismo en la atención primaria de salud .....	<b>página 9</b>
<b>Premios en Categoría Experiencia</b> .....	<b>página 10</b>
Primer lugar experiencia: Café mundial, experiencia de implementación en diagnóstico participativo con personas mayores .....	<b>página 11</b>
Segundo lugar experiencia: Teleconsultoria en salud familiar: una apuesta para mejorar la accesibilidad y la oportunidad de la atención en el área rural del Bío Bío .....	<b>página 12</b>
Tercer lugar experiencia: Curso Integración de Competencias para Residentes de Tercer año de Medicina Familiar PUC: Experiencia de 3 años .....	<b>página 13</b>
<b>Premio en Categoría Casos Clínicos</b> .....	<b>página 14</b>
Primer lugar Casos clínicos: Valoración espiritual en una persona mayor con demencia en la comuna de Olmué en relación a un caso clínico .....	<b>página 15</b>
<b>Trabajos Área Investigación</b> .....	<b>página 16</b>
Análisis acerca de cáncer colorrectal: Inequidades socioeconómicas y muerte prematura en Santiago de Chile .....	<b>página 17</b>
Hospitalizaciones evitables en adultos mayores egresados del Hospital El Pino, comuna El Bosque entre 2018 y 2022 .....	<b>página 18</b>
“Superando barreras y encontrando soluciones: acceso a servicios de salud sexual en la aps de adolescentes pertenecientes a Mejor Niñez-Sename” .....	<b>página 19</b>
Revisión bibliográfica: Manejo conservador en enfermedad renal crónica terminal .....	<b>página 20</b>
Descripción de intervenciones a familias de riesgo medio en Cefsam Barón de Valparaíso .....	<b>página 21</b>
Percepciones y prácticas del equipo de atención primaria de salud, sobre el enfoque de género aplicado en salud: una revisión sistematizada de literatura .....	<b>página 22</b>
Evaluación de conocimientos y competencias en Medicina Basada en Evidencia en internado de Medicina Familiar .....	<b>página 23</b>
Revisión bibliográfica sobre intervención terapéutica con aceite ozonizado en pacientes con diabetes Mellitus Tipo 2 .....	<b>página 24</b>
Dermatología en la atención primaria en Brasil: el proceso de formación de los médicos generales .....	<b>página 25</b>
Caracterización Epidemiológica de la Hipertensión Arterial en Consultorio No. 14 Municipio Viñales, octubre-diciembre 2022 .....	<b>página 26</b>



2023  
**XXIV**

Congreso Chileno de Medicina Familiar “Medicina familiar y Comunidad, una oportunidad para la Universalización”

Visibilización de demanda oculta a través de la estrategia de TeleSalud en un consultorio del sur de Chile .....	<b>página 27</b>
Tamizaje de retinopatía diabética en la atención primaria de salud post pandemia: resultados preliminares de una colaboración universitaria-comunal .....	<b>página 28</b>
<b>Trabajos Área Experiencia</b> .....	<b>página 29</b>
Experiencia de la Pandemia COVID-19 en un Servicio Metropolitano de Salud desde el mes que inició la pandemia COVID 19 1 de marzo 2020 hasta el 31 de agosto 2023 y su coordinación activa con el Nivel Primario a través de la Plataforma de Continuidad de Atención .....	<b>página 30</b>
Experiencia de práctica clínica en Establecimientos de Larga estadía del Adulto Mayor por residentes de Medicina Familiar mención persona mayor, Universidad de los Andes .....	<b>página 31</b>
Gestión de agendas: modernización de la entrega de citas para la atención de Salud en el CESFAM Jean Marie Thierry de Valparaíso .....	<b>página 32</b>
Mejorando el acceso a la atención sanitaria en áreas rurales, población Metrenquen: Una experiencia en CESFAM Alerce, Puerto Montt .....	<b>página 33</b>
Implementación de una matriz de priorización de consultas de morbilidad médica en el CESFAM Jean Marie Thierry de Valparaíso 2022-2023 .....	<b>página 34</b>
Del riesgo a la vulnerabilidad: elaboración de un instrumento de tamizaje familiar para evaluar vulnerabilidad basado en los Determinante Sociales de la Salud. Proyecciones como sistema de vigilancia en equidad sanitaria .....	<b>página 35</b>
Percepción de Inseguridad en la Población Libertad de Valdivia y su abordaje desde la Medicina Familiar Comunitaria .....	<b>página 36</b>
Abriendo Puertas, Haciendo Camino; Identificación De Activos Comunitarios A Través De Metodologías Participativas .....	<b>página 37</b>
Encuesta de satisfacción usuaria, Sistema de agendamiento de Horas Clínicas, CESFAM Jean y Marie Thierry (JMT).....	<b>página 38</b>
Geriatría en Atención Primaria: Formación médica de pre-grado con enfoque ambulatorio e intersectorial .....	<b>página 39</b>
Experiencia De Atención Primaria En Centro De Salud PDI Región Metropolitana .....	<b>página 40</b>
<b>Trabajos Área Casos clínicos</b> .....	<b>página 41</b>
Niebla cerebral en COVID-19 prolongado: Reporte de caso .....	<b>página 42</b>
Índice de autores .....	<b>página 43</b>



2023

XXIV

Congreso Chileno de Medicina Familiar “Medicina familiar y Comunidad, una oportunidad para la Universalización”

**PREMIOS EN CATEGORÍA**

**INVESTIGACIÓN**



## GANADOR PRIMER LUGAR

### Efecto de la implementación de la estrategia ECICEP en la evaluación de los pacientes respecto a la atención recibida en el CESFAM “El Manzano” de San Bernardo.

Andrea Lorena Galindo Orellana<sup>1</sup>, Fernando Javier Argomedo Saavedra<sup>1</sup>

(1) Universidad de Santiago de Chile, Medicina Familiar, Postgrado, Avenida Libertador Bernardo O'Higgins n°3363, Santiago, Chile

#### Resumen

El aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas ha llevado a la necesidad de optimizar los contactos que tienen los pacientes con el equipo de salud. A nivel internacional existe el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) y a nivel nacional la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), orientada “a que las personas cuenten con cuidados integrales, integrados, continuos y centrados en ellas (...)”, que comienza a implementarse durante el año 2019, comenzando en el SSMSO y extendiéndose de forma progresiva al resto del país. A nivel local, en la comuna de San Bernardo, el ECICEP se comienza a implementar el 2021 en el CESFAM El Manzano y desde la fecha al día de hoy han ingresado al alrededor de 200 pacientes. Por otro lado, también se han desarrollado a nivel internacional, herramientas para la evaluación de las atenciones. Las más utilizadas y conocidas son la Evaluación de los Cuidados Crónicos (ACIC) y la Evaluación de los Pacientes de los Cuidados Crónicos (PACIC). Pese a la implementación progresiva de esta estrategia a nivel comunal y nacional, existen escasos estudios locales publicados que midan el impacto de la misma. El único estudio nacional que se encuentra disponible fue realizado en el SSMSO y tuvo como objetivo describir la percepción de los equipos de salud respecto de la contribución de la estrategia. No se han realizado estudios que consideren la evaluación que los pacientes hacen de los cuidados crónicos. Con todo lo anteriormente expuesto, resulta imperativo medir el impacto de las intervenciones realizadas, sobre todo comprendiendo que éstas están en un momento de expansión a nivel nacional.

El objetivo principal de nuestro estudio es cuantificar el efecto de la implementación de la estrategia ECICEP en la evaluación de los pacientes respecto a las atenciones recibidas en el CESFAM “El Manzano” de San Bernardo.

#### Metodología

A través de un estudio observacional y analítico, de cohorte retrospectivo, se está comparando un grupo que fue expuesto a atenciones con la estrategia ECICEP, con un grupo control, que hasta el momento de la evaluación sólo ha recibido atenciones estándar. Las variables medidas son: Modelo de atención, evaluación de la atención según el cuestionario PACIC, Edad, Género y años desde el diagnóstico. Para la realización del estudio se tomó al total del grupo incluido en esta nueva forma de atención a nivel local, que a la fecha de realización del estudio, había completado el seguimiento y se encontraba en proceso de “alta de gestión de casos” -30 pacientes-. Al momento de la realización del resumen, aún no se ha realizado el cuestionario al total de la muestra objetivo. Por lo que el estudio está en proceso de comparar los resultados con un grupo control, que no ha recibido atenciones con la estrategia ECICEP, a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, con el objetivo de evaluar el impacto local de la intervención, entendiendo que las conclusiones no podrán ser aplicadas a otras poblaciones. Los datos están siendo obtenidos a través de fuentes primarias con una encuesta anónima y auto aplicada, que cuenta con una primera parte -el resumen de la investigación, sus objetivos y el consentimiento informado-; una segunda parte -en que se consultan datos sociodemográficos-; y una tercera parte -el cuestionario PACIC-.

#### Resultados

Hasta el momento contamos con resultados parciales que provienen del grupo intervenido, conformado por una muestra con una edad promedio de 69,8 años. La mitad de las personas que completaron el cuestionario fueron hombres y la otra mitad mujeres. Un 50% de la muestra tenía entre 5 y 10 años desde el diagnóstico de su primera enfermedad y un 40% más de 10 años desde el mismo. Hasta la fecha, el puntaje total promedio obtenido en la muestra del grupo intervenido es de 2.5, inferior a los puntajes obtenidos en estudios nacionales publicados similares al evaluar atenciones estándar (sin ECICEP). Con respecto a los promedios obtenidos por subescala, estos fueron inferiores a los obtenidos en otros estudios para 3 subescalas (activación del paciente, diseño de sistema de entrega de cuidados y diseño de objetivos) y superiores para 2 subescalas (resolución de problemas considerando el contexto del paciente; y seguimiento y coordinación). Cabe destacar que el siguiente paso del estudio, es el de comparar estos resultados con un grupo control proveniente del mismo centro, que sólo ha recibido atenciones estándar.

#### Conclusiones

Es muy temprano para poder extraer conclusiones respecto al estudio, sin embargo, en la medida que se tabulen los resultados del grupo control, se podrán medir diferencias entre ambos grupos. Esto es muy relevante si se quiere conocer el impacto que tiene la estrategia ECICEP a nivel local, sobre todo en lo respecta a conocer la percepción que los usuarios tienen de las atenciones recibidas y entregar luces de qué es lo que perciben que está funcionando y en qué otros aspectos se podría seguir mejorando.

Keywords: APS, MCC, ECICEP

Financing: No cuenta con financiamiento de ninguna entidad.

Acknowledgments: Agradecemos a nuestra tutora de Medicina Familiar, la doctora Mónica Alvial, a nuestro Jefe de Programa de Post grado, el doctor Pedro Yañez, y a todas las autoridades locales de San Bernardo y al Servicio Metropolitano Sur por incentivar la investigación médico-científica.



## GANADOR SEGUNDO LUGAR

### “Uso de dispositivos digitales en niños: La experiencia de padres de niños menores de 2 años”

Catalina Romero<sup>1</sup>, Sofía Catrileo<sup>1</sup>, Ignacia Herrera<sup>1</sup>, Daniela Herrera<sup>1</sup>, Constanza Vega<sup>1</sup>, María Paz Luengo<sup>1</sup>, María Eugenia Rapimán Salazar<sup>1</sup>, Carmen Sepúlveda<sup>1</sup>

(1) Universidad Diego Portales, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud y Odontología, Manuel Rodríguez 253, Santiago, Chile

**Introducción:** El uso de dispositivos digitales es un fenómeno que se ha masificado (UNICEF, 2017; SUBTEL, 2020; Patiño, 2021; Pérez, et al., 2022), llegando a introducirse, en un corto plazo, en la vida cotidiana de familias y comunidades a nivel global (MINSAL, 2018). El tiempo de exposición a las pantallas conlleva un retraso del desarrollo psicomotor y del habla del niño, lo que se manifiesta tanto en una baja de puntaje en las pruebas de desarrollo infantil, como en la relación con sus cuidadores y familia, y en la pérdida de oportunidades de juego. (Fernández, 2017; Aveiga, et al, 2018; Mardigan, et al., 2019; Retamales, 2021). Las recomendaciones van dirigidas a evitar totalmente el uso de tecnologías en niños menores de 2 años, porque se asocian a retraso en la adquisición de habilidades y destrezas, aumento en el diagnóstico de déficit atencional, disminución del vocabulario, depresión y mal manejo de la frustración. (Palladino (2015; APP, 2016; OMS 2019-2020). Muchos padres utilizan medios audiovisuales como una forma de apoyo para su rutina diaria, pasan a sus hijos dispositivos digitales para que se entretengan, mientras ellos preparan alimentos, hacen aseo, trabajan, etc. (Lauricella et al, 2015., Waismana, Hidalgo y Rossi, 2018., Raynaudo, 2020). Es un especial desafío para los profesionales que laboran en Atención Primaria, donde se desarrollan acciones de cuidado que tienen un fuerte énfasis en la promoción de estilos de vida saludable. El propósito de este estudio es explorar la experiencia de padres de niños/as menores de 2 años respecto al uso de tecnologías digitales (celulares y tablets) en sus hijos. Se espera aportar conocimiento para la reflexión y discusión en el Equipo de Atención Primaria, respecto al niño, quien es altamente vulnerable y frente a lo cual se debe tener una visión integradora que permita estrategias de intervención oportunas, pertinentes y atingentes en la familia y comunidad.

**Objetivo General:** Comprender la experiencia de los padres de niños menores de 2 años respecto al uso de dispositivos digitales en sus hijos.

**Objetivos Específicos:** identificar el significado que tiene para los padres, el uso de dispositivos digitales en sus hijos menores de 2 años, describir el sentir que genera en los padres el uso de dispositivos digitales en sus hijos y describir rutinas de uso de dispositivos digitales durante la interacción de los padres con sus hijos menores de 2 años.

**Materiales y métodos:** metodología cualitativa, descriptiva. Participan padres de niños menores de 2 años. La muestra es obtenida por conveniencia, según criterios de las investigadoras. Se recolecta la información con entrevista cualitativa de tipo semi estructurada, y se realiza análisis de contenido cualitativo temático

**Aspectos éticos:** resguardo según Requisitos éticos de Emanuel (2004).

**Resultados:** El análisis del contenido de las entrevistas permite extraer los siguientes códigos o etiquetas: progreso, utilidad, ayuda, necesidad; alivio, frustración, desamparo, resignación, culpa; oportunidad de aprendizaje. El uso de dispositivos digitales es conceptualizado por los padres como un aspecto inherente al desarrollo continuo y permanente de la sociedad. El uso de estos dispositivos en los niños se constituye en una oportunidad y les resulta muy útil para que el niño esté tranquilo, especialmente cuando realizan otras tareas o van de viaje. Existe conciencia de que el uso de dispositivos digitales debe ser restringido en los niños, frente a lo cual plantean normas de uso que no son apoyadas por el entorno familiar y social, lo que genera frustración, desamparo, resignación y culpa. El uso de dispositivos durante la interacción familiar se constituye en una oportunidad de aprendizaje que muchas veces no es muy aprovechada.

#### Conclusiones

El uso de dispositivos digitales es un problema ya que el niño menor de 2 años es altamente vulnerable a sus efectos lesivos. Este estudio aporta antecedentes subjetivos, de la experiencia, del sentir y del significado que tiene para los padres el uso de dispositivos digitales en sus hijos. El disponer de información proveniente del usuario, permite a los integrantes del equipo de salud, entregar recomendaciones que resulten comprensibles y aceptables para los padres y a partir de esto en un esfuerzo conjunto se revisen y se diseñen las mejores estrategias, para un abordaje integral frente a esta importante problemática de Salud Pública.

Keywords: Dispositivos digitales, experiencia, padres, niños menores de 2 años

Financing: No hubo





## GANADOR TERCER LUGAR

### Decisiones sexuales y reproductivas de mujeres adolescentes que pertenecen a programas de protección y justicia juvenil en Chile: Autonomía v/s paternalismo en la atención primaria de salud

Daniela Gonzalez Aristegui<sup>1</sup>, Ingrid Leal Fuentes<sup>1</sup>, Carolina Cartens<sup>2</sup>, Temistocles Molina Gonzalez<sup>1</sup>

(1) Universidad de Chile, Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Medicina, Independencia 1027, Independencia, Santiago, Chile

(2) Universidad de Chile, DIGEN Salud, Medicina, Independencia 1027, Independencia, Santiago, Chile

**Introducción:** En Chile, el sistema de protección y reinserción de niños y adolescentes, considera programas en modalidad ambulatoria y residencial, cuya implementación se encuentra a cargo de organismos colaboradores de los Servicios Mejor Niñez y SENAME respectivamente.

En el marco de la implementación del proyecto de investigación FONIS (2022-2023) en curso “Brechas de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) en la APS para la atención de adolescentes mujeres pertenecientes a programas de protección de la región metropolitana: recomendaciones para el intersector” hemos observado que, en el caso de la SSR, la posibilidad de ejercer una toma de decisiones autónoma en el contexto de la atención primaria de salud, se encuentra condicionada por su trayectoria de vida, existiendo una tensión constante entre considerarles como sujetas de cuidado con un énfasis proteccional, o como sujetas de derecho, con énfasis en la promoción de su autonomía.

Se expondrá una revisión en torno a este tema a partir de los resultados del proyecto, en diálogo con una perspectiva de género, derechos e interseccional, describiendo el proceso de toma de decisiones desde la mirada de las adolescentes, y entregando recomendaciones para enfrentar este dilema que se presenta en los espacios de atención en salud.

**Objetivo:** Describir la experiencia de toma de decisiones en sexualidad de mujeres adolescentes que pertenecen a programas de protección y/o justicia juvenil, en el contexto de la atención primaria de salud.

**Materiales y métodos:** Estudio cualitativo y exploratorio. Se utilizó un muestreo intencional, que incluyó a adolescentes mujeres en programas de protección, profesionales de APS y profesionales de programas de protección. Se aplicaron entrevistas semi-estructuradas como técnica de recopilación de datos, según el perfil de los participantes. Los datos obtenidos fueron transcritos y organizados para facilitar el análisis, utilizando una combinación de enfoques inductivos y deductivos para construir un sistema de categorización y codificación. Se llevó a cabo una validación inter-codificadores para garantizar la fiabilidad del análisis. Los resultados fueron presentados y validados por los participantes del estudio y se realizó un taller de expertos para validar los resultados y proporcionar recomendaciones prácticas. Se siguieron procedimientos para garantizar la credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad de la investigación.

**Resultados:** Se observa que la atención en SSR dirigida a adolescentes que pertenecen a programas de Mejor Niñez/SENAME tiende a ser paternalista respecto de la población general. Lo anterior se expresa principalmente en relatos por parte de adolescentes que observan que el inicio de un método anticonceptivo se considera un hito de su desarrollo, dado que se posee una visión de la sexualidad centrada fundamentalmente en el riesgo. El ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, por tanto, no se promueve en este grupo específico, dado que las personas adultas determinan a priori el cuidado anticonceptivo justificado en su trayectoria de vida, por sobre la toma de decisiones informada conforme las necesidades que presentan, “el matrón me preguntó si es que yo encontraba necesario las pastillas o las inyecciones y yo le dije que no, y él me dijo: voy a intentar hablar con tu madrina a ver si la puedo convencer, pero no hubo caso y al final terminaron inyectándome igual” (EA12, 15 años), “igual me lo iban a poner después (el implante), es que aquí igual habían hombres (...) entonces igual había que cuidarse, por cualquier cosa po, aunque no estuvieras en pareja con nadie de ellos... O sea, es que es una protección igual po’, por cualquier cosa (EA5, 15 años).

**Conclusiones:** En el contexto de la atención en SSR, la sexualidad de las mujeres se observa aún desde una perspectiva centrada en el riesgo, dejando de lado aspectos fundamentales para el bienestar y el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, como es la autonomía en la toma de decisiones, el consentimiento, el placer y la afectividad, centrándose fundamentalmente en el inicio de un método anticonceptivo, situación que responde además a una cultura patriarcal y heterocentrada que pone en el centro la maternidad, como también naturaliza el riesgo de violencia sexual. Para el grupo de adolescentes que pertenecen a programas de protección y justicia juvenil, esta perspectiva disminuye su capacidad de agencia e invisibiliza sus posibilidades de incidencia autónoma en sexualidad. Como profesionales de salud disponibles para la atención de adolescentes, es de vital importancia orientar nuestro quehacer hacia la promoción de la autonomía y la co-responsabilidad en el cuidado para potenciar herramientas en esta materia.

Keywords: derechos sexuales, derechos reproductivos, mujeres adolescentes, programas de protección y justicia, paternalismo en salud

Financing: ANID, FONIS.

Acknowledgments: Agradecemos a quienes formaron parte de este estudio: mujeres adolescentes pertenecientes a programas Mejor Niñez/SENAME, profesionales de salud y programas de protección y justicia. Así mismo a equipos de programas e instituciones pertenecientes al intersector que fundamentaron la importancia de su realización y contribuyeron a la comprensión de las brechas que se presentan y a la propuesta de recomendaciones en esta materia.



2023  
**XXIV**

Congreso Chileno de Medicina Familiar "Medicina familiar y Comunidad, una oportunidad para la Universalización"

**PREMIOS EN CATEGORÍA**

**EXPERIENCIA**



## GANADOR PRIMER LUGAR

### Café mundial, experiencia de implementación en diagnóstico participativo con personas mayores

**María Victoria León Ebner<sup>1</sup>**, Catherine del Pilar Labraña González<sup>1</sup>, Alejandra Tamara Espinoza Iturra<sup>2</sup>

(1) Universidad de Concepción, Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Concepción, Chile

(2) CESFAM Pinares Dra. Eloísa Díaz Insunza, Chiguayante, Chile

**Antecedentes:** Dentro del ámbito de trabajo con la comunidad, específicamente en la especialidad de Medicina Familiar de la Universidad de Concepción, se presenta la necesidad de elegir un subsector, que corresponde a un territorio específico del CESFAM, para que sea responsabilidad del residente llevar a cabo labores de atención y apoyo a las familias. Junto con el equipo de salud, se selecciona un territorio donde la problemática predominante es la presencia de población adulta mayor, la cual, a raíz de la pandemia, se ha encontrado en su mayoría aislada en sus hogares, perdiendo el vínculo con el CESFAM. Con el objetivo de llevar a cabo un análisis de las necesidades y problemáticas presentes, se ha opta por realizar un diagnóstico participativo con la población de personas mayores. Sin embargo, en experiencias previas de diagnósticos participativos realizados por el equipo de salud, utilizando la metodología del “árbol de problemas” con la población adulta mayor, se encontró que el proceso resultaba poco efectivo para ellos, llegando a ser engorroso y no generando los resultados esperados. En busca de nuevas prácticas, se encuentra en la bibliografía una metodología llamada “Café Mundial”. Esta metodología se basa en un proceso de conversación humana cálida y significativa. Su objetivo es permitir que un grupo de personas dialogue en torno a preguntas poderosas con el fin de generar ideas innovadoras, llegar a acuerdos y trazar caminos de acción creativos en un entorno acogedor y amigable, similar al de una cafetería. Fue desarrollada por dos consultores mexicanos, Juanita Brown y David Isaacs, y se ha aplicado con éxito en diversas situaciones desde el año 2005. Esta metodología se fundamenta en dos principios clave: la necesidad inherente de las personas de dialogar sobre temas que les son importantes y la creencia de que, a medida que conversamos en conjunto, podemos acceder a una sabiduría colectiva.

**Objetivo General:** Identificar la situación en salud de la población adulta mayor en mi subsector.

**Objetivos Específicos:** Generar espacios de encuentro en la comunidad propiciado por el equipo de salud; Conocer la situación de las prácticas familiares y comunitarias a nivel local; Analizar los problemas de salud detectados, en conjunto con la población; Establecer un plan de abordaje con los resultados del diagnóstico participativo.

**Desarrollo:** El diagnóstico participativo se llevó a cabo en la casa de una de las participantes, lo cual permitió que los asistentes no tuvieran que desplazarse, optimizando el acceso. Las preguntas movilizadoras desarrolladas fueron las siguientes: “¿Qué significa para ustedes la salud?”, “¿Qué elementos contribuyen a mantenernos saludables?”, “¿Cuáles son las preocupaciones que tienen en relación con su salud?”, “¿Qué aspectos pueden afectar negativamente nuestra salud?”, “¿Qué acciones o prácticas comunitarias fomentan el bienestar?” y “¿Qué factores o situaciones les brindan apoyo en momentos difíciles?”. Estas preguntas se discutieron en dos grupos, moderados por dos miembros del equipo de salud. Al finalizar, se dio espacio para recoger las percepciones de los participantes, quienes destacaron la creación de espacios de diálogo entre la comunidad y el equipo de salud. Expresaron sentirse cómodos con la metodología, ya que les permitió recordar y valorar prácticas comunitarias que se habían perdido con el tiempo. Además, se abrieron espacios de reflexión y compartieron emociones, creencias y experiencias. Desde la perspectiva del equipo de salud, se valoró esta instancia como una oportunidad para mejorar los vínculos con las personas mayores y escuchar sus necesidades y creencias.

**Resultados:** Los resultados del proceso de priorización con la comunidad y el equipo revelaron las siguientes problemáticas identificadas: la falta de participación comunitaria y el temor a la pérdida de la autovalencia. Como fortalezas, la comunidad resaltó el papel de la familia como un activo que les ha ayudado a superar momentos difíciles. Estos hallazgos proporcionaron al equipo insumos valiosos para canalizar actividades e intervenciones relacionadas con las problemáticas identificadas. Como aprendizajes derivados de la implementación se destacan: cada grupo formado debe haber un monitor que guíe el proceso; se puede utilizar un objeto significativo para facilitar la conversación y evitar asimetrías en el diálogo; se debe contar con un segundo acompañante para tomar notas de las apreciaciones más significativas y es importante estar atento a cualquier participante que pueda tener dificultades para escribir. Además, se resalta la importancia de fomentar habilidades como la escucha activa y mantener una actitud acogedora por parte de los monitores. Es relevante mencionar que, debido a la positiva retroalimentación tanto del equipo como de la comunidad, se ha decidido utilizar esta metodología en los diagnósticos participativos de los tres sectores del CESFAM Pinares de Chiguayante.



## GANADOR SEGUNDO LUGAR

### Teleconsulta en salud familiar: una apuesta para mejorar la accesibilidad y la oportunidad de la atención en el área rural del Bío Bío.

Diana Caceres V<sup>1</sup>, Jessica Bastidas del Río<sup>2</sup>

(1) Universidad de Concepción, Salud Pública, Medicina, Janequeo SN, Concepción, Chile

(2) Universidad de Concepción, Salud Pública, Medicina, Janequeo SN, Concepción, Chile

La Teleconsulta en Salud Familiar es un encuentro vía remota y sincrónica entre el equipo de Salud del CESFAM Tucapel de la región del Bío Bío, un Médico Especialista en Medicina Familiar y dos representantes del equipo docente del programa de Salud y Medicina Familiar de la Universidad de Concepción, acompañados por el equipo del CRT y su plataforma de reuniones. Esta estrategia de consultoría es parte de un gran proyecto de innovación en Telemedicina que busca mejorar el acceso, oportunidad y cobertura de atenciones de salud para los usuarios de la Región del Bío Bío, fortaleciendo las capacidades regionales instaladas a través de 3 ejes de acción: Clínico-asistencial, educación, innovación del ecosistema de salud a través de la creación de un laboratorio de Telesalud y observatorio Digital.

De esta manera, junto con el CRT Bío Bío se pretende apoyar la integración de la telemedicina a los procesos clínico-asistenciales de los centros de salud de sectores rurales dispersos y así contribuir a la transformación de la prestación de atenciones en salud y Medicina Familiar generando equidad con solidaridad y justicia social; además se contribuye al fortalecimiento de las capacidades resolutivas del equipo de salud reconociendo sus propios recursos y activos, cuidando el cumplimiento de los principios esenciales del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria: Continuidad de los cuidados, Integralidad, Accesibilidad y promoviendo el cuidado centrado en las personas y sus familias.

Proceso: se realizó un rescate de las necesidades asistenciales y se priorizaron las distintas áreas de trabajo en conjunto con las organizaciones comunitarias, líderes y el equipo de salud de Tucapel. El equipo de salud de Tucapel eligió los casos para presentar y trabajar de manera sincrónica y remota en donde se diseñó un plan de cuidado en conjunto de tal manera que el equipo pudiera presentar a la familia y hacer ajustes a las tareas, además, se rescataron necesidades de aprendizaje como la revisión de instrumentos de exploración familiar. En las siguientes sesiones se presentaron los avances del plan de cuidado así como el rescate de los aprendizajes. El seguimiento de cada caso depende de la complejidad y los recursos tanto de la familia como la red de salud.

En esta experiencia en particular, las sesiones de acompañamiento del equipo formador al equipo local fueron cada 15 días, luego al mes y a los 3 meses, para luego incorporar a un referente en Medicina Familiar del Servicio de Salud del BíoBío que en conjunto con el equipo local dará continuidad de los cuidados a las personas y sus familias contribuyendo además a la implementación de esta estrategia.

Los principales resultados son: Primero, la elaboración de un protocolo de acompañamiento a los equipos de salud rural. Segundo, el diseño de una plataforma de registro que permitirá tener un resumen de cada parte de la consultoría que aporta una mirada integral y completa de cada caso. Tercero, los análisis de tres casos con su respectiva elaboración de los planes de cuidado integrales y el seguimiento posterior, replicables a otras situaciones similares. Cuarto, una sesión educativa sobre herramientas para el trabajo con familias. Quinto, integración de distintos actores de la red asistencial y académica.

Keywords: Telemedicina, Salud Familiar, Salud rural, Consultoría, Equidad

Financing: GobRe Fondo de Innovación FIC-R 2021

Acknowledgments: A la Comuna de Tucapel y su equipo de Salud, al equipo del CRT BíoBío y a los Médicos de Familia que han participado en la implementación de esta iniciativa: Dra. Ana María Riba Stempel y Víctor Hormazábal.





## GANADOR TERCER LUGAR

### Curso Integración de Competencias para Residentes de Tercer año de Medicina Familiar PUC: Experiencia de 3 años

Isabel Eugenia Mora Melanchthon<sup>1</sup>

(1) Pontificia Universidad Católica de Chile, Medicina Familiar, Medicina, Vicuña Mackenna 4686, Macul, Santiago, Chile

#### Antecedentes:

En un sistema de educación médica basada en competencias es necesario comprobar que los residentes al egresar hayan adquirido ciertos conocimientos, habilidades y actitudes acordes a la especialidad, lo que en su conjunto se conoce como competencias de la disciplina. Desde el punto de vista docente, existen múltiples estrategias de enseñanza-aprendizaje y de evaluación de dichas competencias; sin embargo, la adquisición de éstas por parte de los residentes puede no ser evidente para ellos. Frente a esta situación, el equipo docente de postgrado consideró incluir un curso de integración para los residentes de tercer año, seis meses antes de finalizar su etapa de formación.

#### Objetivos:

Diseñar, implementar y evaluar un curso de integración de competencias para residentes de tercer año de Medicina Familiar PUC.

#### Desarrollo:

Para el diseño y creación del curso, se realizó tres meses antes una encuesta de levantamiento de necesidades a los residentes de 3er año de ambas menciones (Niños y Adultos) en la cual se les consultaba por: 1) temas que percibían más débiles durante su formación, 2) resultados de aprendizaje que quisieran lograr en un curso de integración, 3) metodología de elección.

Asimismo, se envió una encuesta a los docentes participantes de los cursos transversales teóricos de la residencia que se dictan durante los primeros dos años de formación consultándoles sobre: 1) elementos claves de sus respectivos cursos necesarios de relevar en este curso, 2) temas generales de la medicina familiar percibidos como cruciales de integrar, 3) herramientas más relevantes para enfrentar al mundo laboral como especialistas.

Con toda esta información, se diseñó y desarrolló el curso en su primera versión, con carácter formativo.

El propósito general del curso fue integrar los conocimientos, habilidades, actitudes y experiencias que han adquirido los residentes a lo largo de su formación, y crear un espacio de reflexión y aprendizaje conjunto para empoderarse de su rol como futuros especialistas, incorporando el modelo de atención centrado en la persona como modelo de trabajo fundamental de nuestra especialidad.

Los resultados de aprendizaje específicos esperados fueron:

1. Profundizar en los conceptos de Atención Centrada en la persona y Decisiones Compartidas
2. Identificar sus propias fortalezas y desafíos respecto a lo aprendido durante la residencia
3. Analizar casos clínicos complejos desde una perspectiva integral incorporando los modelos de atención revisados
4. Compartir experiencias y conocimientos entre las asistentes
5. Reflexionar sobre el rol que cumplirán como médicos familiares egresados

La metodología del curso, basada en el modelo de educación de adultos, estuvo a cargo de dos docentes de diferentes menciones (Niños y Adultos). Se utilizaron actividades tipo mesa redonda, compartir experiencias y aprendizajes, entrevista en directo de casos clínicos complejos por medio de pacientes simulados, y trabajos grupales.

La primera versión fue realizada en noviembre 2021 y constó de 4 sesiones de 3 horas con periodicidad semanal, formato sincrónico por zoom, con los residentes de 3er año (N=20 en total).

La versión siguiente del año 2022 se dictó de manera híbrida y en 5 sesiones. El número de residentes de esa segunda versión fue 19.

La tercera versión 2023 del curso está recién comenzando con N=26 residentes, también en formato híbrido de 5 sesiones.

El curso fue evaluado por los residentes en sus dos primeras versiones a través de una encuesta anónima, vía GoogleForms, especialmente diseñada.

#### Resultados y/o conclusiones:

Los resultados del curso Piloto de 2021 superaron las expectativas. Las sesiones con pacientes simulados y el trabajo final en grupo para integrar los contenidos de los cursos teóricos fue lo mejor evaluado, siendo la nota general del curso un 6,8 (escala de 1 a 7). En las apreciaciones subjetivas, destacó el ambiente seguro de aprendizaje, el dinamismo de las sesiones, y la autopercepción mejorada del manejo clínico con las herramientas aprendidas a lo largo de los 3 años. Tuvo un alto y positivo impacto la observación entre pares al atender pacientes/familias en situaciones complejas, y el modelaje que entre ellos mismos ocurrió para anclar conocimientos y habilidades adquiridos en el periodo de formación.

Como propuestas de mejora, sugirieron que las sesiones fueran presenciales y con más tiempo de discusión en la última sesión, lo cual fue incorporado para la 2da y 3ra versiones.

En resumen, este curso ha demostrado ser una excelente herramienta para que los residentes de último año logren reconocer las competencias adquiridas e integrar gran parte de lo aprendido durante su formación en un trabajo colaborativo, guiados por las docentes en un rol de facilitadoras, mejorando su autopercepción y autoeficacia como futuros especialistas

Keywords: Educación médica, Competencias, Residencia, Medicina Familiar

Financing: Sin financiamiento

Acknowledgments: .



2023  
**XXIV**

Congreso Chileno de Medicina Familiar "Medicina familiar y Comunidad, una oportunidad para la Universalización"

**PREMIOS EN CATEGORÍA**

**CASOS CLÍNICOS**



## GANADOR PRIMER LUGAR

### Valoración espiritual en una persona mayor con demencia en la comuna de Olmué en relación a un caso clínico

Justine Thauby De la Torre<sup>1</sup>, Nicole Hund Martínez<sup>1</sup>, Debora Ortiz Gallardo<sup>1</sup>, Héctor Riquelme Reinoso<sup>1</sup>

(1) Universidad de Valparaíso, Programa Especialidad Medicina Familiar General, Viña del Mar, Chile

**ANTECEDENTES** Las Orientaciones para implementar el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (Chile, 2013) considera la evaluación de la espiritualidad en la Atención Primaria de Salud (APS), apoyada por la Estrategia de Cuidado Integral Centrada en las Personas (ECICEP), ya implementada en Olmué, definiéndose a nivel local la evaluación de la Espiritualidad en la elaboración del Plan de Cuidados Consensuado y el ingreso a la estrategia a toda persona con Demencia. Sumado a lo anterior, en nuestra formación en Medicina Familiar, la valoración espiritual ha sido un eje central en la atención integral centrada en la persona.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO** La mujer evaluada, fue una persona mayor (PM) de 76 años, dueña de casa, con educación básica incompleta y casada hace 3 años con una nueva pareja. Presentaba multimorbilidad por Enfermedad de Alzheimer en fase inicial, HTA, Gonartrosis, antecedente de Violencia Intrafamiliar por ex esposo, entre otras. Vivía con su pareja y tenía 5 hijos que la apoyaban. Participaba activamente en la comunidad, y tenía vivienda propia con servicios básicos.

Refiere en un control ECICEP angustia por episodios de desorientación nocturna en los 2 meses previos, lo cual no ocurría desde el diagnóstico de demencia. Para abordar la sintomatología integralmente, se valora espiritualmente usando el modelo PERSONAS para identificar conflictos y/o necesidades espirituales que pudieran estar intensificando/perpetuando la sintomatología y reconocer recursos espirituales para fortalecer y apoyar la terapia. De ello, destaca el catolicismo, uso de símbolos religiosos (collar y altar), gratitud hacia Dios, encontrando fortaleza en su familia, paz y conexión al asistir a Santuario, y esperanza en “todo pasa por algo y que de eso se encarga Dios”. Refiere que su familia ha sido fundamental para aceptar su enfermedad (Alzheimer) y Dios ha sido su salvador en momentos de angustia. Del Sistema de Valores (espiral de Beck) se identifica el vMeme Azul, pues controla sus impulsos y emociones a través de la culpa y cree que el orden es impuesto por Dios, presentando como sombra la rigidez y pensar que el mal está afuera, por lo que no debería sentir angustia/tristeza por su enfermedad, porque son sentimientos negativos y de falta de gratitud. Su desarrollo espiritual está en la 4º etapa de Fowler, sobreidentificando la realidad con su cosmovisión, pero se debe considerar la mayor rigidez 2º a la Demencia. Presenta como necesidad liberarse de la culpa y perdonarse por la sensación de falta de gratitud por la angustia que le genera la desorientación. Se destaca como recursos espirituales la perseverancia, bondad, religiosidad, fortaleza interior y amor al prójimo, y desde estos recursos se aborda la validación de emociones y creencias, agradeciendo el momento brindado.

**REVISIÓN DE LITERATURA** El significado personal de espiritualidad no desaparece con la demencia y puede incluso volverse más importante, pues se puede experimentar dolor emocional y ansiedad debido a la pérdida de memoria por distanciamiento social de sus familiares/amigos, entre otros.

La espiritualidad puede ayudar a las PM con Demencia a reducir el estrés y ansiedad y aumentar la experiencia del significado de la vida y esperanza. Las PM con Demencia avanzada pueden depender de otros para satisfacer sus necesidades espirituales, por lo que es necesario recopilar información en las fases iniciales de la Demencia, para lograr mantener el significado y propósito de vida y entregar los cuidados espirituales necesarios. Se describe la importancia de la atención continua, el vínculo profesional-usuario/a, la comprensión, escucha, confidencialidad, formación en cuidados espirituales y tiempo para brindar apoyo espiritual.

Los niveles más altos de espiritualidad, prácticas religiosas privadas y mayor religiosidad se asociaron con un deterioro cognitivo más lento, en cuanto a la asistencia religiosa organizada, los resultados variaron. Las PM con Demencia leve no cambiarían sus prácticas espirituales, pero aumentarían las prácticas privadas, por ser más accesibles. Y, la religiosidad/espiritualidad (R/E), las prácticas religiosas, el significado y la paz se asociaron con menos síntomas depresivos.

**CONCLUSIÓN** La escasez de escalas para medir R/E que han sido validadas en PM con demencia, nos desafía a estudiar de manera más rigurosa y considerar a las PM como informantes claves en las investigaciones, ya que la R/E sería un apoyo para un mayor bienestar y determinante en la salud de las PM. Este trabajo nos abre nuevos temas de interés, por ejemplo, las estrategias para implementar la valoración espiritual en las atenciones de salud en APS o la creación de herramientas para la evaluación de la espiritualidad de PM con Demencia. Esperamos que este trabajo sea un aporte para el fortalecimiento en la atención de salud sobre la dimensión espiritual de las PM con Demencia y disminuir el dolor emocional y ansiedad que pudiesen aparecer.

Keywords: Persona Mayor, Valoración Espiritual, Cuidados Espirituales, Demencia, Caso Clínico

Financing: Sin financiamiento de la industria.

Acknowledgments: Agradecimientos a todas las personas mayores con demencia que confían en nosotros/as.



2023  
**XXIV**

Congreso Chileno de Medicina Familiar "Medicina familiar y Comunidad, una oportunidad para la Universalización"

**Área: Investigación**



## **Análisis acerca de cáncer colorrectal: Inequidades socioeconómicas y muerte prematura en Santiago de Chile**

Camilo Guerrero-Nancuante<sup>1,2</sup>, Pamela Eguiguren<sup>1</sup>, **Camilo Bass del Campo**<sup>1</sup>, María Luisa Garmendia<sup>3</sup>

(1) Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Medicina, Avenida Independencia 939, Santiago, Chile

(2) Universidad de Valparaíso, Escuela de Enfermería, Medicina, Angamos 655, Viña del Mar, Chile

(3) Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Líbano 5524, Macul, Santiago

### Introducción

En Chile, el cáncer colorrectal (CCR) se posiciona como la cuarta causa de muerte por cáncer. Pocos estudios han evaluado el papel de las variables socioeconómicas contextuales e individuales asociadas a la muerte prematura por CCR (< 70 años). El presente estudio tiene como objetivo analizar la asociación entre factores socioeconómicos (a nivel individual y contextual) y muerte prematura por CCR en Santiago de Chile.

### Metodología

Se realizó un estudio observacional utilizando la base de datos de defunciones del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). La muestra incluyó a todas las personas mayores de 30 años, fallecidas con diagnóstico de CCR durante el periodo 2014 a 2018, pertenecientes a la Región Metropolitana de Santiago. La variable dependiente correspondió a muerte prematura por CCR. La muerte prematura fue definida como la condición de deceso a causa de CCR en menores de 70 años (CCRP). El punto de corte de 70 años se basó en las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud. Los predictores a nivel individual fueron: sexo, estado civil, nivel educativo y lugar del fallecimiento. Las variables contextuales incluyeron la ruralidad y el Índice de Prioridad Social (IPS) de la comuna donde vivía la persona fallecida. El IPS es un indicador compuesto de desarrollo comunal construido por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia en base a tres dimensiones: ingresos, educación y salud. Con ello, el IPS clasifica a las comunas en las siguientes categorías: sin prioridad, prioridad baja, media-baja, media-alta y alta; siendo mayor la prioridad, mayor la vulnerabilidad socioeconómica de la comuna. La asociación se evaluó a través de modelos de regresión logística multinivel. Se evaluaron los siguientes modelos: 1) Modelo Nulo (M0) solo con la variable dependiente; 2) Modelo 1 (M1) = M0 con las variables individuales; 3) Modelo 2 (M2) = M0 con las variables contextuales; y 4) Modelo 3 (M3) = M0 con variables individuales y contextuales. Se estimaron los Odds Ratio (OR) y sus intervalos de confianza (IC) para cada modelo con un nivel de significancia del 95%.

### Resultados

Un total de 4762 individuos fueron incluidos en la muestra del estudio. De ellos, 1869 (39,2%) presentaron CCRP (<70 años). Del total de la muestra, el 51,9% correspondió a mujeres, el 41,5% tuvo nivel educativo secundario, el 66,1% presentó estado civil de casado y el 8,3% del total de fallecidos habitó en una comuna con alta prioridad social. A nivel individual, el sexo masculino (OR 1,35; IC 95% 1,19-1,52), el estado civil soltero (OR 1,45; IC 95% 1,24-1,69), la educación primaria o inferior (OR 0,54; IC 95% 0,47-0,61) y morir en hospital o clínica (OR 1,24; IC 95% 1,09-1,42) se asociaron con muerte prematura de CCR. A nivel contextual, las comunas con un IPS más alto tenían tres veces más riesgo que aquellas con un IPS más bajo (OR 3,19; IC 95% 2,18-4,66).

### Conclusiones

Este estudio mostró que las variables socioeconómicas individuales y contextuales están relacionadas con la muerte prematura por CCR. Residir en comunas con mayor vulnerabilidad socioeconómica se asoció con mayor probabilidad de muerte prematura por CCR. Para reducir esta brecha, es urgente diseñar e implementar políticas estructurales para reducir las inequidades sociales y mejorar el acceso a la salud.

**Keywords:** Inequidades socioeconómicas; muerte prematura; cáncer colorrectal.

**Financing:** EquityCancer-LA, Horizon 2020 UE, Nro:965226.

## Hospitalizaciones evitables en adultos mayores egresados del Hospital El Pino, comuna El Bosque entre 2018 y 2022

Celia Jazmin Simball Valencia<sup>1</sup>, Liliana Sanchez Palomino<sup>1</sup>, Pedro Yañez Alvarado<sup>1</sup>

(1) Universidad de Santiago de Chile, Posgrado de Medicina, Medicina, Av. Víctor Jara 3659, Santiago, Estación Central, Región Metropolitana, Santiago, Chile

Las hospitalizaciones evitables hacen referencia a los ingresos hospitalarios de condiciones que son susceptibles al manejo ambulatorio, es decir estas hospitalizaciones se podrían evitar si se realizan acciones adecuadas y oportunas, anteponiéndose a la descompensación de la patología.

La evidencia indica que para que sean exitosas las intervenciones realizadas en la atención primaria en salud es fundamental tener un enfoque de riesgo ya que hay grupos poblacionales que requieren mayor vigilancia.

Al especificar cuáles son las patologías que generan hospitalizaciones evitables se evidencia la necesidad de fortalecer la capacidad resolutoria de la atención primaria implementando un adecuado y oportuno manejo de ellas, logrando disminuir el número de hospitalizaciones y generando un impacto positivo, al mejorar la salud de las personas, su calidad de vida, la disponibilidad de camas hospitalarias con la consecuente disminución de costos económicos y sociales. Esta estrategia permite además establecer una mirada de red donde confluye la atención primaria en salud y el hospital invitando al trabajo integrativo de los distintos niveles de atención.

**Objetivo General.** Determinar la frecuencia de hospitalizaciones evitables en personas mayores de 65 años procedentes de la comuna El Bosque que egresaron del Hospital El Pino entre los años 2018-2022.

**Objetivos específicos.** Identificar las hospitalizaciones evitables de la comuna El Bosque realizando un análisis comparativo según grupo de patologías y sexo, estimándose además la mortalidad de estos pacientes en el periodo estudiado.

**Material y métodos.** Estudio de corte transversal, en que la información se obtuvo de una base de datos anonimizada que proporcionó la oficina de gestión del Hospital El Pino en la que se seleccionaron egresos de adultos mayores de 65 años de la comuna El Bosque entre 2018 y 2022. Las patologías consideradas como prioritarias para la selección de los usuarios/as en este estudio fueron las siguientes (según la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE10): Enfermedades cerebro vasculares (correspondientes a los códigos I60 - I69), Enfermedades de vías respiratorias inferiores (J40-J47), Diabetes y pie diabético (E08.0 -E14), Hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca (I10-I15) y Enfermedades del sistema urinario (N10-N39). Además, se registró sexo, año de egreso y si los pacientes fallecieron por estas causas. El análisis informa la frecuencia de egresos por grupo de enfermedades, por año, sexo y la mortalidad por estas patologías.

**Resultados.** En el período estudiado egresaron 66.520 pacientes del Hospital El Pino, de los cuales 27.044 pertenecían a la comuna El Bosque. De éstos, 1.320 tuvieron como diagnóstico de egreso una de las patologías evitables investigadas, lo que corresponde a 22,8%.

La frecuencia por grupo de enfermedad fue: Enfermedades cerebro vasculares: 24.2% (95% Intervalo de confianza (IC): 19.5-28.9), Enfermedades de vías respiratorias inferiores: 17.2% (IC:12.3-22.1), Diabetes y pie diabético: 20.4% (IC:15.6-25.2), Enfermedades del sistema urinario: 35.5% (IC:31.2-39.8), e Hipertensión arterial e Insuficiencia cardíaca: 2.7% (IC:2.5-7.9). La mortalidad por estas mismas causas fue 19%, 13, 6, 9 y 3% respectivamente.

Las patologías evitables estudiadas fueron más frecuentes el año 2019 y menos frecuentes el año 2021

Las patologías evitables más frecuentes fueron las Enfermedades del sistema urinario y las menos frecuentes, Hipertensión arterial e Insuficiencia cardíaca

Estas patologías fueron más prevalentes en hombres, con un 53.93% en comparación a las mujeres con un 46.06% del total

**Conclusiones:** Entre los años 2018 al 2022 las hospitalizaciones más frecuentes por patologías evitables en adultos mayores fueron ocasionadas por enfermedades del sistema urinario, seguidas por las de vías respiratorias inferiores, mientras que la patología con mayor mortalidad fue la Enfermedad cerebrovascular.

Fortalecer el manejo oportuno y adecuado desde la atención primaria debería generar un impacto positivo en la salud de las personas y disminución en los gastos socio económicos asociados a este grupo de patologías.

Keywords: hospitalizaciones evitables, adultos mayores, atención primaria

Financing: no

Acknowledgments: Dra. Celia Simball, Dra. Liliana Sanchez, Dr. Pedro Yañez

## “Superando barreras y encontrando soluciones: acceso a servicios de salud sexual en la APS de adolescentes pertenecientes a Mejor Niñez-Sename”

Ingrid Leal<sup>1</sup>, Daniela González Aristegui<sup>1</sup>, Carolina Carstens Riveros<sup>2</sup>, Temistocles Molina Gonzalez<sup>1</sup>

(1) Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, Facultad de medicina, universidad de Chile.

(2) Dirección de Igualdad de Género, Facultad de medicina, universidad de Chile. Independencia 1027, Independencia, Santiago Chile.

**Introducción:** El acceso limitado a servicios de salud sexual y reproductiva afecta a las adolescentes, especialmente a aquellas en sistemas de protección y justicia en Chile. La falta de acceso a estos servicios puede llevar a consecuencias negativas en la vida de las adolescentes, incluyendo embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y violencia sexual. A pesar de los esfuerzos para mejorar la conexión entre los sistemas de salud y de protección, las estrategias actuales no abordan específicamente el acceso a SSSR.

**Objetivos:** identificar y analizar los factores que afectan el acceso a servicios de salud sexual y reproductivos de la APS en adolescentes pertenecientes a Mejor Niñez-SENAME.

**Materiales y métodos:** Estudio cualitativo y exploratorio, utilizó muestreo intencional para incluir a adolescentes mujeres de programas de protección, profesionales de APS y profesionales de programas de protección. Se utilizaron entrevistas semi-estructuradas para recopilar datos y se aplicaron técnicas de análisis inductivo y deductivo para construir un sistema de categorización y codificación. Se llevó a cabo una validación inter-codificadores para garantizar la fiabilidad del análisis. Los resultados fueron presentados y validados por los participantes y por expertos. Se siguieron procedimientos para garantizar la credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad de la investigación.

**Resultados:** Participaron 16 adolescentes de 15,4 años de edad en promedio, todas escolarizadas. Cuatro de ellas residían en hogares de menores y las demás pertenecían a programas de protección o justicia ambulatorios. Dos se identificaban como personas trans y una era de nacionalidad peruana.

Participaron 13 profesionales de APS, matronas, psicólogos y trabajadores sociales, y 11 profesionales de programas de protección y justicia.

Desde las adolescentes se identificaron obstáculos para acceder a SSSR. En particular, los horarios y tiempos de espera, incompatibles con el horario escolar, lo que puede desalentar a las jóvenes a buscar ayuda. Otro obstáculo fue la exigencia de asistir acompañadas de un adulto, lo que puede ser difícil para aquellas que no tienen a alguien disponible. Algunas jóvenes no conocen el protocolo para acceder a estos servicios y pueden sentirse inseguras o incómodas.

Los profesionales de salud identificaron barreras para el acceso a SSSR para adolescentes, incluyendo la implementación incompleta y la inestabilidad en el tiempo de políticas y programas de salud sexual para adolescentes, la rotación constante de profesionales y la falta de coordinación entre los servicios. También se mencionó la falta de recursos y los prejuicios hacia los programas de protección y justicia.

Por otro lado, los profesionales de los programas de protección identificaron barreras como la entrega de horas en horarios que los adolescentes no pueden asistir por sus obligaciones escolares, la mirada estereotipada de los equipos de salud hacia los adolescentes pertenecientes a programas de protección -justicia y la falta de sensibilización respecto a temas de vulneración de derechos como la explotación sexual en esta población.

Se identificaron varios facilitadores para mejorar el acceso a la atención de salud para adolescentes. Entre ellos se encuentran la existencia y conocimiento de normativas que protegen la confidencialidad de la atención, la priorización de la atención de adolescentes pertenecientes a programas de protección y la presencia de un profesional encargado de la articulación del trabajo intersectorial. También se destacaron iniciativas y programas dirigidos a la población general adolescente, así como la importancia de la coordinación intersectorial y el establecimiento de flujos de información y colaboración mediante protocolos locales y reuniones de coordinación. Finalmente, se concluyó que la flexibilidad en la atención y las capacitaciones en perspectiva de derechos y género son elementos clave para mejorar el acceso a la atención de salud para adolescentes.

**Conclusiones:** Las adolescentes tienen dificultades para acceder a SSSR debido a obstáculos como horarios incompatibles y la necesidad de ir acompañadas. Los profesionales de salud y programas de protección identificaron barreras como implementación incompleta y falta de coordinación. A pesar de esto, existen normativas que permiten la atención confidencial y sin acompañamiento, la priorización de adolescentes en programas de protección, y la flexibilidad en la atención.

**Keywords:** Atención primaria, servicios de salud sexual y reproductiva, adolescentes, colaboración intersectorial

**Financing:** ANID-FONIS

**Acknowledgments:** A los y las participantes

## Revisión bibliográfica: Manejo conservador en enfermedad renal crónica terminal

Sebastián León Alarcón<sup>1</sup>

(1) CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA, ., ., EMILIO BELLO 918, LA SERENA, CHILE

La enfermedad renal crónica, en sus diversos estadios ha exigido a los distintos niveles de atención de salud tomar medidas en su abordaje, existen estudios a nivel mundial que estiman la prevalencia en 15.1%, en la población chilena, la evidencia es aún limitada, en torno aproximadamente al 10%, que cumplen con los criterios diagnósticos de la enfermedad (Una velocidad de filtración glomerular menor a 60 o evidencias de daño estructural), en esta patología, cobran principal relevancia los pacientes con enfermedad renal crónica en estadio final (desde la etapa IV o con VFG menor a 30), ya que en los últimos 25 años ha aumentado en 30 veces la población con terapia de sustitución renal, en el año 2017 en Chile, aproximadamente 21.134 pacientes se encontraban en algún tipo de terapia de reemplazo renal, implicando un costo del 23% del presupuesto del fondo nacional de salud, siendo el 0,2% del número de pacientes. Pese a este alto costo económico un grupo importante refiere una mala calidad de vida. En ese contexto, un grupo relevante de pacientes cumplen características de alto grado de dependencia funcional y comorbilidad, pronóstico vital ominoso, entre otros. Se ha evidenciado que en pacientes mayores de 85 años que ingresan a terapias de reemplazo renal no evolucionan de forma adecuada, ya que cuentan con altos índices de morbimortalidad, si a la edad se suman los anteriores factores, la supervivencia se reduce, los síntomas persisten y el costo beneficio es controversial. Es en este contexto que se propone, como abordaje inicial de esta problemática, identificar estudios dirigidos a la enfermedad renal con manejo conservador para:

1. Evaluar si es una problemática identificada en otros contextos de salud y sistemas sanitarios.
2. Identificar elementos que permitan seleccionar pacientes que puedan beneficiarse de este manejo
3. Qué problemáticas tienen los pacientes: ¿las mismas que en TRR? ¿Se dan de forma concomitante o siguen una progresión? ¿Existe información sobre la vivencia subjetiva de vivir con una enfermedad terminal como es la ERC etapa V?

Se realiza un estudio observacional cuantitativo, a través de una revisión bibliográfica, búsqueda en plataformas scielo, google scholar, pubmed, con máximo de antigüedad de 5 años, además en guías de práctica clínica, donde se buscó “enfermedad renal crónica avanzada” “cuidados paliativos no oncológicos” “Epidemiología enfermedad renal crónica” “ enfermedad renal terminal” “manejo conservador ERC” usando operadores “AND” “OR”, con el fin de respaldar la información que fue obtenida en el estudio. y literatura en español e inglés, con énfasis en literatura que sea válida para nuestra población estudio. Los criterios de exclusión fueron : 2018 o de mayor antigüedad en su fecha de publicación, que no estuviera en inglés o español y que no fueran revisiones sistemáticas o bibliográficas Se excluyeron además comorbilidades con patologías oncológicas. En este estudio fueron incluidos tanto guías clínicas como revisiones sistemáticas que incorporaron a mayores de 65 años, que es el grupo crítico de este trabajo y sobre el cuál se podrían estar tomando decisiones clínicas inadecuadas con escaso respaldo de la evidencia disponible.

Tanto guías como estudios incluidos en esta revisión bibliográfica tienen un punto común significativo: existen falencias en el diagnóstico de usuarios que se favorecen del manejo conservador, persistiendo subdiagnosticado, incurriendo en terapias de reemplazo renal por mayor tiempo, sin beneficio en su calidad de vida ni morbimortalidad. Esto conlleva a paciente polisintomáticos, insatisfechos con su atención y con un inadecuado manejo de sus patologías, que repercuten en el desarrollo de la enfermedad. Se percibe baja evidencia de tipo cualitativa, se incluye uno de los estudios , donde se agrupan los tópicos más frecuentes en relación a la enfermedad, es potencialmente útil al abordar sintomatología del ánimo y ante la escasa evidencia disponible según esta metodología faltan estudios para apoyar un enfoque sistemático como el propuesto en la revisión señalada. La evidencia encontrada es consistente, evidenciando como un problema en distintos sistemas sanitarios, incluso de países desarrollados, que han debido desarrollar mecanismos para la identificación de pacientes y su manejo. El manejo renal conservador es una alternativa válida, acorde a la bioética y enmarcada en los derechos de los pacientes, con foco en la calidad de vida y el manejo sintomático, altamente prevalente en distintas manifestaciones, como el dolor, la disnea, el insomnio, etc. que en su gran mayoría se dan en conjunto, es por esto que un seguimiento adecuado permite entregar un tratamiento acorde al estado del usuario, donde el rol de familias de medicamentos como los opioides juegan un rol fundamental.

Keywords: cuidados paliativos no oncológicos, enfermedad renal crónica avanzada, manejo conservador enfermedad renal crónica

Financing: sin financiamiento externo

Acknowledgments: A los pacientes y sus familias que abren las puertas de sus casas, cuentan sus historias y que, con altos y bajos, trabajamos para una mejor calidad de vida de los/as usuarios/as, agradezco sus preguntas, que me han hecho pensar más en profundidad e incentivan mi curiosidad



## Descripción de intervenciones a familias de riesgo medio en Cefam Barón de Valparaíso.

David Guerra Rosales<sup>1</sup>, Carolina Sepúlveda Villegas<sup>1</sup>

(1) Universidad de Valparaíso, Medicina Familiar, Medicina, Angamos 655, Viña del Mar, Chile

**Introducción:** En la revisión de las intervenciones a familia de riesgo medio, emerge la brecha entre planes diseñados y atenciones realizadas. La auditoría clínica confronta la realización de un procedimiento con el marco referencial técnico preestablecido.

Las familias de riesgo medio son aquellas con equilibrio entre factores protectores y de riesgo. La calificación de estos factores se ajusta a la realidad local, acorde al modelo de atención integral de salud (MAIS) y herramientas validadas como Salufam. Las familias de riesgo medio son las de mayor complejidad para ser atendidas en atención primaria de salud (APS). Los planes de intervención realizados a las familias son producto de la decisión del equipo de cabecera, formado por distintos profesionales de un determinado territorio asignado al Cefam. El plan de intervención comienza en el diseño, y finaliza en la ejecución de las prestaciones.

En el presente trabajo se desarrolla la descripción de auditoría clínica, realizada a fichas de familias de riesgo medio del sector 1 del Cefam Barón de Valparaíso. Aspirando favorecer la optimización de recursos en atención clínica.

**Objetivo General:** Evaluar cumplimiento de intervenciones a familias calificadas con riesgo medio del sector 1 de Cefam Barón.

### Objetivos Específicos:

- 1- Verificar realización de plan de intervención a familias catalogadas con riesgo medio.
- 2- Evaluar cumplimiento del plan para familias en riesgo medio.
- 3- Evaluar cumplimiento del plan según programas y/o estrategias.
- 4- Replicar resultados al centro de salud, aspirando a atención integral.

**Materiales y Métodos:** Se realiza auditoría anonimizada. Revisando el tarjetón familiar del sector 1 de Cefam Barón que abarca a 486 familias con riesgo medio; registrado en planilla de Excel que comprende desde 02/01/2023 hasta 09/06/2023. Mediante aleatorización en Excel se seleccionan a 49 familias, abarcando el 10% del total de familias con riesgo medio.

Para evaluar las 49 fichas se construyó un instrumento administrativo con dos variables. La primera es la realización del plan de intervención, y la segunda su cumplimiento (total, parcial o ausente). La validación del instrumento se aplica a las fichas, puntuando cada variable. Para los planes de intervención realizados se obtiene 1 punto y en los no realizados 0 puntos. Si el cumplimiento del plan es total se logran 2 puntos, parcial 1 punto y si no se cumple ninguna intervención 0 puntos. Calificando la validación como no logrado (0,0-33,2 %), logrado regular (33,3-66,6 %) y logrado (66,7-100,0%). También se describen las actividades del plan según programa de salud.

**Resultados:** Tuvieron plan de intervención 46 familias (93,9 % del total), y 3 (6,1%) no tuvieron plan obteniendo 0/3 puntos (0,0 % no logrado). 19 (38,8%) familias cumplieron en totalidad el plan, logrando 3/3 puntos (100,0% logrado). 24 (49,0%) familias tuvieron cumplimiento parcial, obteniendo 2/3 puntos (66,7 % logrado). 3 (6,1 %) familias no cumplieron plan, resultando en 1/3 puntos (33,3 % logrado regular). 43 (87,8%) familias califican logrado.

En las 19 familias con cumplimiento total, las intervenciones por programa más frecuentes fueron: control crónicos 10 (52,6%) y ciclo vital infantil 10 (52,6%). Mientras en las 24 familias con cumplimiento parcial, las más indicadas fueron control crónicos 15 (62,5%) y preventivo mujer 10 (41,7%). Y finalmente en las 3 familias sin cumplimiento, las más frecuentes fueron en ciclo vital infantil 2 (66,7%) y control crónicos 2 (66,7%).

En las 24 familias con cumplimiento parcial, las intervenciones más ejecutadas fueron en los programas de ciclo vital infantil con 7/8 (87,5%) atenciones realizadas y salud mental con 6/7 (85,7%). Las menos ejecutadas fueron las preventivas masculinas con 1/7 (14,3%) y ciclo vital adolescente con 2/6 (33,3%).

**Conclusiones:** La realización del plan de intervención alcanzó un 93,9%. La validación en los planes de intervención logra 87,8% logrado y 6,1% parcialmente logrado. Se observan diferencias en la ejecución de planes según programas. Los resultados más favorables se obtienen en ciclo vital infantil y salud mental. Los menos realizados son preventivo masculino y ciclo vital adolescente.

En discusión con equipo gestor del centro, se plantean diferencias en integración comunicacional y gestión clínica entre programas y/o estrategias. Proyectando aplicar coordinaciones comunicacionales de programas con mayor cumplimiento en los menos favorecidos. Se visibiliza la necesidad de horas para gestión en revisión de fichas. También surge idea de replicar estrategias integrales, facilitando coordinación entre programas y estamentos. Finalmente, se plantea explorar el registro de los tarjetones y auditar el otro territorio del Cefam: el sector 2; considerando las singularidades sectoriales.

Keywords: familia riesgo medio, plan de intervención, auditoría

Financing: Sin financiamiento de industria.

Acknowledgments: Agradecimiento a programa de especialización en Medicina Familiar Universidad de Valparaíso, y Cefam Barón de Valparaíso.

## Percepciones y prácticas del equipo de atención primaria de salud, sobre el enfoque de género aplicado en salud: una revisión sistematizada de literatura

Justine Thauby De la Torre<sup>1</sup>, Nicole Mazzucchelli Olmedo<sup>2</sup>

(1) Universidad de Valparaíso, Programa Especialidad Medicina Familiar General, Viña del Mar, Chile

(2) Universidad Viña del Mar, Viña del Mar, Chile

**INTRODUCCIÓN** Las Orientaciones chilenas para implementar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, establece que se debe considerar el enfoque de género (EG) en su implementación, el cual permite analizar y repensar para reconstruir con criterios de equidad el concepto y estructura familiar en cuanto al rol de hombres y mujeres en su interior. Además, se identifican dificultades para la transversalización del EG en salud: registros, indicadores de resultado e impacto no diferenciados por sexo, normas y orientaciones de programas y acciones sin mirada de género y prácticas laborales sin EG y con discriminación en la atención de salud, relevando la necesidad del EG en su implementación.

Pese a lo anterior, en la última década, en Chile, de acuerdo a los datos de ENVIF, la Prevalencia Vida de violencia intrafamiliar a mujeres ha aumentado progresivamente desde 2012, de 32,6% a 44 % en el 2022. Por otro lado, la población envejece y la mayoría son mujeres, quienes presentan menos recursos económicos que hombres (brecha remuneración imponible 19,6% al 2022, según la Superintendencia de Pensiones) y pensiones más precarizadas. A lo anterior, se suma una mayor carga global de trabajo diario y pérdida de años de vida saludable por discapacidad (en adultas jóvenes la principal causa es depresión).

A nivel sanitario persiste la violencia de género (VG) en la atención de salud, con programas de la mujer patologizantes y enfocados en la reproducción, probabilidad de obtener un diagnóstico acertado menor en mujeres (efecto Yentl), falta de protocolos para implementar el EG en salud, y leyes relacionadas, como la Ley 21.030, con dificultades para su correcta ejecución (5.294 objetores de conciencia en sector público).

Por lo anterior, se condujo una búsqueda sistematizada de literatura guiada por la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las percepciones y prácticas de los equipos de atención primaria de salud (APS) respecto al EG aplicado en salud?

**OBJETIVOS** El objetivo general fue analizar la producción de la literatura sobre percepciones y prácticas del equipo APS en la atención clínica respecto al EG aplicado en salud entre los años 1984 al 2022. Los objetivos específicos fueron: **OE1** Mapear las percepciones que tiene el equipo APS respecto al EG aplicado en salud. **OE2** Describir las prácticas con EG que el equipo APS utiliza en la atención clínica de personas.

**MATERIALES Y MÉTODOS** Para la búsqueda sistematizada de literatura se utilizó la estrategia SPICE (Booth, 2004), que define 5 ámbitos de interés que orientaron la búsqueda, los cuales fueron: APS, percepciones y prácticas sobre el EG aplicado en salud y la integración del EG en APS, la comparación -sugerida en la estrategia- no se consideró necesaria. La búsqueda se realizó en las bases de datos Pubmed y Lilacs, dada su amplia difusión y porque cuentan con artículos indexados de diferentes contextos en sus repositorios. La revisión se realizó en noviembre del 2022 y se consideraron sólo artículos disponibles para ser revisados de forma completa (open access).

**RESULTADOS** De la búsqueda sistematizada de literatura sin filtro se encontraron 261 artículos, luego se filtró por la presencia de los términos en el título y/o resumen del artículo, se eliminaron los duplicados y los que no estaban disponibles para su lectura completa, disminuyendo a 11 artículos, la mayoría con diseño cualitativo. Brasil, el portugués y el año 2018 predominaron. Se realizó un análisis en 3 ejes temáticos, el primero fue la evaluación de las percepciones de la VG: fenómeno universal con fuerte arraigo cultural, construcción social, “destino de género”, prejuicios de clase relacionados al género y responsabilidad de las mujeres de romper el ciclo de VG. El segundo eje fue la evaluación de las prácticas y potencialidades en la identificación y afrontamiento de la VG: construcción de estrategias de cuidado en equipo, vínculo profesional-usuaria, escucha calificada, ambiente receptivo, observación de comportamientos, identificación de lesiones, consultas prenatales, visitas domiciliarias, conocimiento sobre VG. El tercer eje fue la evaluación de las limitaciones en la identificación y afrontamiento de la VG: escasa capacitación, temor a involucrarse en asuntos legales, carácter privado de la VG, culpabilización a mujeres por exponerse a la VG, escasez de servicios especializados y falta de protocolos. Se observó escasez de artículos sobre EG aplicado en APS y no se encontraron artículos chilenos.

**CONCLUSIONES** Esta revisión concluye la importancia de generar conocimiento y comprender la temática para disminuir la inequidad de género desde la realidad local, visibilizando la replicación de la VG en APS. Se reconoce como limitante la falta de disponibilidad de artículos para su lectura completa. De este trabajo se abren nuevas áreas de interés como el conocimiento sobre el EG, la integración de éste, y las prácticas utilizadas para brindar atenciones con EG en APS.

Keywords: Enfoque de Género, Percepciones, Prácticas, Atención de Salud, Atención Primaria de Salud

Financing: Sin financiamiento de la industria.

Acknowledgments: Agradecimientos a las y los autores de artículos revisados por su compromiso con la generación de conocimiento con perspectiva de género.

## Evaluación de conocimientos y competencias en Medicina Basada en Evidencia en internado de Medicina Familiar

Daniel Riveros Galaz<sup>1</sup>, Alex Ortiz C.<sup>1</sup>, Carla de los Ángeles Clavelle R.<sup>1,2</sup>, Nicolás Ayala A.<sup>3</sup>

(1) Universidad Católica del Maule, Ciencias Clínicas, Medicina, San Miguel 3606, Talca, Chile

(2) Hospital Regional de Talca, Unidad de Pacientes Críticos, 1 norte 1990, Talca, Chile

(3) Universidad de Barcelona, de Genética, Microbiología y Estadísticas, Biología, Barcelona, Barcelona, España

**Introducción:** La Medicina Basada en Evidencia (MBE) es una disciplina que siendo utilizada de manera juiciosa y considerando las preferencias de los pacientes, traduce beneficios en los contextos clínicos y en gestión de salud. Provee herramientas para un correcto análisis de la literatura científica, lo que permitiría mejorar la toma de decisiones por parte de los equipos clínicos. Es una competencia que se viene entrenando en la Facultad de Medicina de la UCM. Sin embargo, no se cuenta con mediciones formales del impacto de estos cursos en el desarrollo de competencias en MBE. **Objetivo:** este estudio pretende realizar un análisis breve de conocimientos y habilidades en MBE de estudiantes de medicina familiar.

**Material y método:** Este estudio corresponde a una investigación observacional, de carácter transversal y descriptivo. Aplicamos un instrumento - ACE Tool - como una aproximación descriptiva del nivel de manejo en MBE en internos de Medicina, quienes han tenido entrenamiento formal previamente. Este instrumento evalúa las diferentes etapas de la MBE. La población estudiada está constituida por 27 participantes y fue establecida por conveniencia, quienes habrían presentado un curso formal de MBE durante el décimo semestre de su formación profesional (hace 18 meses aproximadamente) de 8 semanas de duración. Cabe destacar que este instrumento no se encuentra validado en Chile. Consta de 15 ítems (preguntas) de respuesta dicotómica (Sí o No), agrupada en 4 categorías que representan las etapas de la MBE (ver Esquema 1.): a) confección de una pregunta estructurada; b) realizando una búsqueda de literatura; c) Analizando la evidencia y, d) Aplicando la evidencia. Los ítems 1 a 11 evalúan los conocimientos y habilidades relevantes para la MBE, mientras que los ítems 12 a 15 evalúan las actitudes relevantes para la implementación de la MBE en la práctica clínica. Esta prueba exige la evaluación juiciosa de información complementaria que se entrega junto con un caso clínico.

**Resultados:** La muestra consistió en 27 estudiantes de medicina, de los cuales 9 eran hombres y 18 mujeres. El tiempo promedio de respuesta de la prueba completa fue de 17,6 (+/- 5,6) minutos. Se observó en la muestra completa una media de 9 respuestas correctas, con un rango de dispersión entre 8 y 10,5 respuestas correctas. Obtuvimos diferencias entre ambos géneros, con una media de 9 respuestas correctas en las mujeres y un rango entre 8 y 10 respuestas acertadas. En el caso de los hombres, la media de respuestas correctas fue de 10, con un rango entre 9 y 11 acertadas. La Prueba de Wilcoxon arrojó un valor  $p=0,55$  en el establecimiento de diferencias estadísticamente significativas. Finalmente, se analizó el comportamiento de cada una de las preguntas por separado, constatando ausencia de diferencias en los porcentajes de respuestas acertadas.

**Conclusiones:** Los hallazgos de la presente investigación demuestran una brecha entre los resultados esperados y el desempeño de los estudiantes de medicina con competencias en medicina basada en la evidencia (MBE) entregadas durante pregrado. El análisis estadístico ha reportado un nivel de desempeño que califica a los estudiantes con resultados bajo lo deseable, catalogándolos como un nivel “novato”. Sin diferencias estadísticamente significativas según género. Estos datos, si bien con limitaciones, son muy útiles para iniciar una autoevaluación y dar a conocer la necesidad de que los cursos en medicina basada en la evidencia conduzcan a un aumento significativo en el conocimiento y habilidades objetivables a través de instrumentos estandarizados. Las limitaciones de los resultados están relacionadas con una muestra pequeña, como también con el instrumento ACE Tool, que, si bien está validado para la medición de conocimientos y habilidades en MBE, no está validado en Chile.

**Keywords:** Medicina Basada en Evidencia, Estudiantes de medicina, Evaluación de conocimientos y habilidades.

**Financing:** Sin financiamiento externo ni institucional.

**Acknowledgments:** A todos los estudiantes que voluntaria y desinteresadamente decidieron participar.

## Revisión bibliográfica sobre intervención terapéutica con aceite ozonizado en pacientes con diabetes Mellitus Tipo 2

**Bruna Magali Steil<sup>1</sup>**, Giselle Tamara Vert Ovelar<sup>1</sup>, Alma Graciela González de Lamas<sup>1</sup>, Caroline Pereira de Souza<sup>1</sup>, Seidel Guerra<sup>1</sup>

(1) Universidad Politécnica y Artística del Paraguay, Alto Paraná, Facultad de Ciencias de la Salud, Ciudad del Este, Paraguay

**Introducción:** La diabetes mellitus es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en las Américas siendo responsable también por producir elevadas tasas de años de vida perdidos (AVD) y años vividos con discapacidad (AVD). Entre las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2, la enfermedad del pie diabético se constituye como una de las causas más recurrentes de morbilidad y mortalidad en pacientes crónicos con diabetes por lo que es primordial que la terapéutica sea accesible y eficaz, para prevenir la progresión hacia afecciones más graves.

**Objetivos:** Analizar y discutir la utilización del aceite ozonizado para el tratamiento de la enfermedad del pie diabético en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 a través de revisión de literatura actual.

**Materiales y Métodos:** revisión bibliográfica a través de búsqueda electrónica en base de datos como BVS, PubMed, LILACS, Scielo, Google Scholar, Cochrane y MedLine. Se incluyeron estudios en inglés, español y portugués publicados de enero de 2019 hasta agosto de 2023. Se excluyeron los artículos que no presentaban los descriptores en título o resumen y que no utilizaban el aceite ozonizado en el tratamiento de las heridas.

**Resultados:** Se seleccionaron 10 estudios que cumplieron con los criterios de elegibilidad. Entre los beneficios de la utilización del aceite ozonizado en la enfermedad del pie diabético se destacan la función bactericida y fungicida, incremento de la formación del tejido de granulación y consecuentemente la aceleración del proceso de cicatrización y la disminución de la necesidad de amputación.

**Conclusión:** el interés y la aceptación de la utilización del aceite ozonizado como una opción terapéutica crecen en la comunidad científica. Muchos estudios demuestran su aplicabilidad a través de resultados positivos en la intervención de la cicatrización de heridas en la enfermedad del pie diabético. La ozonoterapia se constituye como una herramienta terapéutica complementaria al tratamiento convencional, evitando complicaciones y disminuyendo la incidencia de amputaciones.

**Keywords:** Aceite Ozonizado, Ozonioterapia, Enfermedad del Pie Diabético, Diabetes Mellitus Tipo 2



## Dermatología en la atención primaria en Brasil: el proceso de formación de los médicos generales

Jessica Corrêa Pantoja<sup>1</sup>

(1) Universidade Cidade de São Paulo, Brasil

**Introducción:** Las enfermedades de la piel son una queja común en los servicios de salud en Brasil, especialmente en la atención primaria, y es importante que los médicos sean capaces de realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado de estos pacientes para mitigar el impacto en sus vidas. Sin embargo, varios factores dificultan la formación de médicos en dermatología, lo que puede afectar el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la piel en la atención primaria. Por lo tanto, se buscó realizar un análisis de las principales problemáticas estructurales existentes, con enfoque principalmente en la graduación y los remanentes del período postcolonial.

**Objetivos:** Con el objetivo de recopilar información sobre dermatología en atención primaria brasileños, especialmente en relación con la relación médico-paciente y con enfoque en el médico de atención primaria, el presente estudio tiene como objetivo establecer conceptos, principalmente basados en la problemática de la educación médica.

**Materiales y métodos:** Con este propósito, se llevó a cabo una revisión bibliográfica exploratoria-descriptiva, de naturaleza cualitativa, con el objetivo de establecer posibles correlaciones entre la dermatología, la atención primaria de salud, la educación médica y la deshumanización en salud. La búsqueda se realizó en marzo de 2023 e incluyó estudios publicados en la última década, desde 2013 hasta 2022, exclusivamente realizados en el contexto brasileño. Las bases de datos utilizadas para la búsqueda fueron el Scientific Electronic Library Online (SciELO) y la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). La combinación de términos se realizó mediante los operadores booleanos “AND” y “OR” (Dermatology AND Primary Health Care AND Skin diseases OR Cutaneous diseases).

**Resultados:** A pesar de la notable escasez de estudios, se percibió la dificultad de los médicos generales para realizar tratamientos dermatológicos, especialmente en lo que respecta a la evidente falta de conocimiento teórico y práctico. Una de las principales razones señaladas para esta dificultad fue el probable modelo positivista brasileño, además de las problemáticas estructurales brasileñas derivadas del período colonial, que mantienen persistentemente la exclusión en cuanto a la raza y la clase social, afectando desproporcionadamente a una población vulnerable que utiliza el Sistema Único de Salud (SUS).

**Conclusiones:** La falta de experiencia dermatológica por parte de los médicos de atención primaria evidencia la necesidad de un cambio estructural hacia la humanización, a través de la adopción de un enfoque interdisciplinario durante la graduación. Esto permitiría una mejor comprensión de la realidad de la población brasileña y, por consiguiente, permitiría la formación de una clase médica crítica y activa democráticamente.

**Keywords:** Atención Primaria de la Salud, Currículo, Dermatología, Educación Médica, Sistema Único de Saúde

**Financing:** No ha recibido ningún tipo de financiación.

## Caracterización Epidemiológica de la Hipertensión Arterial en Consultorio No. 14 Municipio Viñales, octubre-diciembre 2022.

Ruben Reynaldo Quenta Tarqui<sup>1</sup>, Jovana Martha Quenta Tarqui<sup>2</sup>, **Harline Raquel Rufino Nuñez**<sup>3</sup>, Raimundo Carmona Puerta<sup>3</sup>, Elizabeth Lorenzo Martínez<sup>3</sup>, Joel Penalo Batista<sup>3</sup>, Marielys del Carmen Martínez Sánchez<sup>3</sup>, Jose Bernardo Gomez Calderon<sup>3</sup>

(1) Hospital General Guayaramerin &quot; Dr. Luis Alberto Navarro&quot;; Guayaramerin - Beni - Bolivia, Hospital General Guayaramerin &quot;; Dr. Luis Alberto Navarro&quot;; Hospital General Guayaramerin &quot;; Dr. Luis Alberto Navarro&quot;; Guayaramerin, BENI, BOLIVIA

(2) Pinar del Rio, Pinar del Rio, Ciencias de la Salud, Pinar del Rio, Pinar del Rio, Cuba

(3) Universidad Católica del Cibao (UCATECI), Escuela de Medicina, Ciencias de la Salud, Av. Universitaria, La Vega 41000, La Vega, República Dominicana

### RESUMEN

**Introducción:** La Hipertensión Arterial es la enfermedad cardiovascular más extendida universalmente.

**Objetivo:** Caracterizar epidemiológicamente la Hipertensión Arterial de la población mayor de 18 años, perteneciente al Consultorio Médico 14 del Policlínico Universitario Fermín Valdés Domínguez del Municipio Viñales, en el período de Octubre a Diciembre de 2022.

**Método:** Se realizó una investigación descriptiva, transversal. El universo de estudio lo constituyeron 1079 pacientes mayores de 18 años, la muestra fue conformada por 180 hipertensos. Las variables edad, sexo, color de la piel, factores de riesgo asociados, padecimiento de otras enfermedades crónicas no transmisibles, tratamiento farmacológico y complicaciones de la enfermedad, fueron reunidos en planilla recolectora de datos, obtenidos a través de las historias de salud familiar e historias clínicas individuales; los resultados se resumieron en frecuencias absolutas y porcentuales y se expresaron en tablas para su comprensión.

**Resultados:** la prevalencia de la enfermedad es proporcional a la edad, predominó el sexo masculino y el color de piel blanco, los factores de riesgo más frecuentes, en orden descendente, fueron tabaquismo, sedentarismo y antecedentes patológicos familiares; los fármacos más utilizados fueron los diuréticos tiazídicos y los betabloqueadores y la complicación más frecuente la hipertrofia ventricular izquierda.

**Conclusiones:** Existió correlación entre la edad y la prevalencia de la enfermedad, el sexo masculino y el color de piel blanco prevalecieron, el tabaquismo constituyó el principal factor de riesgo, los diuréticos resaltaron entre los fármacos más utilizados y la hipertrofia de ventrículo izquierdo fue reconocida como la complicación predominante.

Keywords: HIPERTENSION ARETRIAL, FACTORES DE RIESGO, TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, COMPLICACIONES

Financing: NO FINANCIAMIENTO EXTERNO

Acknowledgments: AGRADECIMIENTOS A mi Tutora, MSc. Anabel Madiedo Oropesa, con admiración y respeto, por su enseñanza, aporte y orientaciones a lo largo del trabajo. A mi familia y amigos queridos por todo el apoyo a lo largo de la investigación. A todos mis profesores de la especialidad en MGJ, de quienes aprendí, y sin ellos no hubiera sido posible este sueño. A todos los pacientes del consultorio #14 de la Cooperativa de Producción Agropecuaria República Chile de Municipio de Viñales sin cuya colaboración no hubiera sido posible llegar a los resultados de este trabajo. A todos mis amigos y colegas que se sumaron a esta investigación, gracias por aportes y seguimientos.

## Visibilización de demanda oculta a través de la estrategia de TeleSalud en un consultorio del sur de Chile

Javier Flores Salazar<sup>1</sup>, Viviana Villalobos Labra<sup>1</sup>, Tannia Gutierrez Arancibia<sup>2</sup>

(1) Universidad de la Frontera, Residente Medicina Familiar, Medicina, Claro Solar 115, Temuco, Chile

(2) Consultorio Miraflores, Enfermera Supervisora Telesalud, Miraflores 1369, Temuco, Chile

La demanda en salud es un fenómeno complejo de determinar en su totalidad. El conocimiento real y oportuno de las necesidades de salud de las personas es un desafío para los sistemas sanitarios, existen formas de gestionar la demanda desde diferentes perspectivas, como lo son los tiempos de espera, complejidad de los casos o grupos prioritarios como personas mayores o población pediátrica por ejemplo, todo lo anterior requiere una modelación en base a los recursos disponibles en los sistemas sanitarios. Existen algunos grupos de salud que tienen menor representación en los centros sanitarios, como lo son las personas en edad joven, pero eso, ¿realmente constituye una ausencia de demanda por parte de esta población? o ¿es posible que exista una demanda que no logra ser capturada con los mecanismos tradicionales de gestión? El presente trabajo busca visibilizar la demanda oculta de atención en salud de un consultorio de atención primaria de la ciudad de Temuco en la región de la Araucanía en Chile en personas consultantes por atención médica en el centro de salud Miraflores. Se realizó una revisión estadística descriptiva de todas las solicitudes de demanda de atención que no lograron un cupo en los policlínicos de atención abierta regular no urgente y se ingresaron a una plataforma de atención remota denominada TeleSalud, abierta a la comunidad. Se observó que el grupo que mayor frecuencia de consultas se centró en personas jóvenes (25 a 30 años) y que más del 50% de las personas que consultaron, lo hacían para lograr una cita con médico y el 21% lo realiza para una atención dental. De acuerdo a esto podemos evidenciar que existe un grupo de personas jóvenes que tienen una necesidad de salud que los sistemas tradicionales de captura de la demanda no son sensibles para dar respuesta a esta población que tiene menor riesgo de enfermar o morir, sin embargo mantiene una demanda de atención y necesidades sanitarias pendientes.

Keywords: Telesalud, demanda oculta, gestión

Financing: Sin financiamiento

Acknowledgments: Unidad de Telesalud Consultorio Miraflores Temuco

## Tamizaje de retinopatía diabética en la atención primaria de salud post pandemia: resultados preliminares de una colaboración universitaria-comunal

**Miguel Bravo**<sup>1</sup>, Viviana Ulloa<sup>1</sup>, Daniela Sandoval<sup>1,2</sup>, Macarena Moral<sup>1</sup>, Mónica Niveló<sup>1</sup>, Verónica Rojas<sup>6</sup>, Nicollás Zamorano<sup>5</sup>, Génesis Saravia<sup>5</sup>, Rodrigo Vidal<sup>4</sup>, Patricia Gómez<sup>3</sup>, Irma Cisternas<sup>1</sup>, Abraham Gajardo<sup>6</sup>

(1) Universidad de Chile, Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Avenida José Miguel Carrera 3100, San Miguel, Santiago, Chile

(2) Universidad de Chile, Departamento de Kinesiología, Facultad de Medicina, Av. Independencia 1027, Santiago, Chile

(3) Hospital Clínico Universidad de Chile, Departamento de Medicina, Servicio de Endocrinología y Diabetes, Dr. Carlos Lorca Tobar 999, Independencia, Santiago, Chile

(4) Hospital Clínico Universidad de Chile, Oftalmología, Servicio de Oftalmología, Dr. Carlos Lorca Tobar 999, Independencia, Santiago, Chile

(5) CESFAM Dr. Agustín Cruz Melo, Unidad de Atención Primaria Oftalmológica, Av. Independencia 1325, Independencia, Santiago, Chile

(6) Hospital Clínico Universidad de Chile, Departamento de Medicina, Unidad de Pacientes Críticos, Dr. Carlos Lorca Tobar 999, Independencia, Santiago, Chile

**Introducción:** La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un importante problema de salud pública, constituyendo una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo. Una complicación de la DM2 es la retinopatía diabética (RD), principal causa de ceguera en personas en edad laboral en países en vías de desarrollo. La prevalencia de RD a nivel global es de 9,3% en personas de 20 a 79 años, y se proyecta un 10,9% al año 2045.

En Chile, los escasos reportes sobre la prevalencia de RD fluctúan entre 24% y 28% de la población diabética. Para evitar la ceguera es crucial el diagnóstico precoz de la RD. Sin embargo, solo el 37% de los diabéticos en Chile tiene una adecuada pesquisa de RD. Este escenario podría haber empeorado con la reciente pandemia por COVID-19, dada la postergación de las atenciones médicas de pacientes crónicos para focalizar la atención en el control de la pandemia. Para estudiar la RD post pandemia, nuestra investigación desarrolló un proyecto colaborativo entre la Universidad de Chile y la Municipalidad de Independencia.

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de RD en una muestra de pacientes diabéticos atendidos en la atención primaria de salud (APS) de la comuna de Independencia.

**Materiales y métodos:** Estudio transversal. Incluyó 240 pacientes con DM2 atendidos en la APS de Independencia, en lista de espera por fondo de ojo (FO), entre los meses de febrero y agosto del 2023. Se excluyeron los mayores de 75 años, ascendencia afro-americana, y aquellos sin contacto telefónico. Utilizando una cámara de retina, se capturaron fotos del FO con pupila dilatada para ser evaluadas por un médico retinólogo. Se utilizó estadística descriptiva, reportando la prevalencia de RD con intervalo de confianza (IC) de 95%.

**Resultados:** Edad fue  $63 \pm 10$  años, 55% sexo femenino. En 14 pacientes (6%) no fue evaluable el FO por opacidad de cristalinos/mala calidad de imagen. La prevalencia de RD fue de 17,7% (IC 95%: 13,2 – 23,3). En aquellos con RD, fue leve en 29,3% (n=12), moderada en 56,1% (n=23) y severa en 14,6% (n=6).

**Conclusiones:** Uno de cada cinco pacientes diabéticos de la APS de la comuna de Independencia tiene RD. Esta prevalencia de RD post pandemia COVID-19 es similar a los reportes nacionales de años previos. Se requiere ampliar los estudios de RD a nivel de APS, a fin de prevenir la discapacidad en los pacientes y sobrecarga de atención médica en nuestro sistema de salud primario.

**Keywords:** Retinopatía diabética, Atención primaria de salud, Diabetes Mellitus

**Financing:** Proyecto FONIS 2021, código SA21/0148





2023  
**XXIV**

Congreso Chileno de Medicina Familiar "Medicina familiar y Comunidad, una oportunidad para la Universalización"

**Área: Experiencia**

## Experiencia de la Pandemia COVID-19 en un Servicio Metropolitano de Salud desde el mes que inició la pandemia COVID 19 1 de marzo 2020 hasta el 31 de agosto 2023 y su coordinación activa con el Nivel Primario a través de la Plataforma de Continuidad de Atención.

Alonso Bolbaran Castillo<sup>1</sup>, Daniel Ruiz Maldonado<sup>1</sup>

(1) Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), Departamento Técnico de Salud, Avda. Santa Rosa 3453. Comuna San Miguel., Santiago, Chile

### Introducción

Se han realizado múltiples trabajos científicos acerca del COVID-19. La actividad investigativa también debe medir funcionalidad de los recursos que se incorporan al Sistema de Salud como son los Registros Clínicos Electrónicos. Dentro de los Recursos Electrónicos también tenemos la Plataforma SIGGES (1) que prioriza las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud desde Nivel Primario a Nivel Secundario. Desde el punto de vista de compromiso de gestión de Alta Dirección Pública (ADP) nace la Plataforma de Continuidad de Atención (PCA)(2). La plataforma de PCA nace con la necesidad de establecer un mecanismo de coordinación y control para el envío de Epicrisis Médica en el año 2016.

La PCA fue evolucionando a través de distintas Reuniones Clínicas entre Especialistas de Nivel Primario (Medicina Familiar, Medicina General, etc.) y Nivel Secundario con la intención de bajar las tasas de re-hospitalización con respecto a las complicaciones de patologías crónicas en usuarios priorizados en el listado del Manual de la PCA (3) que se atienden en nivel primario de salud y aprovechar el evento mayor (Infarto Agudo al Miocardio, Accidente Cerebro Vascular, Amputación en contexto de Pie Diabético etc.) para una mayor adherencia del paciente y mejor educación con respecto a la adherencia de manejo no farmacológico de patologías crónicas de base. Además, desde el 2020 es una herramienta importante de coordinación activa por los pacientes COVID por el contexto de pandemia COVID-19; desde el 11 de marzo de 2020 hasta la actualidad.

### Objetivo

Describir el **Número de Epicrisis por COVID-19** generadas por dos Establecimientos de Salud del Servicio de Salud Metropolitano Sur: **Hospital El Pino (HEP) (Población Adulto) y Hospital Lucio Córdova (HLC) (Población Adulto)** a través del **Registro Clínico Electrónico Tracker®** y su gestión activa hacia el APS mediante PCA desde el mes que inició la **Pandemia COVID-19: 1 marzo de 2020 al 31 de agosto de 2023. (42 meses)**.

### Desarrollo

Esta experiencia fue implementada a través del **Manual de la PCA (3)**. Desde EL 1 de marzo de 2020 se realiza la emisión de la Epicrisis por Nivel Secundario, Citación y Seguimiento de forma Activa por Referente de Nivel Primario en los Establecimientos del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS). **Seguimiento completado significa que el paciente debió ser atendido antes de 10 días como máximo.**

### Materiales y Métodos

Estudio poblacional evaluando el número total de Epicrisis generadas con diagnóstico de COVID-19, período de presentación; y período categorizado por pandemia en meses desde el 1 marzo de 2020 al 31 de agosto de 2023. (42 meses). Se realizó estadística descriptiva de medidas de centralidad entre fecha de epicrisis y fecha de citación del paciente a Nivel Primario. Los resultados se expresan en números absolutos, promedios con porcentajes. Dada la naturaleza del estudio se requirió aprobación por comité de ética por la utilización de información de registros clínicos de pacientes, debido al resguardo y confidencialidad de la información.

### Resultados

Se incluyeron Todas las Epicrisis desde el 1 de marzo de 2020 hasta agosto 2023 y se calculó el promedio por año de seguimiento (citación) de las Epicrisis por parte de Nivel Primario.

Durante el período del **1 marzo de 2020 al 31 de diciembre 2020** el Total de Epicrisis fue de 2511 y con seguimiento completado de 2350. Con un **promedio de seguimiento durante ese período del 80%**.

Durante el período del **1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021** el Total de Epicrisis fue de 1800 y con seguimiento completado de 1351. Con un **promedio de seguimiento durante ese período del 74%**.

Durante el período del **1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022** el Total de Epicrisis fue de 709 y con seguimiento completado de 485. Con un **promedio de seguimiento durante ese período del 68,7%**.

Durante el período del **1 de enero de 2023 hasta el 31 de agosto de 2023** el Total de Epicrisis fue de 169 y con seguimiento completado de 100. Con un **promedio de seguimiento del 71,6% durante ese período.**

### Conclusión

Los datos dan cuenta de la coordinación activa con la atención correspondiente en establecimientos APS del SSMS a través de la PCA integrada con el Registro Clínico Electrónico Tracker® **con un promedio del 73,4% durante todo el período** mostrando su funcionalidad (atención realizada activa) en el período descrito después de generada la Epicrisis con Diagnóstico Principal COVID-19. Se abre la posibilidad para futuras investigaciones que den cuenta de la eficacia de la reducción de morbimortalidad asociada al uso de la PCA.

### Bibliografía

(1) FONASA. SIGGES [Internet]. Available from: <https://www.sigges.cl/>

(2) Plataforma de Continuidad de Atención. Servicio de Salud Metropolitano Sur. [Internet]. PCA. Available from: <http://10.6.105.159/epicrisisqa/>

(3) Quintullanca P, Muñoz C. Manual de la Plataforma de Continuidad de la Atención (PCA) del Servicio de Salud Metropolitano Sur. 2023 Dec.

Keywords: Servicio de Salud Metropolitano, COVID-19, Continuidad de Atención, Medicina Familiar, Registros Clínicos Electrónicos

Financing: Ninguno

Acknowledgments: Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) y Dirección Técnica de Salud (DTS).

## Experiencia de práctica clínica en Establecimientos de Larga estadia del Adulto Mayor por residentes de Medicina Familiar mención persona mayor, Universidad de los Andes.

Camila Andrea Paiva Brahm<sup>1</sup>, María Catalina García Muñoz<sup>1</sup>, Estefanía Gisella Guillen Plusas<sup>1</sup>, Francisca Sotomayor<sup>1</sup>

(1) Universidad de Los Andes, Medicina familiar, Medicina, Monseñor Alvaro del Portillo 12455, Santiago, Chile

**Antecedentes:** Los Establecimientos de Larga Estadia del Adulto Mayor (ELEAM) son servicios residenciales y de cuidados especializados dirigidos a personas mayores de 60 años que presentan algún nivel de dependencia física y/o cognitiva.

Un estudio nacional estimó que al 2025 existirían aproximadamente 83.500 personas institucionalizadas en Chile.

La atención de salud en contexto de ELEAM difiere a la de un ambiente hospitalario y en domicilio. El grado de autonomía de los residentes, supervisión entregada y efectividad de redes de apoyo son factores que influyen en la administración de cuidados de salud.

Algunos beneficios descritos de realizar una rotación práctica continua en residencias de personas mayores son: poner en práctica conocimientos en diversas áreas de la medicina sin disponer de exámenes complementarios, entregar cuidados curativos y paliativos en acuerdo con el residente y su familia, y practicar el trabajo en equipo con otros proveedores de cuidados. Además, dado que es una población “cautiva” es posible un seguimiento del residente, pudiendo observar los determinantes en salud y redes de apoyo de los usuarios.

Tomando en consideración el número de personas mayores institucionalizadas, y la tendencia a un envejecimiento poblacional, el médico de familia debe tener conocimiento de su manejo en este tipo de establecimiento. En este contexto, se realizó una encuesta a los encargados de programas de medicina familiar en Chile, para la cual respondieron 6 docentes, donde solo la Universidad de los Andes (UANDES) contaría con una práctica clínica en ELEAM.

**Objetivo general:** Describir la experiencia de implementación de la práctica clínica en ELEAM por residentes de medicina familiar de la UANDES.

**Desarrollo:** La práctica clínica en ELEAM comenzó siendo parte del internado ambulatorio de alumnos de pregrado de medicina de la UANDES, con una rotación de 3 semanas de duración.

La experiencia fue incorporada a la residencia de medicina familiar, mención persona mayor de dicha institución con el inicio del programa de postgrado el año 2022. En la práctica se realiza una visita semanal de tres horas de duración a ELEAM de carácter privado, ubicados en el sector oriente de Santiago. Estas visitas son supervisadas por un especialista en medicina familiar o geriatría. Se realizan evaluaciones clínicas de residentes con problemas agudos y crónicos, valoraciones geriátricas integrales, además de aportar con docencia a los internos de medicina sobre problemas frecuentes en la persona mayor y la forma de abordarlos de manera integral en un adulto mayor institucionalizado.

**Resultados y/o conclusiones:** A septiembre del año 2023, hay 2 generaciones de futuras médicas de familia mención persona mayor de la Universidad de los Andes realizando su rotación en ELEAM según lo descrito anteriormente.

Se realizó una encuesta a estas últimas. Aquellas residentes que llevan 4 meses en la formación de especialidad no están de acuerdo ni en desacuerdo con que la rotación haya sido un aporte para la formación en comparación a las que llevan 15 meses quienes están totalmente de acuerdo con la intervención. Casi todas recomendarían una rotación por ELEAM a otros programas de medicina familiar. Un 100% considera que es relevante o muy relevante para el médico familiar tener experiencia y conocimientos en el manejo de patologías agudas y crónicas de la persona mayor en contexto de ELEAM.

Dentro de los aprendizajes percibidos por las autoras, la experiencia ha permitido conocer la importancia de una evaluación integral de la persona mayor y formar un pensamiento crítico en torno a la proporcionalidad terapéutica, aplicando conocimientos de cuidados paliativos y fin de vida en personas con múltiples patologías crónicas. Consideran que estos aprendizajes se han logrado esencialmente gracias a la posibilidad de realizar un seguimiento constante a los pacientes, en un contexto extrahospitalario pero con una población cautiva.

Además, valoran poder comprender la realidad del trabajo clínico en un ELEAM, y la importancia de la evaluación de redes de apoyo familiar para realizar y comunicar indicaciones factibles según el paciente y su contexto. Todo esto se correlaciona con lo descrito en la literatura sobre la experiencia de la formación de residentes en establecimientos de larga estancia del adulto.

Según los resultados de esta experiencia, se sugiere incorporar en otros programas de formación de medicina familiar a nivel nacional una rotación clínica en ambiente de ELEAM.

Keywords: nursing home, family practice, education medical, geriatrics, Chile

## Gestión de agendas: modernización de la entrega de citas para la atención de Salud en el CESFAM Jean Marie Thierry de Valparaíso

Beatriz Salgado<sup>1</sup>, Elizabeth Dedes<sup>1</sup>, Maximiliano Larrain Robles<sup>1</sup>

(1) CESFAM Jean y Marie Thierry, SSVSA, Blas Cuevas 985, Valparaíso, Chile

**Antecedentes:** En nuestro CESFAM, los controles de salud en general, solo se podían obtener concurriendo a partir de fechas de apertura de agendas a solicitar hora para cada mes. Las escasas horas del mes se acababan, por lo que las personas ese día de “apertura de agenda”, comenzaban a llegar muy temprano en la madrugada, antes de que se abriera el CESFAM, a hacer fila, generando grandes aglomeraciones y esperas de 4 o más horas, muchas veces sin lograr la cita solicitada, requiriendo venir nuevamente al mes siguiente para lograr la citación, y así podían venir una y otra vez, mes tras mes y eventualmente podían no conseguir su hora. Esta situación generaba mucha molestia y frustración a usuarios/as, mucho estrés a funcionarios/as, sumado esto a riesgos de contagios asociados a aglomeraciones. Además, había entrega de horas sin sentido de prioridad, mayor pérdida de horas y finalmente la indignidad hecha método de generar agendas. Además, el Equipo SOME desconocía la brecha entre demanda y horas que podíamos ofrecer. Lo cual generaba deficiencias en la gestión de agendas. Durante ese día se requería que todo el Equipo de SOME estuviera atendiendo público y el apoyo de muchos otros funcionarios/as para poder enfrentar cada mes la traumática “apertura de agenda”. Todo esto agravado en periodo post pandemia ya que existía un alto número de usuarias/os que habían estado varios años sin controles de salud, implicando más demanda de atención.

**Objetivos:** Desarrollar estrategia de gestión de agendas, mediante sistema de entrega de citas modernizada, incorporando nuevas tecnologías de la comunicación e informática. A través de:

Generar un mecanismo de reservas de hora para atenciones programadas para meses futuros.

Establecer mecanismos múltiples de comunicación con nuestras usuarias/os para informar/recordar con antelación citas programadas.

**Descripción:** Desde mayo 2022, creamos mecanismo de registro de citas solicitadas para meses futuros hasta por 12 meses, para atenciones de 7 estamentos, mediante formulario de Google Docs, se traspasa a Avis en 2023. Este registro permite saber quienes deben ser agendados cada mes y a la vez, visibilizar brecha de demanda por estamento, profesionales y/o prestaciones específicas, constituyéndose como lista de espera para quienes no obtengan hora en el mes que corresponde.

Creamos una cuenta de WhatsApp empresas (compramos chip telefónico y usamos un teléfono móvil inteligente donado). Desarrollamos vía VBA de Excel un código para interactuar con la aplicación WhatsApp y realizar envíos masivos, personalizados de citas a los números aportados por nuestros usuarios/as. Desarrollamos en plataforma Python un código para extraer reportes desde WhatsApp de respuestas de nuestros usuarios/as.

Generamos documento informativo a nuestros usuarios/as indicando la nueva forma de obtención de citas. Socializamos al equipo sobre la nueva forma de agendar citas.

Para dar sostenibilidad en el tiempo a la estrategia, comenzamos trabajo conjunto con programa Gerópolis de la Universidad de Valparaíso, quienes cuentan con plataforma SISTAM (Sistema de Información de Salud Territorial), con base en experiencia desarrollada, se logró una solución informática que posee pertinencia local, ajustada a nuestra necesidad, flexible y adaptable. En 2023 se realiza traspaso progresivo desde sistema creado por el CESFAM a SISTAM, que actualmente cubre el 100% del envío de confirmación de citas, agregándose recordatorio de ellas por MSM.

**Resultados:** Desde julio 2022 incorporamos progresivamente, usuarios/as al sistema creado, terminando el último trimestre de 2022 con 1500 a 1800 citas programadas mensualmente por este mecanismo. En octubre de 2022 desaparecieron las “aperturas de agenda”, las consecuentes aglomeraciones y su indignidad. Pudimos hacer gestión efectiva de agendas, como reasignar citas rechazadas por diversos motivos o avisar de forma inmediata a usuarios/as de citas canceladas. Pudimos detectar brechas en oferta de atenciones, permitiendo gestionar ante diferentes escenarios que suscita la demanda de atención. Hemos reducido tasa de inasistencia general en 18%. Equivalente en dinero a más de \$6.000.000 al año. Con 70% de preferencia de este nuevo sistema de agendamiento. (encuesta de satisfacción usuaria, marzo 2023)

**Conclusiones:** Desarrollar ese proyecto implicó un cambio significativo a la cultura organizacional tanto del equipo SOME como de todo el equipo del CESFAM y de nuestros usuarios/as. Los beneficios en la gestión de agendas en general han sido muy altos, como son la gestión efectiva y eficiente de la demanda. Ha traído además beneficios en la calidad de atención a usuarias/os, manteniendo una atención de público continua y expedita en SOME. Ha permitido reducir estresores a las funcionarias/os. Con esta experiencia y tras un arduo año de trabajo de innovación, pudimos eliminar las tan acostumbradas e indeseables filas y aglomeraciones para conseguir hora.

Keywords: Gestión de Agendas, Modernización SOME, TICs para APS

Financing: Financiamiento propio del CESFAM



## Mejorando el acceso a la atención sanitaria en áreas rurales, población Metrenquen: Una experiencia en CESFAM Alerce, Puerto Montt.

Fany González<sup>1,2</sup>, Jorge López Gálvez<sup>1,2</sup>, Américo Quiroz Araya<sup>2</sup>

(1) Universidad San Sebastian, Medicina Familiar, Medicina, Calle Lago Panguipulli 1390, Puerto Montt, Chile

(2) CESFAM Alerce, Avenida Violeta Parra 5198, Puerto Montt, Chile

### Antecedentes

El CESFAM Alerce de Puerto Montt brinda atención a 33264 usuarios, con población predominantemente urbana. Sin embargo, la población rural, en particular la comunidad de Metrenquen, ha enfrentado dificultades significativas principalmente en términos de acceso y oportunidad a la atención sanitaria, debido a las considerables distancias que deben recorrer para acceder a servicios de salud, como fue detectado en un análisis de situación de salud destinado a esta comunidad. Esta situación ha afectado negativamente su capacidad de mantener controles de salud en forma regular, siendo uno de los principales obstáculos la escasa disponibilidad de transporte público.

Como solución a esta problemática, previo a la pandemia COVID-19 a los residentes de Metrenquen se asignaba un día al mes exclusivo para controles de salud, y la atención se basaba en el orden de llegada, lo que demostró ser una estrategia insatisfactoria, pues los cupos de atención terminaban asignándose en primer lugar a personas con mayor facilidad de acceso, y no se lograba satisfacción usuaria.

### Objetivos

- Aumentar la asistencia a los controles cardiovasculares de la población de Metrenquen mediante la implementación de un sistema de agendamiento presencial en la junta de vecinos.
- Proporcionar educación sanitaria a la comunidad acerca de las patologías crónicas más comunes
- Fomentar la participación activa de la comunidad en la gestión de su propia salud

### Desarrollo

Para llevar a cabo esta estrategia, se forma un equipo multidisciplinario del CESFAM Alerce, que incluye a la jefa de sector, un funcionario administrativo y un médico. Este equipo se traslada a la sede de la junta de vecinos de Metrenquen una vez al mes, no solo para agendar citas con los profesionales de la salud, sino también para involucrar activamente a la comunidad en la gestión de su salud. Además de los controles en salud y la programación de exámenes, se ofrecen charlas educativas sobre salud y se brinda información sobre medidas preventivas, actividad en marcha desde enero del 2022 hasta la actualidad.

### Resultado y conclusiones

Mediante un análisis detallado de los formularios del programa cardiovascular, se comparó el número de usuarios que asistieron a controles desde 2019 (antes de la intervención) hasta agosto de 2023. Los resultados revelaron un alza constante en el número total de pacientes en control, con un aumento del 137% en 2022 en comparación con 2019. También se observó un incremento significativo en las atenciones cardiovasculares, lo que logró el objetivo de mejorar el acceso y la continuidad de la atención en salud

Los resultados observados se atribuyen en gran parte al haber facilitado el acceso a las citas con los profesionales de la salud, así como a las actividades de educación comunitaria realizadas mensualmente en la junta de vecinos. Estas acciones no solo generaron conciencia a la comunidad sobre la importancia del control cardiovascular y su impacto en la salud, sino que también empoderaron a los residentes de Metrenquen para tomar un papel más activo en su propio bienestar.

A pesar de estos logros, se reconoce que persisten desafíos en la búsqueda de equidad en la atención en salud, tanto en las áreas urbanas como rurales. El compromiso actual es continuar con esta estrategia, que ha demostrado tener un impacto positivo en la comunidad. Además, se planea ampliar la gama de servicios y actividades disponibles, así como valorar la satisfacción usuaria de la comunidad, buscando como objetivo final establecer un modelo de atención de salud rural más sólido y equitativo, mejorando uno de los puntos principales que buscar la Atención Primaria Universal, a través del acceso a la salud de la población.

Acknowledgments: A la comunidad de Metrenquen

## Implementación de una matriz de priorización de consultas de morbilidad médica en el CESFAM Jean Marie Thierry de Valparaíso 2022-2023

Beatriz Salgado<sup>1</sup>, Tamara Sánchez<sup>1</sup>

(1) CESFAM Jean y Marie Thierry, SSVSA, Blas Cuevas 985, Valparaíso, Chile

**Antecedentes:** la selección de demanda por consulta de morbilidad ha sido una estrategia encomendada por el MINSAL a los CESFAM del país desde hace más de 1 década. Sin embargo, ésta carece de directrices o criterios claros en torno al cómo realizar dicha priorización, la que resulta muchas veces subjetiva y operador-dependiente. En nuestro CESFAM, antes de la pandemia contábamos con un mecanismo de priorización llevado a cabo por TENS, sin orientaciones definidas, siendo este mediado principalmente por la experiencia. Tras la pandemia, se hizo difícil retomar esta tarea, lo cual generó que se entregaran citaciones disponibles una vez por mes, muchas veces de forma caótica y sin criterios de prioridad, generando frustración en los usuarios/os, al no obtener una atención de forma oportuna. Ante esta situación y en el marco de una modernización general de la gestión de demanda al interior del CESFAM es que, el año 2022, desarrollamos una estrategia de selección de demanda que incluía (entre otras cosas) la construcción de una matriz de priorización de la demanda espontánea.

**Objetivos:** Implementar una matriz de priorización de demanda espontánea por consulta de morbilidad médica que permita realizar una gestión de solicitudes de atención con mayor objetividad, aplicando criterios estandarizados, con pertinencia local y flexibilidad.

**Descripción:** a partir de mayo de 2022 se confecciona una matriz de priorización de demanda en Excel que incluía 2 áreas: 1) criterios para definir poblaciones de riesgo (según edad y condiciones como: embarazo, ser cuidadores, dependencia, enf. crónicas, etc.) y 2) criterios de relevancia clínica de la demanda solicitada (según tipo de sintomatología, altas hospitalarias, necesidad de ser derivado a especialidad, requerimiento administrativo, etc.). a partir de los cuales se estableció, mediante funciones lógicas, 3 Categorías: C1, C2, C3, estas categorías van a tener una prioridad decreciente, distribuyendo cupos en tiempos diferenciados, siendo siempre el grupo C1 quien va a recibir cupos de los próximos 10 a 14 días como máximo y el grupo C3 podrá tener una citación en 4 a 6 semanas o según disponibilidad. Luego de algunos testeos se realizaron ajustes a la matriz de priorización y se ha estado aplicando hasta hoy.

Junto a esta implementación se comenzó a ordenar la forma en que se entregaban las citaciones, generando una instancia de priorización durante las mañanas, para luego gestionar las atenciones según prioridad. Se establecieron cupos de atención protegidos diarios y semanales, para el grupo C1 ajustando además según contingencia, como por ejemplo el aumento de consultas por cuadros agudos respiratorios en periodos de invierno. Se identificaron además al menos 3 grupos de solicitudes: las consultas espontáneas, las cuales son sujetas a priorización, las solicitudes que son derivadas por profesionales y los usuarios que son derivados con posterioridad a una atención de morbilidad médica que requiere un seguimiento.

**Resultados:** Se han procesado más de 6800 solicitudes de atención de morbilidad en los últimos 12 meses, de las cuales unas 1500 fueron solicitudes de demanda espontánea, de estas unas 500 fueron agendadas en cupos preferentes para categoría C1 dentro de la misma semana o semana siguiente. De quienes quedaron en lista de espera para gestión de hora con posterioridad 9,2% fueron C1; 14% fueron C2 y 76,1% fueron C3. Las personas en lista de espera posteriormente son contactadas telefónicamente para agendar su citación. observamos un alto número de derivaciones a solicitar consultas de morbilidad por profesionales de más de 4200 personas en un año, las cuales son gestionadas de acuerdo a la prioridad asignada por los profesionales que derivan. Se generaron cupos diferenciados para seguimientos de morbilidad asignados por cada médico/a que deriva, lo cual creemos que debe perfeccionarse. Se redujo la tasa de inasistencia en comparación a 2019 de a 16,5% a 15,1%. Lo cual significa haber recuperado unas 50 horas cronológicas de atención médica. La unidad de priorización además canaliza aquellas atenciones que no son solicitudes de consulta de morbilidad a otros tipos de atenciones, (ej. EMPs, ingresos a programas, solicitudes de recetas o de certificados que pueden realizarse en horas administrativas, etc.) de tal forma que las horas de atención de morbilidad disponibles sean mejor aprovechadas.

**Conclusiones:** Aunque queda mucho por mejorar, nos parece que haber implementado esta matriz de priorización permitió organizar de mejor forma la demanda de consultas de morbilidad, la cual revierte enormes desafíos, es cambiante y diversa. Nos permite anticiparnos a escenarios complejos y generar modificaciones de forma flexible. Nos permite conocer y manejar una lista de espera de atenciones de morbilidad, procurando una gestión de esta demanda aplicando criterios estandarizados y ajustados a la contingencia, lo cual permite mejorar la pertinencia y oportunidad de las atenciones.

**Keywords:** Priorización en APS, Gestión de demanda, TICs para APS

**Financing:** Financiamiento propio del CESFAM

**Acknowledgments:** Agradecimiento al equipo Priorizador de SOME del CESFAM Jean Marie Thierry de Valparaíso por el apoyo y confianza en el proceso de modernización. Agradecimiento al Director del CESFAM Jean Marie Thierry de Valparaíso, Silvio Aguirre por creer que esto era posible

## **Del riesgo a la vulnerabilidad: elaboración de un instrumento de tamizaje familiar para evaluar vulnerabilidad basado en los Determinantes Sociales de la Salud. Proyecciones como sistema de vigilancia en equidad sanitaria.**

Hederd Torres García<sup>1,2</sup>, Ana Riba Stempel<sup>1,2</sup>

(1) Universidad de Concepción, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Concepción, Chile

(2) Centro de Salud Familiar Villa Nonguén, Servicio de Salud Concepción, Concepción, Chile

### **Antecedentes**

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) son aquellas condiciones sociales en las que nacen y se desarrollan las personas, que condicionan su proceso de salud-enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica la necesidad de actuar sobre las inequidades en salud determinadas socialmente, recomendando medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones, promoviendo la creación de sistemas de vigilancia de equidad sanitaria.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) señala la importancia para la APS de conocer la población a cargo y su contexto. A la vez promueve la evaluación familiar del *riesgo* y la *protección*, dando espacio para que esta definición enfoque los esfuerzos en la prevención a través del cálculo de la probabilidad de un resultado adverso, procurando luego disminuir dicha probabilidad, sin necesariamente enfocarse sobre las causas primordiales que determinan la salud.

Con el objetivo de conocer estos factores, para luego actuar sobre ellos, proponemos ampliar el tamizaje hacia la clasificación de la vulnerabilidad familiar, concepto que puede ser definido como una síntesis de las dimensiones comportamentales, sociales y político-institucionales implicadas en las diferentes susceptibilidades de individuos y grupos a un daño a la salud y sus consecuencias indeseables.

A continuación, se presenta la experiencia del Cefam Villa Nonguén en la elaboración de un instrumento de tamizaje familiar para evaluar la vulnerabilidad, basado en los Determinantes Sociales de la Salud.

### **Objetivos**

1. Objetivo general
  - a. Elaborar un instrumento de evaluación de la vulnerabilidad familiar que nos permita categorizar las familias presentes en la comunidad.
2. Objetivos específicos
  - a. Identificar las familias con mayor vulnerabilidad para direccionar el trabajo con un enfoque de equidad.
  - b. Conocer los determinantes sociales que definen la salud de la población a cargo.

### **Desarrollo**

Se realizó una revisión bibliográfica, no encontrando instrumentos validados para la estimación del riesgo ni vulnerabilidad familiar que consideren los DSS como base.

Se consideró la experiencia de la aplicación del instrumento anterior y se definieron las características deseables del instrumento.

Se obtuvo asesoramiento metodológico de parte Omar Barriga, PhD., director del Departamento de Sociología de la Universidad de Concepción.

Se presenta el instrumento al equipo directivo y jefes de sector, quienes retroalimentan el instrumento.

Se resuelve la elaboración de un cuestionario de 25 preguntas, las que buscan detectar situaciones de precariedad de los DSS, y que mediante la sumatoria del puntaje clasifican a las familias según vulnerabilidad baja, moderada o alta.

Luego de la aplicación, se realiza una visita domiciliaria por parte de residente de medicina familiar, con el objetivo de profundizar en el conocimiento de la familia y sus necesidades en salud.

Esta consta de la firma de un consentimiento informado, exploración familiar, entrevista de pauta libre, caracterización de sus integrantes, diagnóstico familiar integral y la priorización de sus necesidades en salud, con el consecuente plan de intervención consensuado.

Esta exploración cualitativa de la vulnerabilidad familiar es enfrentada a la estimación cuantitativa, cruzando los resultados en una matriz que nos ayuda a ajustar la precisión del instrumento y de cada pregunta en particular.

A modo de complemento, la proyección es llevar la información recogida a instrumentos de georreferenciación que nos permitan conocer espacialmente la distribución de la vulnerabilidad y sus características principales, para poder intervenir sobre ellas.

### **Conclusiones**

Un acercamiento a la vulnerabilidad familiar a través de su clasificación da espacio para detectar los factores causantes de las inequidades, donde los DSS toman un papel central.

Mediante esta cuantificación lo que pretendemos es un tamizaje, reconociendo la complejidad de su causalidad y sus consecuencias, por lo que es necesario complementar con un acercamiento particular a cada familia que nos permita una comprensión más acertada de su realidad.

La experiencia ha sido satisfactoria en la consecución del objetivo: la sensibilidad de la vulnerabilidad detectada ha variado entre un 70-75%, lo que se encuentra dentro de lo esperado para la metodología utilizada.

Contemplar los DSS para la elaboración del instrumento nos da la oportunidad de visibilizar, analizar e intervenir sobre las causas de inequidad. Incorporar esta información a herramientas de georreferenciación, agrupando las características de las familias, para profundizar en la comprensión del territorio mediante la asociación de las cualidades y la observación de su comportamiento espacial y temporal, nos entrega valiosa información para idear políticas de salud pública con enfoque de equidad, que medien directamente sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

Keywords: Vulnerabilidad familiar, Tamizaje familiar, Determinantes sociales de la salud

Financing: No cuenta con financiamiento

Acknowledgments: Profesor Omar Barriga, PhD., Departamento de Sociología Universidad de Concepción. Pamela y María Isabel, calificadores Cefam Villa Nonguén. A las familias que gentilmente nos abren las puertas de su hogar.

## Percepción de Inseguridad en la Población Libertad de Valdivia y su abordaje desde la Medicina Familiar Comunitaria

Camila Bravo Ramirez<sup>1,2</sup>

(1) Universidad Austral, Escuela de Graduados, Facultad de Medicina, Valdivia, Chile

(2) CESFAM Dr. Jorge Sabat Gozalo, Valdivia, Chile

**Antecedentes:** En el marco de la formación en Medicina Familiar Comunitaria de la Universidad Austral, una de las tareas es integrarse como médico de cabecera de un determinado territorio del CESFAM en el que se realice la práctica clínica, buscando cubrir aproximadamente 400 familias. Durante los 3 años de formación se ejecutan diversas actividades para finalizar con un proyecto de intervención comunitaria que emerge de las necesidades del territorio. En este caso se ha trabajado con la Población Libertad, perteneciente al CESFAM Dr. Jorge Sabat. Durante el primer año se realizaron dos actividades principales. Primero se realizó un *Análisis de Situación en Salud*, del cual destaca que la Población Libertad cuenta con más de 1.200 habitantes, una pirámide poblacional de tipo regresiva y un índice de envejecimiento mayor al comunal. Dentro de sus recursos, Libertad cuenta con una Junta de Vecinos activa y organizada, locales comerciales y áreas verdes, sin embargo, posee mala locomoción, regular estado de calles y falta de luminarias. La segunda actividad fue un *Diagnóstico Participativo*, el cual se denominó *Conversatorio con Libertad* y a través de diferentes actividades participativas se identificaron las principales problemáticas de la Población, destacando la *falta de control policial*. Luego se realizó un segundo conversatorio, en el cual se priorizó una problemática para abordar como Proyecto de Intervención Comunitaria, esta fue: “Alta percepción de Inseguridad en la Población Libertad”. Durante el segundo año de formación, se analizó la problemática bajo el modelo de marco lógico PRECEDE y se continuaron los conversatorios, desmenuzando los posibles factores a intervenir, destacando el aislamiento social y miedo al delito entre los habitantes. En cada actividad se mantuvo un promedio de participación de 15 personas, en su mayoría mujeres sobre los 60 años.

### Objetivos:

**General:** Reducir la Percepción de Inseguridad de los habitantes de la Población Libertad, por medio de la participación comunitaria.

### Específicos:

1. Fortalecer los lazos comunitarios entre habitantes de la Población Libertad, por medio de actividades participativas.
2. Facilitar conexiones con otras entidades públicas que permitan mejorar la problemática.
3. Aumentar el conocimiento en la Población Libertad sobre conductas de riesgo y materias afines a Seguridad, a través de instancias pedagógicas.

**Desarrollo:** La Percepción de Inseguridad se refiere a la sensación de vulnerabilidad ante la posibilidad de ser víctima de algún delito o violencia, estudios muestran que altera la salud mental generando cambios en actitudes, rutinas, hábitos e interrelaciones personales, mermando la calidad de vida, bienestar y la felicidad de la población. Uno de los efectos más significativos es el deterioro de las redes sociales personales y comunitarias por temor a la victimización, lo cual refuerza la sensación subjetiva de aislamiento y soledad. La Inseguridad en las comunidades es una problemática que se encuentra actualmente en boga a nivel país y requiere de soluciones a diversos niveles. Es por esto, que para alcanzar los objetivos específicos propuestos, se realizan 4 tipos de actividades: Encuentros Comunitarios, Actividades Lúdicas, Reuniones con Entidades Públicas y Talleres, al menos 1 de ellas cada mes, durante 6 meses. Se cuenta con un espacio de ejecución apropiado y central, que es la sede de la junta de vecinos y su difusión se realiza a través de redes sociales bajo el nombre “Viviendo con Libertad”. Además como medición se utilizará el “Cuestionario de Percepción de Inseguridad” validado en Chile, aplicado al inicio y término del proyecto, y como método cualitativo, se realizará al término una entrevista semi estructurada a una muestra aleatoria de participantes.

**Resultados:** Hasta la fecha el proyecto se encuentra en ejecución intermedia, quedando aún 2 meses de ejecución. Se han realizado actividades lúdicas, talleres de emergencias médicas y reuniones con Bomberos. En cada actividad han participado al menos 15 personas, notándose un incremento progresivo en la cantidad de asistentes y mayor cohesión del grupo participante, por lo que el impacto ha sido positivo y concordante con los objetivos específicos. Cabe destacar la participación activa de los vecinos, a lo largo de todo este proceso académico. Se han respetado y aceptado sus decisiones, comprendiendo además sus tiempos disponibles e intereses. Si recordamos la escalera de la participación, Libertad no ha tenido una participación *simbólica*, sino que sus decisiones han sido planificadas y ejecutadas en conjunto. Un ejemplo de esto, es el rechazo de la comunidad a generar comités de seguridad o instalaciones de cámaras de seguridad para dar prioridad a generar una base sólida comunitaria en primera instancia. Este hecho ha permitido generar la construcción de cimientos para futuros proyectos comunitarios, siendo la base de la pirámide para que los vecinos sigan “Viviendo con Libertad”.

Keywords: seguridad, comunidad, participación

Financing: Sin financiamiento.

Acknowledgments: A la comunidad, por abrirme las puertas de su territorio y hacerme parte .



## Abriendo Puertas, Haciendo Camino; Identificación De Activos Comunitarios A Través De Metodologías Participativas

Gabriel Fuentes Urbina<sup>1</sup>, Javier Obando Valdés<sup>1</sup>, Natalia Gatica Baeza<sup>2</sup>

(1) Universidad de Concepción, Programa de Medicina Familiar, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Janequeo esquina Av. Chacabuco S/N, Concepción, Chile

(2) CESFAM San Vicente, Brasil 360, Talcahuano, Chile

Es sabido que uno de los principios de la Medicina es intentar comprender el contexto del proceso salud-enfermedad en las personas. Para ello se ha recurrido a los indicadores de salud, definidos como una característica que se puede medir y que establece una medida de salud -o enfermedad- en una población determinada. Sin embargo, existen varias limitaciones en los indicadores, ya que muchas veces la medición de los fenómenos salud-enfermedad están focalizados en sólo uno de sus aspectos: la enfermedad. Esto ha determinado la necesidad de desarrollar otro tipo de observaciones que complementen la visión de este modelo tradicional de déficit y ponga su mirada en los recursos y activos en salud. Lo anterior, inevitablemente hace que volquemos nuestra mirada hacia las personas y sus comunidades y que a través de ellas descubramos sus activos y cómo ese tejido de relaciones y apoyos mutuos mejoran su propia calidad de vida y promocionan la salud. Para ello, es preciso seguir una metodología que se ajuste a la realidad de cada entorno. Una de ellas es la Deriva, la Psicogeografía y el Mapeo comunitario. La Especialidad de Medicina Familiar de la Universidad de Concepción promueve que sus residentes se incorporen a una comunidad geográficamente delimitada dentro del territorio del CESFAM en el cual se forman. Para efectos de esta experiencia, se detallará la vinculación realizada por un Residente del CESFAM San Vicente de Talcahuano con la Comunidad 7 de Enero, de la misma comuna, durante los años 2021 y 2022.

La presente experiencia busca identificar los activos comunitarios de salud de la Comunidad 7 de Enero de Talcahuano, a través del uso de metodologías participativas usando como referencia el modelo de Botello, et al. y ajustado a la realidad territorial.

La metodología de Botello et al., para el mapeo de activos en salud consta de seis fases. Para ajustarlo a la realidad local se modificó la fase cinco en la cual se realizó la sistematización de la información recabada. El primer paso fue la vinculación con los agentes locales. Durante el segundo semestre de 2021 nos pusimos en contacto con el Comité de Adelanto de la comunidad. El segundo paso fue la delimitación del mapeo. El tercer paso fue el trabajo con los agentes del terreno. El cuarto paso fue el trabajo de campo en la comunidad. Para ello, durante enero de 2022 nos reunimos en la “Casa de Oración” Se convocó a la directiva del Comité de Adelanto 7 de Enero, a la trabajadora social del CESFAM San Vicente que acompaña a este territorio y al Residente de Medicina Familiar inserto en esta comunidad. Se realizó un mapeo comunitario con un mapa físico de la comunidad hecho en una carátula. Se le pidió a los agentes comunitarios que identificaran con banderines de colores dentro del mapa los recursos individuales, geográficos, físicos, económicos, culturales, asociaciones formales e informales de la comunidad. Luego, con las mismas personas convocadas, se realizó la Deriva por la comunidad, con la que fue posible visualizar en terreno los recursos identificados por los agentes locales. El quinto paso fue la sistematización de la información obtenida. Esto fue realizado por el Residente de Medicina Familiar a través de imágenes de la comunidad con descripción psico-geográfica y finalmente un video que muestra todo el trabajo realizado. Finalmente, el quinto paso fue la transferencia de la información a los agentes locales y a las demás personas de la comunidad. Para ello, se realizó una convocatoria comunitaria para que las personas pudiesen ver el material realizado. Durante mayo de 2022 se realizó una reunión plenaria con los vecinos de la comunidad, en la cual se mostró el video y las psicogeografías que rescataban los recursos y activos de la comunidad.

Toda esta información aporta datos clave para entender algunas dinámicas de esta comunidad. Si pudiéramos definir en dos palabras el sentido de bienestar de la comunidad, estos serían la cohesión social y el encuentro con el otro. Esto resume el paradigma de buen vivir de la Comunidad 7 de enero. Como residentes de Medicina Familiar, es importante poder tener un real y sincero acercamiento a las comunidades a las cuales acompañamos y atendemos, haciendo que el conocimiento de sus recursos y activos sea parte inherente de nuestra distinción como especialistas.

Keywords: salutogénesis, recursos, activos, community health, health promotion

Financing: No hubo financiamiento farmacéutico.

Acknowledgments: Agradecimientos a toda la comunidad 7 de Enero, en especial a sus agentes comunitarios, que desde el primer día nos acogieron como uno más de su territorio. Agradecer también al Semillero del CESFAM San Vicente de Talcahuano, que nos ha permitido crecer, crear e innovar. Por último, al programa de Medicina Familiar de la Universidad de Concepción por formarnos como personas críticas y sentipensantes.

## Encuesta de satisfacción usuaria, Sistema de agendamiento de Horas Clínicas, CESFAM Jean y Marie Thierry (JMT)

Beatriz Salgado<sup>1</sup>

(1) CESFAM Jean y Marie Thierry, SSVSA, Blas Cuevas 985, Valparaíso, Chile

**Antecedentes:** En el año 2022 en CESFAM JMT pasamos de un sistema de agendamiento en donde solo se podían obtener horas concurriendo a partir de fechas de apertura de agendas mensuales a solicitar hora para cada mes a un sistema de sistema de entrega de citas modernizada, incorporando nuevas tecnologías de la comunicación e informática. A través de mecanismos para generar reservas de hora para atenciones programadas para meses futuros, estableciendo múltiples formas de comunicación con nuestras usuarias/os para informar/recordar con antelación citas agendadas, entre ellas: mensajería de WhatsApp, e-mail, mensajes de texto, junto a formas tradicionales para obtener información. Debido a que la implementación de este nuevo sistema marcaba una ruptura con antiguas formas de comunicación y de entrega de citas es que el equipo SOME quiso conocer el impacto de estos cambios en la población usuaria de nuestro CESFAM.

**Objetivos:** Indagar en las valoraciones de nuestros usuarios/as acerca de la implementación del nuevo sistema de agendamiento y confirmación de citas realizada por el CESFAM JMT de Valparaíso.

**Metodología:** Para lograr este objetivo, desarrollamos una encuesta de satisfacción usuaria en torno al sistema de agendamiento y confirmación de citas. La encuesta fue aplicada entre febrero y marzo de 2023. Se envió link del formulario de preguntas a través de WhatsApp a personas que habían sido usuarias directas del sistema de agendamiento durante el segundo semestre de 2022. En dicho formulario se incluyó información de la misma, sus objetivos y señalando que se trataba de una encuesta voluntaria y anónima. La encuesta se envió a un grupo de 2643 usuarios seleccionados aleatoriamente.

**Resultados:** 299 personas respondieron la encuesta. 48,8% fueron personas de 20 a 44 años; 36,8% de 45 a 64 años; 12,5% mayores de 65 años. 82,3% se identificaron con el género femenino y 16,7% masculino. <1% No se identificó con ninguno. 52,1% de los encuestados habían utilizado > 3 veces el nuevo sistema en los últimos 8 meses. 74,6% consideró que “Fue muy sencillo utilizar el nuevo sistema”; El 14% consideró que “Al principio me costó comprender el nuevo sistema, pero luego me adapté”; por otra parte, un 3,7% consideró que “Me cuesta comprender el nuevo sistema, pero un familiar o amigo/a me ayuda a lidiar con él”; Un 2% consideró que “Me cuesta comprender el nuevo sistema y no tengo a nadie quien me ayude”.

El 90% de los encuestados estuvo de acuerdo/muy de acuerdo al comunicarse con WhatsApp de Agendas SOME JMT con que “La información que entrega fue útil para mí”. El 89,3% estuvo de acuerdo/muy de acuerdo con la frase «En general fue rápido y fácil recibir la información». El 86,2% estuvo de acuerdo/muy de acuerdo con que «Recibir información vía WhatsApp me evitó tener que llamar a Línea 800 del CESFAM» y un 88,6% con que “Recibir información vía WhatsApp me evitó acudir al CESFAM”. El 70,6% de los encuestados dijo preferir este sistema de agendamiento al antiguo sistema. Solo el 23,4% estuvo de acuerdo/muy de acuerdo con que «Preferiría otro sistema de comunicación» y un 33,4% estuvo de acuerdo/muy de acuerdo con que «Me costó comprender la información». La nota promedio (de 1 a 7) que los participantes le pusieron al nuevo sistema implementado fue de 6,25 y al sistema de recordatorio vía mensaje de texto 6,50. El 45,5% de las encuestadas/os realizó comentarios, siendo el 60,7% comentarios positivos y 14,8% comentarios negativos.

**Conclusiones:** Los datos obtenidos en esta encuesta señalan una valoración muy favorable de los participantes hacia el sistema implementado. Llama la atención la desproporcionada cantidad de mujeres respondiendo, versus los varones, creemos que esto se debe a que son las mujeres mayoritariamente quienes se ocupan de gestionar las citas a controles de toda la familia, en coherencia con que las mujeres terminan realizando mayoritariamente roles de cuidado. En el caso de la distribución por edad, consideramos que obtuvimos una buena proporción de personas mayores, que es bastante equivalente al número de personas mayores entre la población inscrita. Nos parece preocupante el 2% que respondió “Me cuesta comprender el nuevo sistema y no tengo a nadie quien me ayude”, ya que esas personas presentan una barrera para la atención, la cual debemos subsanar. Ese porcentaje pudiera ser mayor y estar invisibilizado tal vez, por falta de herramientas de alfabetización digital, y simplemente no pudieron acceder a la encuesta enviada. Si bien, aunque la selección de potenciales participantes fue de forma aleatoria, esta encuesta de satisfacción usuaria fue voluntaria, por ende, existe un sesgo por efecto de selección, o más bien de autoselección de las/os participantes, por ende, no permite extrapolar los resultados a toda la población usuaria, sin embargo, se trata de un valioso insumo para seguir realizando mejora continua de las innovaciones aplicadas a la gestión de agendas del CESFAM JMT

**Keywords:** Encuesta de Satisfacción usuaria, Gestión de agendas, TICs en APS

**Financing:** No se requirió financiamiento

**Acknowledgments:** Al director del CESFAM Jean Marie Thierry, Silvio Aguirre, quien confió y nos dio el espacio para las innovaciones que estamos desarrollando a las y los usuarios que tan amablemente dieron parte de su tiempo para responder esta encuesta.

## **Geriatría en Atención Primaria: Formación médica de pre-grado con enfoque ambulatorio e intersectorial**

**Carmen Nadal Agost<sup>1</sup>, Victor Pachay<sup>1</sup>**

(1) UNIVERSIDAD DE O’HIGGINS, Salud, Medicina, Alameda 311, Rancagua, Chile

Mientras al gerontología se ocupa del estudio del envejecimiento a nivel socio cultural, la geriatría es definida por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología como la “rama de la Medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos”. Debido al acelerado envejecimiento de la población chilena, las escuelas de medicina han asumido como un nuevo desafío la formación de los/as futuros médicos/as en esta área. Por ello, la Universidad de O’Higgins, implementa para su primera generación de estudiantes de medicina, un modelo de aprendizaje en práctica de la geriatría con un enfoque ambulatorio e intersectorial acorde a su perfil de egreso dirigido a formar “ un profesional integral, con una formación científica, humanista y ética de calidad, que cuenta con habilidades para atender las necesidades de salud de las personas a lo largo de su ciclo vital en estrecha relación con el/la paciente, familia y comunidad”.

Es así como el internado de Geriatría que se cursa en el séptimo año de la carrera, se integra al internado de Atención Primaria de salud (APS) y se asocia a un trabajo coordinado de campos clínicos entre Centros de Salud Familiar (CESFAM) y Establecimientos de Larga Estadías para Adultos Mayores (ELEAM) o viviendas tuteladas del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA).

El objetivo del internado integrado APS-Geriatría tiene como objetivo que el/la estudiante pueda adquirir, profundizar y fortalecer conocimientos propios del proceso natural de envejecimiento, con las destrezas necesarias para trabajar con personas mayores y sus cuidadores y/o familiares en el contexto ambulatorio y comunitario, de tal manera, desarrollar una atención integral, respetando la autonomía y manteniendo la independencia de sus pacientes con cuidados preventivos, progresivos, continuados y coordinados.

Los ejes trabajados son: Promoción (Actividad: Talleres de autocuidado realizado por los estudiantes en prácticas) - prevención (Actividad: Exámenes preventivos del Adulto Mayor realizados por los estudiantes en hogares SENAMA en personas inscritas en el CESFAM de práctica; controles de multimorbilidad en el CESFAM) - Enfoque Comunitario (Participación en actividades del Programa MÁS ADULTOS MAYORES MAS AUTOVALENTES del CESFAM de práctica-MAS) - Enfoque familiar y núcleo cuidador (Asistencia en domicilio de pacientes dependientes severos y terminales) - Trabajo intersectorial (Actividades coordinadas con Hogares del SENAMA). Ello favorece el enfoque ambulatorio.

El equipo docente encargado de la realización del internado lo conforman una médico de familia, un médico general con basta experiencia en Atención Primaria con grado académico de geriatría, un kinesiólogo de atención primaria con experiencia en el programa MAS y en atención domiciliaria con grado académico en geriatría y gerontología y una enfermera con experiencia en cuidados de fin de vida.

Este internado integrado tiene una duración de 11 semanas, en las cuales los alumnos desarrollan actividades propias de la atención primaria en el CESFAM en práctica y realizan atenciones en hogares de SENAMA con pacientes inscritos del mismo CESFAM, de tal manera, generar un puente entre 3 instituciones Universidad, CESFAM y Hogar SENAMA. Ello favorece el enfoque intersectorial.

Esta experiencia ha permitido:

- Favorecer la sensibilidad en los futuros médicos de una atención extra hospitalaria de la geriatría tanto a nivel familiar, comunitario y de instituciones sociales que atienden a la población envejecida más vulnerable del país.
- Promover las prácticas médicas de pre-grado bajo el modelo biopsicosocial y comunitario dirigido a los adultos mayores y sus propios contextos
- Generar lazos de cooperación entre la Academia y el Estado, siendo la Universidad un ente articulador entre instituciones de la red pública socio- sanitaria y colaborando en la atención de adultos mayores institucionalizados del SENAMA
- Mejorar los registros del datos clínicos en los hogares de SENAMA ya que los alumnos utilizan los formatos oficiales establecidos por este servicio.

Limitaciones

- La falta de una ficha clínica común entre CESFAM y Hogar SENAMA. Si bien los pacientes institucionalizados cuentan con una ficha clínica en el CESFAM de inscripción, las atenciones se deben registrar en forma doble para contar con los mismos datos en el hogar.
- Los médicos contratados por la Universidad para la atención en hogares SENAMA, no cuentan con acceso a la ficha clínica de los pacientes en el CESFAM. Esto debido a los estándares de acreditación que resguardan los datos de pacientes para personas ajenas al establecimiento de salud. Los alumnos cuentan con acceso a la ficha clínica del CESFAM, pero no se les permite registrar sin la autorización de un médico contratado por el CESFAM.

## Experiencia De Atención Primaria En Centro De Salud PDI Región Metropolitana

María Ximena Hernández Mellado<sup>1</sup>, Nadia Carolina Pinilla Silva<sup>1</sup>

(1) Jenasa Pdi, Censal, Medicina Censal, Sais, Brown Norte 235, Santiago, Chile

**ANTECEDENTES:** Desde antes del año 2008 se ha intentado desarrollar la atención primaria en nuestro centro de Salud (CENSAL) ya que es reconocida como pilar fundamental de los sistemas de atención de salud a nivel mundial. La Atención Primaria ha pasado por diferentes jefaturas, quienes han intentado imprimir la visión del Ministerio de Salud, enmarcándose en los lineamientos institucionales relacionados con el área de salud. En pandemia trabajamos contactando a funcionarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular y apoyarlos en sus necesidades y consultas telemáticas. en Junio del 2022 se reorganizar el Equipo Gestor SAIS (sistema de atención integral de salud) conformado por una Médico familiar, una Enfermera y una Nutricionista, quienes intentan darle un marco de funcionamiento centrado y orientado hacia las necesidades de los funcionarios de nuestra institución. El equipo SAIS es multidisciplinario integrado por Médicas Familiares y generales, Odontólogo, Enfermera, Psicóloga, Nutricionista, Tecnóloga en Oftalmología, Matrona, Podóloga y TENS. en el CENSAL contamos con un equipo de especialistas, cardiólogos, nutriólogas, diabetóloga, endocrinóloga, oncólogo, otorrino, oftalmóloga, ginecóloga, geriatra, urólogo, odontólogos, traumatólogos, equipo de salud mental con psiquiatra , psicólogo y médico familiar. pediatras, terapeuta ocupacional. CENSAL tiene laboratorio de exámenes bioquímicos, radiología, ecografía , Tomografía axial computarizada, .monitoreo ambulatorio de presión arterial, E.C.G.y test de esfuerzo.

**OBJETIVO:** Tener a toda nuestra población bajo control (funcionarios activos, Cargas familiares (esposos/as, hijos, padres) y funcionarios en retiro) que permita conocerles y acompañarlos durante todo el ciclo vital, transformándonos en su equipo de cabecera. . Replicar el modelo de atención de salud en todo Chile, en los centros de Salud Regional formado por equipo multidisciplinario, lo que permite el desarrollo de las atenciones de salud.

**DESARROLLO:** durante julio del 2022 a junio del 2023 se ingresaron 537 pacientes mayores de 15 años. El ingreso al SAIS fue en forma espontanea por morbilidad a médico o a cualquier miembro del equipo , derivación de especialidades para control de alguna patología, derivación de examen de salud preventivo y pesquisa en operativos de salud en las unidades policiales.

**RESULTADOS:** Se analizan 537 de los cuales 239 hombres y 298 mujeres, 273 son funcionarios activos, 125 en retiro y 139 cargas. La edad de los consultantes fue de 17 a 89 años. El 50% de los consultantes está entre 45 a 64 años de edad. Según morbilidad y factores de riesgo se encuentra: Sin patología 123, Hipertensión arterial (HTA) 202, Diabetes mellitus (DM) 87, dislipidemia145, obesidad 123, sobrepeso 116, tabaquismo 60, cáncer13, resistencia a insulina A68, hipotiroidismo 57, EPOC-Asma15, trastorno depresivo 42, trastorno ansioso 65, trastorno adaptativo 61. al corte del 30 de Junio del 2'23 se analizan la compensación de enfermedades crónicas: HTA 74% de compensación, D.M. 51% y dislipidemia 55%. Respecto a salud mental del total de 239 hombres hay 5,02% tr depresivo, 11,7% tr ansiedad y 6,27% tr. adaptativo y al evaluar a los130 funcionarios activos el porcentaje sube 7,69% tr, depresivo, 18,4% tr ansiedad y 10,7 tr. adaptativo, en mujeres del total de 298 hay 10,6% tr depresivo, 12,4% tr ansiedad y 15,4% tr. adaptativo y en las funcionarias activas el porcentaje sube 16,08% tr, depresivo, 17,4 % tr ansiedad y 24,4% tr. adaptativo.

**CONCLUSIONES:** El 50% de los pacientes ingresados son funcionarios activos de los cuales a pesar de tener mas funcionarios hombres, consultan mas las mujeres, la edad de consulta mayor sobre los 45 años tiene que ver con los funcionarios jóvenes no presentan patología evidentes y se consideran sanos. La buena compensación de nuestros enfermos crónicos depende de que es una población cautiva, con acceso fácil porque se disponen de horas prontas al equipo SAIS y una rápida y oportuna derivación a especialistas en caso de requerirlo . Los usuarios obesos son derivados al equipo de nutrición formado por nutriólogas y nutricionista y los pacientes con sobrepeso controlados por el equipo SAIS. Al evaluar a los pacientes en salud mental tienen índices mayores que la población general según MINSAL y aumenta mas si son pacientes activos debido a que pueden consultar mas fácilmente por dispones de especialistas y médicos familiares en nuestro centro y nuestra población tiene una actividad laboral estresante, que implica el uso de armas de fuego y por lo tanto las jefaturas se preocupan de que su personal consulte en caso de pesquisar situaciones de riesgo, además hay conductas poco favorables, como sedentarismo, mal hábito alimenticio, tabaquismo, insomnio por sistemas de turnos, sumado a traslado a otras unidades en distintas regiones que contribuyen a estrés y situaciones de salud mental para los funcionarios y sus familias.

Keywords: SAIS, salud mental, compensación

Financing: SIN FINANCIAMIENTO

Acknowledgments: Jefatura Nacional de Salud (JENASA)Jefatura de CENSALDepartamento de medicina CENSALSOME CENSAL





2023  
**XXIV**

Congreso Chileno de Medicina Familiar "Medicina familiar y Comunidad, una oportunidad para la Universalización"

**Área: Casos clínicos**

## Niebla cerebral en COVID-19 prolongado: Reporte de caso.

Franco Arcos Rojas<sup>1</sup>, Maira Vega Llanos<sup>1</sup>, Paula Cáceres Ibacache<sup>1</sup>, José Ortega González<sup>1</sup>

(1) CESFAM Dr. Jorge Jordán Domic, Ovalle, Chile

### Introducción.

El impacto que ha tenido la pandemia de COVID-19 en los diferentes ámbitos de la sociedad es evidente. Entre ellos se encuentran las secuelas funcionales que afectan el área social, laboral y económica de las personas, conllevando un detrimento en la calidad de vida y la salud mental.

Además, la enfermedad en sí ha causado diversas complicaciones de salud, entre ellas las englobadas en el denominado COVID prolongado o síndrome post-COVID.

En Chile, se estima una incidencia de entre 10-20% de COVID prolongado, cuyos principales síntomas son la fatiga, disnea y problemas cognitivos, los cuales se encuentran descritos en el síndrome de fatiga crónica (SFC). Entre estos síntomas, se reporta frecuentemente alteración de la atención y percepción, fallas de memoria a corto plazo y fatiga mental frente a estímulos, a este componente cognitivo se le denomina “niebla cerebral”. Por otro lado, también se han descrito síntomas de la esfera anímica y alteraciones del sueño.

Todo esto tiene relevancia en la atención primaria debido a las actuales estrategias de rehabilitación en COVID-19 y la tasa de consulta de problemas de salud mental.

### Presentación del caso.

Se aborda el caso de paciente masculino de 36 años, minero, quien presenta síntomas persistentes de COVID-19 posterior a infección leve. Inicialmente se pesquiza infección por SARS-CoV-2 durante cuadro de infección respiratoria con síntomas leves, manejado con tratamiento sintomático. A los 10 días consulta de nuevo por fiebre persistente, disnea moderada, dolor torácico, fatiga, temblor y parestesia de extremidades superiores, presentando al examen físico disminución del murmullo pulmonar en ambos ápices, se decide manejo ambulatorio con broncodilatador de corta duración.

Durante el primer mes evoluciona desfavorablemente, paciente describe cianosis y debilidad generalizada, requiriendo inhaladores con broncodilatadores, corticoides inhalados, antibióticos y kinesioterapia respiratoria. Entre las evaluaciones realizadas, destaca saturación de oxígeno entre 94 y 97% en todas las evaluaciones, sin signos clínicos de insuficiencia respiratoria, radiografía de tórax y espirometría sin hallazgos patológicos. En los exámenes de laboratorio, se evidencia ácido úrico levemente elevado, con función renal, glicemia y perfil tiroideo normal. En paralelo, se agregan síntomas anímicos, insomnio, inapetencia, disminución de la libido y pensamientos intrusivos sobre el estado general y problemas económicos asociado a reposo prolongado, el cual se decide mantener y se deriva al programa ERA (Enfermedades Respiratorias del Adulto) para seguimiento por síndrome de COVID prolongado.

Luego de 4 meses, los síntomas respiratorios remiten, por lo que el paciente decide volver a trabajar en faena minera, sufre descompensación en su lugar de trabajo y retoma reposo laboral. Reconsulta en CESFAM acompañado de su pareja quien, además de los síntomas psiquiátricos mencionados anteriormente, menciona bradipsiquia y episodios de amnesia anterógrada y retrógrada, desorientación temporo-espacial, prosopagnosia, anhedonia, irritabilidad y conducta regresiva. Dado cuadro compatible con deterioro cognitivo en contexto de COVID-19 prolongado, se realiza tomografía computarizada de encéfalo y tórax y resonancia magnética de encéfalo sin alteraciones evidentes, descartándose complicaciones embólicas pulmonares y cerebrales.

Inicia con fluoxetina 40 mg/día y risperidona 1 mg/día, notándose una mejoría de los síntomas anímicos, desorientación y conducta regresiva; sin embargo, persistía bradipsiquia y amnesia. Se plantea el diagnóstico de niebla cerebral asociada a COVID-19 y se agrega Modafinilo 100 mg/día y Bupropión 150 mg/día. Posterior a esto, el paciente presenta una mejoría exponencial de sus síntomas, logrando una mejoría en su calidad de vida y reincorporación al trabajo.

### Revisión de la literatura.

El concepto de niebla mental se describe como un deterioro cognitivo leve, así como a la percepción y experiencia de fatiga mental asociada al SFC.

La OMS ha reconocido el COVID prolongado o *Long COVID* como un cuadro caracterizado por persistencia o prolongación de síntomas en personas que han desarrollado COVID-19, generalmente leve, cuyos síntomas principales son la fatiga persistente, disnea y alteraciones cognitivas que generan dificultades en la recuperación de las actividades de vida diaria, deterioro en el funcionamiento y en el retorno laboral.

### Conclusión.

A pesar de que en Chile recientemente se levantó el estado de alerta por COVID-19, dicha enfermedad sigue estando presente y todavía puede ocasionar complicaciones como la descrita. Se debe tomar en cuenta el antecedente de infección por COVID-19 al momento de evaluar a un paciente con síntomas anímicos y/o cognitivos en atención primaria. Sumado a esto, también hay que considerar otras consecuencias multicausales que ocasionó la pandemia, las cuales han conllevado a su vez a un estrés considerable en la población.

Keywords: COVID, COVID prolongado, niebla cerebral, complicaciones

## ÍNDICE

### **B**

Bass del Campo C **17**  
Bolbaran Castillo A **30**  
Bravo Ramirez C **36**  
Bravo M **28**

### **C**

Caceres D **12**  
Corrêa Pantoja J **25**

### **F**

Flores Salazar J **27**  
Fuentes Urbina G **37**

### **G**

Galindo Orellana A **7**  
Gonzalez Aristegui D **9**  
González F **33**  
Guerra Rosales D **21**

### **L**

Leal I **19**  
León Alarcón S **20**  
León Ebner M **11**

### **M**

Mora Melanchthon I **13**

### **N**

Nadal Agost C **39**

### **P**

Paiva Brahm C **31**  
Pinilla Silva N **40**

### **R**

Riveros Galaz D **23**  
Romero C **8**  
Rufino Nuñez H **26**

### **S**

Salgado B **32,34, 38**  
Simball Valencia C **18**  
Steil B **24**

### **T**

Thauby De la Torre J **15, 22**  
Torres García H **35**

### **V**

Vega Llanos M **42**





2023

XXIV

# Congreso Chileno de Medicina Familiar “Medicina familiar y Comunidad, una oportunidad para la Universalización”

## Auspiciadores



## Patrocinadores



[www.congresomedicinafamiliar.cl](http://www.congresomedicinafamiliar.cl)