



2024
XXV

Congreso Chileno de Medicina Familiar
“Seguir construyendo juntos una salud integral y comunitaria”

LIBRO DE RESÚMENES

Congreso sin marca, sin auspicio de la industria

13, 14, 15 Y 16 DE NOVIEMBRE
SANTIAGO DE CHILE, REGIÓN METROPOLITANA
Organiza Sociedad Chilena de Medicina Familiar



COMITÉ XXV CONGRESO CHILENO DE MEDICINA FAMILIAR

Integrantes:

- Pamela Llantén Aroca
- Victor Arancibia Vergara
- Alejandro Villalobos San Martin
- Gleidy Mara Davila Marmol
- Ivanna Bressan Sanchez
- Josefa Constanza Herrera Herrera
- Paulina Daniela Velasquez Navajas
- Emilia Reyes Rodríguez

PREMIOS EN CATEGORÍA INVESTIGACIÓN

GANADOR PRIMER LUGAR

Brechas e inequidades en acciones de salud posteriores al Examen de Medicina Preventiva de Adultos (EMPA) en atención primaria de salud

Diego García-Huidobro¹, Teresita Varela^{1,2}, Paula Zamorano², Isidora Salvatierra², Alvaro Tellez^{1,2}

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

(2) Red de Salud UC-CHRISTUS, Centro de Innovación en Salud, Av. Concha y Toro 3720, Santiago, Chile

Introducción: El Examen de Medicina Preventiva de Adultos (EMPA) tiene como objetivo la detección temprana de riesgos y enfermedades para reducir morbilidad y mortalidad asociada. Por su importancia para el país, forma parte de las Garantías Explícitas en Salud (GES) y de los Índices de Actividad de Atención Primaria. Está dirigido a personas entre 15 y 64 años, y busca detectar malnutrición por exceso, tabaquismo, consumo problemático de alcohol, hipertensión arterial, diabetes, cáncer de mama y cáncer cervicouterino, sífilis y tuberculosis. Si bien, está garantizado el tamizaje, se desconoce lo que ocurre posterior a la aplicación del EMPA en atención primaria.

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir las características de la población que recibe el EMPA e identificar brechas de acceso y oportunidad a los procesos de confirmación posteriores al tamizaje.

Materiales y métodos: Se desarrolló un estudio observacional descriptivo, en el cual participaron los establecimientos de 6 comunas de las Regiones de Valparaíso, Metropolitana, Los Ríos y Los Lagos. Se analizaron múltiples bases de datos de usuarios que recibieron el EMPA durante el año 2023, incluyendo base de datos de protocolo EMPA, exámenes de laboratorio, de perfil de presión arterial, de notificaciones GES, de consultas a profesionales de salud y sus diagnósticos. Se evaluó se comparó la prevalencia detectada de condiciones de riesgo con la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016 -17. Se determinó el cumplimiento de las acciones posteriores al EMPA de acuerdo con lo establecido en la Guía GES del EMPA usando estadística descriptiva. Se comparó el cumplimiento de los flujos clínicos según características demográficas de los usuarios usando regresión logística multivariada. Valores p menores a 0,05 fueron considerados estadísticamente significativos.

Resultados: Un total de 36.207 usuarios se realizaron un EMPA durante el año 2023. La mayoría de los EMPA fueron realizados por Enfermero/a (29%) o Nutricionista (27%). Un 75% estaba completo con los resultados en la ficha clínica (vigente). La mayoría de las personas que se tomaron un EMPA fueron mujeres (76%), de 38.6 años de edad promedio, de nacionalidad chilena (80%), sin un pueblo originario (95%). La prevalencia de enfermedades tamizadas fue similar a las reportadas en la ENS para la mayoría de las condiciones de salud. Se identificaron brechas significativas en el cumplimiento de las acciones posteriores al EMPA para la confirmación diagnóstica y tratamiento para todas las enfermedades tamizadas. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en el cumplimiento de los flujos posteriores al EMPA según las características demográficas de los usuarios que recibieron el EMPA.

Conclusiones: Si bien el EMPA permite identificar personas en riesgo de tener enfermedades relevantes para la carga de enfermedad del país, existe una gran brecha de acceso a los exámenes diagnósticos y evaluaciones clínicas posteriores que reducen su impacto. Centros de atención primaria debieran integrar acciones para facilitar acceso preferencial a exámenes de confirmación diagnóstica y tratamiento temprano a usuarios identificados en riesgo en el tamizaje del EMPA.

Keywords: Examen de Medicina Preventiva, EMPA, Atención primaria, Brechas de salud, Inequidades de salud

Financing: Donación de Laboratorio Boehringer Ingelheim. El laboratorio no participó del diseño del estudio, los resultados, su interpretación, y publicación de resultados.

Acknowledgments: Agradecemos enormemente la participación de las Municipalidades de San Felipe, San Miguel, La Florida, Valdivia, y Castro, y a la Red ANCORA UC.



GANADOR SEGUNDO LUGAR

CARACTERIZACION DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR (CESFAM) PEDRO DE VALDIVIA, CONCEPCION – CHILE, JUNIO 2023 - JUNIO 2024

CYNTHIA BERNARDITA CISTERNA QUILAQUEO¹, Javiera Onette Padilla Muñoz¹, María Magdalena Oyarzún Guarda¹, Nicole Elizabeth Gay Jara²

(1) Universidad de Concepción, Salud Pública, Medicina, Concepción, Chile(2) Cesfam Pedro de Valdivia, Las Canchas #56, Concepción, Chile

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los Cuidados Paliativos (CCPP) como un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias cuando afrontan problemas de salud orden físico, psicológico, social o espiritual inherentes a una enfermedad potencialmente mortal, a través de la prevención y alivio del sufrimiento (1).

El acelerado envejecimiento de las poblaciones, el aumento de las enfermedades no transmisibles y la discapacidad causada por el aumento de la esperanza de vida, han generado una creciente demanda de dichos cuidados, donde anualmente, a nivel mundial, 40 millones de personas requieren cuidados paliativos, recibiendo solo un 14% de ellos. (2)

La tendencia actual señala, además, que el perfil de las personas en los programas de CCPP está cambiando, siendo incluidos no sólo los pacientes con enfermedades oncológicas, sino también aquellos con condiciones de salud irreversibles con un pronóstico de vida limitado. (3) Es por ello que en octubre del año 2021 se promulga en Chile la ley 21.374, que consagra los Cuidados Paliativos Universales (CPU) y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves, no oncológicas, a recibir cuidados sanitarios a través del modelo de atención domiciliaria, a ser informada en forma oportuna de su estado de salud y a ser acompañada por sus familiares o las personas que designe. (4)

Objetivo principal: Describir las principales características de los usuarios ingresados al programa de Cuidados Paliativos Universales, recientemente implementado en Chile, en el Centro de Salud Familiar Pedro de Valdivia de la comuna de Concepción durante el período junio 2023 a junio 2024, en relación a diagnóstico de ingreso, distribución por sexo y edad y fallecimiento.

Metodología

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal. La población de estudio corresponde a la totalidad de los usuarios ingresados al programa de CPU del CESFAM Pedro de Valdivia durante el período junio 2023 - junio 2024, considerándose 12 usuarios ingresados el 2023 y 3 usuarios ingresados el 2024. Por lo anterior no se considera muestra.

La recolección de datos se obtuvo del Registro Estadístico Mensual (REM) A33 que incluye las características de ingresos por diagnóstico y egreso por causales del programa, distribuidos por sexo y edad, los cuales fueron incorporados en una planilla Excel confeccionada especialmente para la investigación.

Se realizó estadística descriptiva de las variables mencionadas con anterioridad, utilizando especialmente media y distribución de frecuencia de los datos, con el mismo software de la planilla para la tabulación y análisis de ellos.

Resultados: De los 15 usuarios ingresados al programa CPU del CESFAM Pedro de Valdivia entre junio de 2023 y junio de 2024, un 47% son mujeres y un 53% son hombres, siendo el diagnóstico más frecuente la enfermedad neurodegenerativa con un 26.7%. En los hombres destaca una mayor prevalencia de Insuficiencia Cardíaca con un 25% de los casos y en mujeres la enfermedad neurodegenerativa con un 42.8%. La edad de los casos se distribuye desde los 45 años en adelante, donde un 20% corresponde a menores de 60 años, que incluyen enfermedades del sistema nervioso vascular o traumático, insuficiencia hepática y enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas. El 46.7% del total de casos corresponde a mayores de 80 años.

En relación a los fallecidos, el 46.7% de los casos ocurre antes de los 6 meses de ingreso al programa, de los cuales 57.2% son hombres y 42.8% son mujeres. Del total de fallecidos el 85.8% son mayores de 70 años.

Conclusiones: El análisis de los usuarios del programa de CPU del CESFAM Pedro de Valdivia revela un perfil demográfico predominantemente masculino (53%), con un significativo porcentaje de pacientes de edad avanzada, donde el 46.7% son mayores de 80 años. Este hallazgo resalta la necesidad de atención específica para la población mayor, que representa un grupo vulnerable con requerimientos complejos.

Asimismo, se observa que el 20% de los pacientes son menores de 60 años, lo que indica que el programa también debe abordar las necesidades de individuos más jóvenes con diagnósticos variados, incluyendo enfermedades del sistema nervioso y trastornos metabólicos.

La elevada tasa de mortalidad, con un 46.7% de los usuarios falleciendo en los primeros seis meses de ingreso al programa, destaca la urgencia de intervenciones paliativas tempranas y que afortunadamente están garantizadas desde la existencia de la ley 21.374.

Los resultados obtenidos respaldan la existencia del programa CPU como una respuesta institucional a las necesidades emergentes de la población, especialmente en el contexto de una población envejecida que enfrenta múltiples enfermedades crónicas y condiciones terminales. Finalmente, los resultados de este estudio enfatizan la necesidad de optimizar el acceso y la calidad de los cuidados paliativos, adaptando las estrategias de atención a las características demográficas y clínicas de los pacientes, con el fin de mejorar su calidad de vida y proporcionar un enfoque integral en la atención de enfermedades crónicas y terminales.

Referencias

1. OMS. Cuidados paliativos [Internet]. 2020 [citado 19 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

2. OMS A sp. WHA67 [Internet]. [citado 25 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330631>

3. Barrera-Uribe I, Rodríguez Rocha AJ, Wang Gao Y, Rol Hoyas CM, Aira Ferrer P, Domínguez Lorenzo C. Perfil de pacientes con cronicidad avanzada y necesidades paliativas: un cambio que no llega. REV CLÍN MED FAM. 2022;15(2):85-92

4. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria, Departamento Gestión de los Cuidados. Orientación Técnica Programa de Cuidados Paliativos Universales. Santiago: Ministerio de Salud; 2023 [citado 20 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/01/Orientacion-Tecnica-Cuidados-Paliativos-Universales.pptx>

Keywords: Cuidados paliativos, enfermedades terminales, personas mayores

Financing: Sin financiamiento externo.

Acknowledgments: Al CESFAM Pedro de Valdivia y su equipo semillero, formador de Residentes de Medicina Familiar de la Universidad de Concepción. A los usuarios del Cesfam Pedro de Valdivia, especialmente a las familias del Programa de Cuidados Paliativos Universales y su equipo. A nuestras familias y seres queridos.

GANADOR TERCER LUGAR

Efectividad del tratamiento no farmacológico en la depresión persistente: Una revisión de la literatura.

Pablo Espina Marchant¹, Evelyn Vilca Alfaro¹, Daniela Montupil Solari¹, Pamela García Lizana¹, Josefa Santa María Barrera¹, Gabriela Parra Fernández¹, Eliecer Maluenda Muñoz², Alicia Figueroa Barra²

(1) Universidad de Chile, Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Chile (2) Universidad de Chile, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, Facultad de Medicina, Chile

Introducción: La depresión persistente es un trastorno del ánimo definido por una duración prolongada y síntomas leves a moderados, que requiere de un tratamiento integral y multidisciplinario. La terapia convencional incluye tratamiento farmacológico y no farmacológico, principalmente psicoterapia. Sin embargo, el acceso a psicoterapia es limitado en la atención primaria, y no son efectivas para todos los pacientes. Debido a su presentación clínica, las y los pacientes no cumplen criterios de gravedad para ser derivados a nivel secundario, por lo que el nivel primario de atención adquiere un rol primordial.

Objetivos: Identificar tratamientos no farmacológicos, excluida la psicoterapia, que sean efectivos para el manejo de la depresión persistente.

Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en 6 bases de datos: Pubmed, PsycNet, Cochrane Library, Epistemonikos, Scielo y LILACS. Se incluyeron ensayos clínicos controlados que evaluaron tratamientos no farmacológicos para la depresión persistente en adultos. Se utilizó escala de Jadad para seleccionar artículos de buena calidad metodológica, con punto de corte en 3 puntos.

Resultados: Se incluyeron 17 estudios, encontrándose una alta heterogeneidad en las características demográficas de los participantes, las escalas de evaluación utilizadas, y las intervenciones a evaluar. Los estudios fueron agrupados según el tipo de intervención en las siguientes categorías: Trabajo colaborativo multiprofesional (4 estudios), Consejerías (3 estudios), Intervenciones de autoayuda en línea (3 estudios), Gestión telefónica de casos (4 estudios) e Intervenciones corporales (3 estudios).

Conclusión: Se identificaron distintas alternativas de tratamiento no farmacológico prometedoras para la depresión persistente, destacando el trabajo colaborativo, la utilización de tecnologías para intervención y seguimiento, y la promoción del ejercicio físico; factibles de implementar en la Atención Primaria, pero con baja calidad de evidencia. El tipo de consejerías encontrado es difícil de implementar, pues requiere personal calificado. Es necesario mejorar la calidad de la investigación en este campo, con diseño de estudios reproducibles y outcomes con instrumentos validados.

PREMIOS EN CATEGORÍA EXPERIENCIA

GANADOR PRIMER LUGAR

CURSO SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL PARA RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR AUMENTA COMPETENCIAS EN EL ABORDAJE DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Victoria Binda Vergara¹, Trinidad Rodríguez Infante¹, María de los Angeles Paul Delfau², Carmen Lagos³, Victoria Cuadra Sieveking¹, Javiera Brierley Vera¹

(1) Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Vicuña Mackena 4686, Santiago, Chile.
(2) Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento Pediatría, Facultad de Medicina, Vicuña Mackena 4686, Santiago, Chile(3)
Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento Psiquiatría, Facultad Medicina, Vicuña Mackena 4686, Santiago, Chile

Antecedentes : Chile presenta algunas de las cifras más altas a nivel mundial de problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes (NNA), las que han aumentado después de la pandemia. La gran parte de esta población es atendida en Atención Primaria de Salud (APS), llevando una alta carga asistencial y mental de los médicos que los atienden. Encuestas realizadas a residentes de medicina familiar muestran un alto grado de burnout, especialmente en residentes de la mención niño (MFN). Entrevistas con los residentes refieren que puede estar asociado a falta de herramientas para el abordaje de casos de salud mental (SM) complejos que atienden desde su primer año de residencia. En el año 2020 se diseñó un curso de SM infanto-juvenil para residentes de primer año de MFN, que entregue herramientas para el adecuado manejo de NNA que consultan por problemas de SM frecuentes y aumente sus competencias en el abordaje de estas familias, disminuyendo la sensación de sobrecarga asociada.

Objetivos : Evaluar el cambio en la percepción de competencias en el abordaje de NNA que consultan por problemas de SM en APS en los residentes de medicina familiar antes y después de participar en el curso diseñado.

Desarrollo : El curso usa metodología b-learning. Duración: semanal durante un semestre.

Contenidos y metodología de aprendizaje : Primera parte: sesiones online sincrónicas teórico-prácticas que combinan presentaciones y trabajo basados en casos clínicos, clases invertidas, lecturas, videos, tareas, portafolios. Segunda parte: Componente práctico: Sesiones con entrevistas con pacientes en directo en modalidad video-streaming

Se realizó una encuesta previa anónima a residentes para evaluar percepción de competencias previas al curso y luego se repitió al finalizar el curso. Todos los residentes accedieron que los resultados de las encuestas fueran utilizados para presentación científica y/o publicación.

Resultados: Se han realizado 4 versiones del curso, un total de 25 residentes de MFN lo han completado. En las últimas dos versiones se ha sumado residentes de pediatría a la primera parte del curso (no considerados en estos resultados). La encuesta muestra un aumento significativo en la percepción de competencias en la atención de NNA y sus familias que consultan por problemas de SM en todas las áreas evaluadas ($p < 0,05$): 1) Siento que cuento con las herramientas para abordarlas 2) siento que puedo ofrecerles ayuda efectiva 3) logro identificar la importancia de la parentalidad, curso de vida y el contexto, en el desarrollo de problemas de SM de NNA 4) logro identificar formas de promover el neurodesarrollo normal e integral 5) logro identificar eventos adversos de la infancia y síntomas asociados al trauma 6) logro evaluar sensibilidad y competencias parentales 7) logro entregar una atención de salud informada en trauma, fomentando la resiliencia y salud relacional de los NNA y sus familias. Por otra parte, la encuesta muestra una disminución en la percepción de sentirse abrumado al atender NNA con problemas de SM.

Conclusiones: El curso de salud mental infanto-juvenil para residentes de medicina familiar logra entregar herramientas en el manejo de NNA que consultan por problemas de salud mental, aumentar las competencias en su atención y disminuir la sensación de carga asociada, que puede llevar a aumento de burnout de los residentes.

Keywords: salud mental, medicina familiar, herramientas, competencias, niños niñas y adolescentes

Financing: Sin financiamiento

Acknowledgments: Agradecemos a los residentes de medicina familiar participantes en este curso, por su entusiasmo, interés por aprender y cariño por cada paciente atendido



GANADOR SEGUNDO LUGAR

Experiencia de Promoción de la Salud en Mujeres en Rehabilitación de Adicciones: Una Estrategia de Empoderamiento y Abogacía en las comunidades.

Natalia Fernández Alicera¹, Cristobal Galindo Martinez¹, Sascha Kurz de Armas¹

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

Antecedentes: La Fundación Puerta Abierta (FPA) apoya a mujeres en proceso de rehabilitación por consumo de drogas. La investigación sobre mujeres en rehabilitación de adicciones revela que enfrentan múltiples desafíos que agravan su proceso de recuperación. Uno de los principales factores es la estigmatización social, que las afecta de manera más intensa debido a las expectativas sobre su rol, especialmente en aquellas que son madres. Esto no solo refuerza sentimientos de vergüenza y culpa, sino que también limita su acceso a servicios de salud y rehabilitación, generando una barrera significativa para su recuperación.

Ante esta situación, se implementó una intervención dentro del programa de rehabilitación de la FPA con el fin de empoderar a estas mujeres, mejorar su salud integral, fomentando su bienestar. El foco estuvo en la promoción de la salud, tomando como estrategias principales la educación en salud, abogacía y participación comunitaria, según lo dispuesto en las Orientaciones Técnicas del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

Objetivo general: Incorporar las estrategias de Educación en salud, abogacía y participación comunitaria como métodos para contribuir a la mejora en el bienestar de residentes de la FPA durante los años 2023 y 2024.

Identificación y priorización de problemas: Mediante sesiones participativas, las mujeres identificaron tres problemas centrales que afectan su bienestar: (a) Factores negativos que influyen en la salud mental y física, (b) Condiciones de infraestructura de la Fundación, y (c) Condiciones inseguras en las que cocinan. Tras un proceso de priorización basado en criterios consensuados, se decidió enfocar las actividades en abordar los factores negativos que influyen en el bienestar integral de las residentes.

Desarrollo de soluciones participativas: Las participantes construyeron un árbol de problemas y soluciones, identificando las causas de sus principales dificultades. Dentro de las causas identificadas destacan: Trastornos del sueño (pesadillas, recuerdos dolorosos y otros), consumo de tabaco (ansiedad, abstinencia, encierro), Frustración personal (no cumplir sus sueños, baja autoestima, arrepentimiento y otros) y pena y soledad (separación de la familia, discriminación y otros). Dentro de las consecuencias identificadas perciben: problemas de salud física (cardiovasculares, aumento de peso, cerebro "primitivo", daño cognitivo, daño dental/pérdida de piezas dentales), consecuencias psicológicas (depresión, autolesiones, riesgo suicida y otros) y consecuencias sociales ("malas" relaciones interpersonales, inadecuado/bajo rendimiento laboral y otros). Se consensuaron soluciones prácticas, destacando la importancia de las habilidades y recursos comunitarios. Las estrategias seleccionadas incluyeron: *Controles de salud*, Higiene del sueño y regulación emocional con técnicas de relajación, *Taller de actividad física (interno y externo)*, *Taller de alimentación desintoxicante*, *Taller de técnicas comunicativas* y *Creación de un mural en la fachada de la Fundación*. Para cada actividad se asignó a una gestora responsable, y se establecieron criterios de viabilidad para su implementación, valorando las contribuciones y el acuerdo del grupo en los puntajes otorgados a cada propuesta.

Educación en salud: Las sesiones educativas se centraron en las necesidades y saberes de las residentes. Se realizaron talleres sobre **alimentación desintoxicante e higiene del sueño y regulación emocional con técnicas de relajación**. El enfoque participativo de estas sesiones fortaleció el sentido de comunidad, la adquisición de prácticas saludables y aprendizajes significativos.

Trabajo intersectorial: Aunque se intentó gestionar colaboraciones con instituciones externas (Universidades, institutos técnicos, municipalidad y CESFAM), estas alianzas aún no se han concretado debido a cambios administrativos internos y barreras logísticas.

Desarrollo de habilidades: Las actividades grupales fomentaron la creación de un **espacio seguro de apoyo y acompañamiento mutuo** en su proceso de rehabilitación. Adquiriendo habilidades comunicacionales que potencian la formación de redes de apoyo comunitario.

Seguimiento y evaluación: Durante el seguimiento, se identificaron tanto facilitadores como barreras para la implementación de las actividades. A pesar del recambio constante de usuarias y los cambios administrativos, se lograron avances significativos en la autogestión de la salud. Se implementaron varios talleres de manera exitosa, como el de **alimentación desintoxicante** y el de **higiene del sueño**, lo que refuerza la importancia de un enfoque participativo para la sostenibilidad del proyecto.

Conclusiones: El proyecto en la Fundación Puerta Abierta demostró que el uso de estrategias participativas puede ser una herramienta efectiva para mejorar el bienestar integral de mujeres en rehabilitación. Al incluir a las residentes en la **identificación, priorización y solución de sus problemas**, no solo se fortalecieron sus habilidades para gestionar su salud, sino que también se promovió la **cohesión grupal** y el **empoderamiento**. La educación en salud y la abogacía fueron fundamentales para que las participantes se sintieran escuchadas y protagonistas de su proceso de recuperación.

Este enfoque participativo es replicable en otros contextos, siempre que se garantice un espacio seguro para la expresión de los participantes y una red de apoyo que conecte a actores comunitarios clave.

Keywords: Promoción de salud, Educación en Adultos, Abogacía, Abuso de sustancia

Financing: Sin financiamiento

Acknowledgments: Agradecemos a las residentes de la Fundación Puertas Abiertas por el respeto y la disposición mostrada, a las funcionarias de la Fundación por permitirnos realizar este trabajo comunitario. A nuestros tutores clínicos por darnos el espacio para realizar trabajo comunitario y a las docentes del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Universidad de Chile por orientarnos en este desafío.

GANADOR TERCER LUGAR

Mapeos de Activos Territoriales

Felipe Rico Soto¹, Patricia Perez Wilson¹, Fabiola Troncoso Gutierrez¹

(1) Universidad de Concepción, Departamento de Salud Pública, Programa de Salud y Medicina Familiar, Chacabuco 1401 Concepción

Introducción: Principios planteados en Carta de Ottawa, expresan la salud como fuerza intrínsecamente positiva. Pero existen pocos marcos teóricos disponibles para este desarrollo. Dos de ellos son El modelo de activos desde desarrollo comunitario y salud pública y la teoría Salutogénica, desde sociología médica. Ambos despiertan interés de investigadores y profesionales, mostrando importancia y oportunidades derivadas de su aplicación. Salutogénesis se centra en tres aspectos: (a) solución de problemas y búsqueda de respuestas, (b) identificación de recursos que ayudan a mantener o mejorar la salud, y (c) identificación de una orientación global y generalizada de significado en personas, grupos, comunidades, que sirve como mecanismo general o capacidad para este proceso denominada sentido de coherencia. Es importante que los equipos de salud conozcan y manejen estos conceptos para trabajar desde paradigma de salud y no desde el déficit, área de mayor conocimiento, para fomentar bienestar en usuarios, familias y comunidades, ampliar oportunidades y reducir desigualdades.

Objetivo general: Conocer e integrar herramientas teórico prácticas para mapear recursos y activos para la salud en la comunidad, las familias y usuarios incorporándolos en sus procesos de atención en salud.

Objetivos Específicos

- Conocer la teoría salutogénica y el modelo de activos para la salud
- Reconocer la aplicación clínica del enfoque salutogénico y el modelo de activos para la salud con población usuaria
- Realizar mapeo de activos en la comunidad
- Valorar la importancia de promoción de salud en las personas, familias y comunidades
- Generar propuesta de trabajo para el territorio

Metodología: Trabajo en base a la educación participativa de adulto y formación de grupos pequeños como estrategia de aprendizaje. Presencial en 3 jornadas

Primera jornada: donde revisamos marcos teóricos, aplicación clínica y mapeo de activos teórico y práctica en sala

Segunda jornada: trabajo de campo, donde se puso en práctica el mapeo de activos acercándonos a nuestros usuarios, familias y comunidades, luego se sistematizó lo recogido para generar propuestas para los territorios transformando recursos en activos o dinamizando estos activos.

Tercera jornada: nos reunimos para compartir las distintas experiencias de mapeo de cada uno de los territorios, los principales resultados y las propuestas de trabajo para el territorio.

Resultados: Participaron de este proceso formativo 48 profesionales de salud de distintas comunas de la jurisdicción del servicio de salud Talcahuano.

Se realizaron 6 mapas de activos en territorios asignados Caleta Lengua, Sector los Bloques Talcahuano, El arenal Talcahuano, Dichato, Tome Centro, Penco.

Los participantes aprendieron y pusieron en práctica la herramienta de Mapeo de activos, identificando activos persona, institucionales, organizacionales, recursos físicos, económicos y culturales según los objetivos definidos en la planificación de cada grupo territorial de trabajo.

Participantes son capaces de reconocer ahora una orientación salutogénica y su aplicación clínica con personas, familias y comunidades.

Excelente satisfacción y percepción del curso de educación continúe por los asistentes, Valoración de modelos y metodología para aplicación y compromiso de seguimientos a través de sus centros de salud

Conclusiones: Es importante ampliar la mirada en los profesionales de los equipos de salud, que en su formación priorizan lo patogénico por sobre lo Salutogénico, siendo estos complementarios no excluyentes.

Generar estos mapas de activos y ponerlo a disposición de los centros de salud nos ha permitido ampliar el abanico de prestaciones y recomendaciones en nuestra oferta programática con la recomendación de activos.

Es grato ver como los profesionales de salud se comprometen con el desafío de explorar sus territorios, entrevistando a usuarias y usuarios, recorriendo distintos barrios, poniendo en valor lo que en ellos existe y no lo que en ellos carece.

Nos queda la satisfacción del proceso de enseñanza aprendizaje, la convicción que tiene y seguirá teniendo un impacto en los equipos de salud, los usuarios, sus familias y comunidades.

Referencias:

1- Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. Ottawa: OMS; 1986

2- Pérez-Wilson P, Marcos-Marcos J, Morgan A, Eriksson M, Lindström B, Alvarez-Dardet C. Modelo sinérgico de salud: una integración de la salutogénesis y el modelo de activos para la salud. Global Health Promotion. 2023;30(4):75-82. doi:10.1177/17579759231160168

3- Pérez-Wilson Patricia, Rico Soto Felipe, Automanejo en personas con multimorbilidad: aportes desde la salutogénesis y el modelo de activos en salud, Aten Primaria. 2022;54:102283

Keywords: salutogenesis, mapa de activos, atención primaria

Financing: fondos capacitación servicio de Salud Talcahuano y Programa de Salud y Medicina Familiar Universidad de Concepción

PREMIOS EN CATEGORÍA

CASOS CLÍNICOS

GANADOR PRIMER LUGAR

Cuando la piel apunta al diagnóstico: Lesiones en diana en la infancia.

Fernanda Brintrup¹

(1) Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Medicina Familiar, Medicina, Avda. Libertador Bernardo O'Higgins 340, Santiago, Chile, Santiago, Chile

Antecedentes: Sin ser un motivo de consulta frecuente, las consultas por lesiones en la piel son un gran desafío en la atención ambulatoria; más aún si se tratan de lesiones en Diana. Es de importancia reconocer los diagnósticos diferenciales de estas lesiones, ya que algunos cuadros clínicos son graves y pueden requerir derivaciones a otras especialidades, e incluso hospitalizaciones. Por otra parte, también un porcentaje de estos cuadros son de carácter benigno y de manejo ambulatorio. Uno de los roles del médico de familia es saber utilizar muy bien sus recursos, por lo tanto, reconocer los diagnósticos diferenciales de las lesiones en diana nos ayuda a evitar derivaciones innecesarias y a ser más resolutivos en nuestra práctica clínica de atención primaria. Se presenta un caso clínico de lesiones en Diana en un lactante de 16 meses, la cual acude a atención ambulatoria en medicina familiar mención niños.

Descripción del caso: Consulta paciente de sexo femenino de 16 meses de vida, quien recibe vacuna de los 12 meses de vida, 10 días antes del inicio del cuadro clínico actual. Acude por aparición de lesiones en la piel de 2 días de evolución, pruriginosas, no asociada a fiebre, ni compromiso del estado general, síntomas respiratorios ni gastrointestinales.

El exantema se inicia en la zona abdominal, para luego extenderse en forma progresiva hacia tórax y dorso, seguido de extremidades y finalmente a cara y cuello.

Este exantema inicia con máculas, que rápidamente progresan a pápulas, y lesiones en diana caracterizadas por lesiones anulares con centro violáceo, halo rosado separado por un anillo pálido. Además, presenta vesículas y bulas en extremidades y pabellón auricular. Las lesiones se van haciendo confluentes en abdomen y región cervical; no se observa cambios en la localización de estas.

Al examen físico, paciente afebril, activa, bien hidratada y perfundida. Presenta en piel con lesiones tipo diana ya descritas. Otoscopia normal, ojos sin eritema ni secreción. Sin congestión nasal. Faringe sin eritema, exudado ni lesiones ulceradas. Sin adenopatías cervicales, axilares ni inguinales. Cardiopulmonar normal, abdomen blando depresible indoloro RHA + sin visceromegalias, sin lesiones en zona genital ni perianal. Sin Dermografismo. Examen neurológico normal.

Dentro de sus antecedentes, fue una Recién nacida de término 38 semanas, adecuada para la edad gestacional, sin complicaciones perinatales. Antecedente de 3 cuadros de bronquitis obstructiva. Además, se hospitaliza, por 3 días, a los 15 meses de edad por Neumonía Metapneumovirus y Atelectasia del lóbulo inferior izquierdo. Durante esta hospitalización se hace el diagnóstico de Asma del lactante, y se inicia tratamiento con Fluticasona 125 mcg, 1 puff cada 12 horas; con lo cual se mantiene sin crisis obstructivas hasta la fecha. Crecimiento y estado nutricional normal; desarrollo psicomotor normal.

Se consulta en servicio de dermatología, quienes plantean el diagnóstico de **Edema hemorrágico agudo del lactante**, el que puede haber sido gatillado por las vacunas de los 12 meses. Se sugiere estudio de función renal y manejo con antihistamínicos e hidrocortisona tópica.

Se solicitan exámenes de laboratorio, con creatinina en sangre y orina completa normales, además de hemograma que muestra hematocrito 35,2%, leucocitos 18,200/uL, Eosinófilos 0,8%, Neutrófilos 21,5%, Linfocitos 69%, Plaquetas 185.000, VHS 26 mm/hr; Eritrocitos con anisocitosis, Leucocitos y Plaquetas de morfología normal.

Luego de 24 horas de iniciado el tratamiento, desaparece el prurito y las lesiones se hacen menos eritematosas, observándose a los 8 días lesiones hiperpigmentadas residuales. Las bulas de las extremidades y pabellón auricular se rompen, dejando erosiones de distintos tamaños, que se resuelven sin signos de sobreinfección.

El cuadro resuelve completamente a las 2 semanas, sin dejar secuelas.

Revisión de la literatura: **Edema hemorrágico agudo del lactante**, o también llamado "Síndrome de Finkelstein" es una vasculitis leucocitoclástica de vaso pequeño descrita por primera vez por Snow en 1913.⁴ No existen datos de su prevalencia, ya que muchas veces es confundido con otros diagnósticos diferenciales como eritema multiforme, urticaria aguda, síndrome de Steven Johnson.^{2,4}

La fisiopatología no ha sido del todo comprendida, aunque se sabe que es gatillada por distintos agentes, tales como Virus (Adenovirus, Coxsackie, Rotavirus), medicamentos y, en el 10% de los casos, son secundarios a inmunizaciones (Vacuna Sarampión-Rubeola-Paperas, Difteria-Tétanos-Pertussis, Haemophilus influenzae conjugada y Polio).^{1,3,5}

Tradicionalmente se ha descrito una tríada, la cual se caracteriza por lesiones diana purpúricas, fiebre baja y edema, en un paciente en buenas condiciones generales.⁵ Se presenta más frecuentemente en menores de 2 años, aunque también se han descrito en niños más grandes.^{2,4}

El cuadro típico se presenta con placas rojas o purpúricas con centro necrótico o buloso, que aparece predominantemente sobre orejas, mejillas y extremidades. Se asocia a edema firme, rosado, doloroso que casi siempre está presente al inicio de la sintomatología. Se distribuye en región acral, afectando la zona dorsal de manos y pies, para extenderse a la zona proximal de las extremidades.⁴ En un estudio Italiano²; se han descrito 21 casos de Edema Hemorrágico agudo del lactante, que consultan en un periodo de 19 años. Se observó que las lesiones predominan en cara, extremidades y se extienden a tronco, asociado a edema en mejillas, párpados y pabellón auricular. También pueden presentar prurito y disminución del apetito.⁵

Las lesiones en mucosa oral son raras. En pocos casos se ha visto compromiso renal.²

La presentación atípica se caracteriza por lesiones en tronco, con extensión a cara y extremidades. En estos casos el edema es de aparición tardía en región facial y manos.¹

El diagnóstico es clínico^{1,4}. En algunos casos se puede utilizar una biopsia para confirmar el diagnóstico, indicada cuando existe duda diagnóstica, cuando hay progresión de la enfermedad o aparición de complicaciones.^{3,5} El estudio histológico muestra una vasculitis leucocitoclástica rodeando capilares y vénulas postcapilares de la dermis superior y media.¹

Los hallazgos de laboratorio son inespecíficos, se ha descrito leucocitosis con linfocitosis y eosinofilia, trombocitosis, elevación de VHS y PCR. El perfil de coagulación es normal. El uroanálisis es usualmente normal, sin embargo, puede aparecer proteinuria y hematuria microscópica.⁵ ANA, Anti-DNA, FR negativos, niveles de complemento normal. Niveles IG normal, pero algunos pacientes presentan niveles aumentados de IgG, IgM, IgE e IgA.⁵

Es un cuadro benigno, donde las lesiones espontáneamente cambian de coloración a hiperpigmentación residual y atrofia.⁵ Resuelve ad integrum en un plazo de 1 a 3 semanas.^{2,3,4}

En muy pocos casos hay complicaciones, donde se han descrito intususcepción, hematuria, proteinuria, hipocomplementemia y síndrome compartimental.^{2,3}

En cuanto al tratamiento, debido a su carácter benigno y de regresión espontánea se puede indicar tratamiento conservador. Algunos autores proponen uso de antihistamínicos en caso de prurito. Además, es común el uso de hidrocortisona 1%, 2 veces al día o prednisona oral, sin embargo, esto no ha demostrado cambios en el cuadro clínico.^{1,5}

El diagnóstico diferencial de las lesiones diana son: Síndrome de Steven Johnson, Eritema y la urticaria multiforme.

El **Síndrome de Steven Johnson** es una reacción adversa cutánea severa. Se describe una incidencia anual mundial de 4,3 a 10 casos/millón, donde

el 20% se trata de niños y adolescentes.^{6,7}

Este síndrome se produce secundario a distintos gatillantes, tales como fármacos, destacando antibióticos (Ampicilina, penicilina, amoxicilina, cefalosporina, etc.), algunos anticonvulsivantes, AINES y fenobarbital. Entre el 5 al 20% de los casos es causado por infecciones por *Mycoplasma pneumoniae*, Virus Coxsackie, Influenza, Epstein Barr, VIH, VHS. También se describen vacunas, como Varicela, Sarampión, rubeola y Hepatitis B.⁶ Es una reacción mediada por activación de células T CD8+, con liberación de proteínas citotóxicas, resultando en necrosis epidérmica.⁷ El cuadro clínico se caracteriza por pródromo de malestar general, fiebre, mialgias, odinofagia y conjuntivitis. En la piel presenta lesiones en la cara y tórax, con extensión a otras zonas, simétricas. Lesiones coalescentes, maculas eritematosas, que evolucionan en 1 a 2 días a un eritema oscuro, púrpura, lesiones en diana de 2 anillos y bulas flácidas. Signo de Nikolsky positivo. El cuero cabelludo no se ve afectado. Eritema doloroso, edematoso en palmas y plantas. Además, presenta compromiso de mucosas. El cuadro progresivo se mantiene por 7 a 9 días. Luego la piel se re-epiteliza entre los 7 a 21 días.^{6,7} También tiene compromiso renal, pulmonar, gastrointestinal, hepático, hematológico. Existe riesgo de sepsis, bacteremia y deshidratación severa.

El diagnóstico es clínico, con apoyo de biopsia⁷. El tratamiento es hospitalización en cuidados intensivos, retiro del gatillante, limpieza de lesiones, y tratamiento de soporte.⁶

La **Urticaria multiforme** es una reacción de hipersensibilidad mediada por histamina¹⁰, caracterizado por eritema cutáneo transitorio. Es un cuadro benigno, autolimitado que se presenta en niños entre 4 meses y 4 años.⁸

Se caracteriza por lesiones anulares policíclicas, con centro violáceo y de tipo evanescente (menos de 24 horas), distribuido en tronco, extremidades y cara; asociado a prurito, edema acral y dermatografismo.^{8,9} Puede asociar fiebre, síntomas catarrales y diarrea.¹⁰

Se han identificado algunos gatillantes, como medicamentos (antibióticos), e inmunizaciones (Difteria-Tétanos-Pertussis).^{12,13,14} Puede asociar fiebre, síntomas catarrales y diarrea.¹⁰

Se han identificado algunos gatillantes, como medicamentos (amoxicilina, cefalosporinas, macrólidos, paracetamol), agentes infecciosos como *Mycoplasma*, Adenovirus, Estreptococo, VHS, Virus Epstein Barr, y vacunación.

El diagnóstico es clínico y no necesita biopsia.¹⁰ El tratamiento es sintomático, con antihistamínicos; además de suspender el gatillante. Su evolución natural es la resolución de 2 a 12 días, sin hiperpigmentación residual.^{8,9}

El **Eritema Multiforme**, es una patología inmunomediada, de carácter benigno. Su incidencia es desconocida, pero al parecer es raro en niños¹³. No se conoce su etiología, sin embargo, se asocia a desencadenantes, siendo los virus en el 48% (Herpes simple, Hepatitis, y mononucleosis), *Mycoplasma* en el 15% de los casos, medicamentos (antibióticos), e inmunizaciones (Difteria-Tétanos-Pertussis).^{12,13,14}

Se caracteriza por lesiones en diana de < 3 mm de diámetro con centro oscuro por necrosis epidérmica, rodeada por anillo interior de edema pálido y anillo exterior eritematoso. Puede haber vesículas en la zona central.¹⁴ Se distribuyen en zonas extensoras de las extremidades o en cara, y se extienden hacia la zona proximal de los brazos. Afectan menos del 10% de la superficie corporal.¹⁴ Se acompaña por úlceras o bulas en mucosa oral, genital u ocular.^{10,11} El compromiso gingival es raro. Se asocian manifestaciones sistémicas, como fiebre de bajo grado, malestar, mialgias y artralgias.¹²

El diagnóstico puede ser clínico, y la biopsia apoya el diagnóstico. Es un cuadro clínico de evolución benigna, que cura entre 2 a 6 semanas, sin secuelas.

El tratamiento es de soporte. El uso de corticoides sistémicos es controversial, algunos sugieren que acortan la duración y severidad de los síntomas, sin embargo, no hay estudios de calidad que apoyen estos tratamientos.¹³

Conclusión: Las lesiones en diana en pediatría son un desafío diagnóstico para el médico de familia. En consultas por lesiones en la piel, es necesario describir sus características, evolución, temporalidad y síntomas acompañantes. Dentro de los diagnósticos diferenciales a plantear destacan el Edema hemorrágico agudo del lactante, la urticaria multiforme, el eritema multiforme menor y, el más grave, síndrome de Steven Johnson. La identificación clara de estas patologías es clave para evitar derivaciones, exámenes y tratamientos innecesarios. Es de suma importancia el rol del médico familiar en estos casos, teniendo así un manejo adecuado y eficaz para nuestros niños, niñas y adolescentes en la atención primaria.

Bibliografía:

1. Saliba E, Sayad A, Alameddine L, El-Haddad K, Tannous Z. Mycoplasma pneumonia and atypical acute hemorrhagic edema of infancy. Am J Emerg Med [Internet]. 2021;41:266.e3-266.e5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2020.08.067>
2. Fiordelisi A, Soldovieri S, Pagnini I, Marrani E, Simonini G, Indolfi G, et al. Acute hemorrhagic edema of infancy: 20-year experience from an Italian tertiary referral center. Pediatr Dermatol [Internet]. 2024;41(5):825-30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/pde.15707>
3. Medovic R, Medovic M, Igrutinovic Z, Vlahovic A, Kostic G, Ristic G, et al. Acute hemorrhagic edema of infancy - is it really a mild, benign disease? Turk J Pediatr [Internet]. 2021;63(1):141-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24953/turkjped.2021.01.017>
4. C. Serra e Moura Garcia, A. Sokolova, M.L. Torre, C. Amaro. Acute Hemorrhagic Edema of Infancy. Eur Ann Allergy Clin Immunol. 2015;48(1):22-6.
5. AlSufyani MA. Acute hemorrhagic edema of infancy: unusual scarring and review of the English language literature. Int J Dermatol [Internet]. 2009;48(6):617-22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-4632.2009.03917.x>
6. Sotelo-Cruz. N. Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica en los niños. Gaceta Médica de México. 2012;148:265-75.
7. Ramien ML. Stevens-Johnson syndrome in children. Curr Opin Pediatr [Internet]. 2022;34(4):341-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MOP.0000000000001146>
8. Sánchez Holgado M, Sánchez Estella J. Urticaria multiforme, una entidad infradiagnosticada. Rev Pediatr Aten Primaria. 2019;21:401-3
9. Starnes L, Patel T, Skinner RB. Urticaria Multiforme—A Case Report. Pediatric Dermatology. 2011;28(4):436-8.
10. Shah KN, Honig PJ, Yan AC. "Urticaria multiforme": a case series and review of acute annular urticarial hypersensitivity syndromes in children. Pediatrics [Internet]. 2007;119(5):e1177-83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2006-1553>
11. Heinze A, Tollefson M, Holland KE, Chiu YE. Characteristics of pediatric recurrent erythema multiforme. Pediatr Dermatol [Internet]. 2018;35(1):97-133. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/pde.13357>
12. Ramos de Fernández I, Fernandez M. Eritema multiforme menor. A propósito de un caso. Archivos venezolanos de puericultura y pediatría. 2016;79(139-142):2016
13. Zoghaib S, Kechichian E, Souaid K, Soutou B, Helou J, Tomb R. Triggers, clinical manifestations, and management of pediatric erythema multiforme: A systematic review. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2019;81(3):813-22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2019.02.057>
14. Gavaldá-Esteve C, Murillo-Cortés J, Poveda-Roda R. Eritema multiforme. Revisión y puesta al día. RCOE 2004;9(3):415-423.

Keywords: Diana, Edema hemorrágico agudo del lactante
Acknowledgments: Agradecimientos a Dra. Gladys Moreno.

GANADOR SEGUNDO LUGAR

Terapia Breve Centrada en Soluciones aplicada a un caso clínico de salud mental en un CESFAM de Santiago de Chile

Francisco Romero Moya¹, **Catalina Francisca Ibarra Ortiz**¹

(1) Universidad de Santiago de Chile, Postgrado y postítulos, Ciencias médicas, Cruz del sur 133, oficina 903, Las condes, Chile

Antecedentes: Se presenta un caso clínico de intervención individual breve con enfoque en técnicas de Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) realizada en atención primaria por residentes de medicina familiar de una universidad del estado. La TBCS es un modelo terapéutico optimista y basado en la evidencia, centrado en las competencias y recursos, en el que uno de sus principios se expresa como el enfoque en la construcción de soluciones en lugar de en la resolución de problemas. Esta terapia se puede aplicar en diferentes contextos, pues desde su marco asume que ya existen conductas que son soluciones para la persona, ofreciéndose en este caso para ayudar a la paciente a cumplir sus objetivos. Se escoge el caso para mostrar la aplicabilidad de TBCS en atención primaria, particularmente como una herramienta a explorar por los equipos de salud mental para potenciar sus resultados.

Descripción del caso:

Usuaría M.V.M. femenina de 65 años de edad, con antecedentes médicos de dislipidemia e hipotiroidismo en tratamiento con atorvastatina 20 mg al día y levotiroxina 50 mcg al día. Acude a atención de morbilidad el 6 de diciembre de 2023 para revisión de exámenes de control y evaluación de dolor lumbar agudo.

Exámenes de laboratorio 14/11/2023

Hba1c 5.7

Col T 215 HDL 53 TG 153 LDL 131

Vitamina D 14.1

Vitamina B12 395

Hb 13.6 Hto 41, Leucocitos 6050, Trombocitos 195000, VHS 17

TSH 2.83 T4 libre 0.99

Orina completa sin hallazgos patológicos, urocultivo negativo.

Durante la consulta refiere "problemas en torno al ánimo". Comenta que cuida a su hijo menor de 34 años y por otra parte, su hijo mayor se encuentra en proceso de divorcio.

Se decide ofrecer atención en policlínico de residentes de medicina familiar para evaluar su caso en tutoría docente y la paciente accede.

Primera evaluación

Se evalúa el 27/12/2023, atención realizada en dupla por residente de primer y segundo año. La usuaria refiere que cuida durante el día de su hijo de 34 años, militar, quien vivió un trauma encefalocraneano (TEC) y posteriormente un accidente cerebrovascular (ACV) hemorrágico en relación a un accidente laboral (caída desde helicóptero militar) y tiempo después se diagnostica un tumor del nervio trigémino. Nuestra paciente presenció los cuadros agudos de ambas enfermedades y siente que es algo muy doloroso para una madre. Pese a ello, se refiere a la recuperación de su hijo como "milagrosa".

Dentro de su historial personal, relata haber sido víctima de violencia intrafamiliar (VIF) por parte de su esposo desde el día de su matrimonio, sin embargo decide casarse igualmente dado que era una promesa que le hizo a su madre, quien estaba muy enferma en ese momento.

En términos de historial de salud mental, describe haber tenido una evaluación hace varios años por psicóloga, médica general y psiquiatra en atención primaria. En ese entonces se diagnosticó trastorno afectivo bipolar (TAB), se indicó tratamiento farmacológico y tuvo indicación de licencia médica. Sin embargo, decide no tomar medicamentos ni continuar controles dado que "me veían como que solo iba a buscar licencia" y no estaba de acuerdo con el diagnóstico de TAB porque creía que su problema tenía más que ver con la violencia por parte de su pareja y no veía en este tratamiento una solución.

En la actualidad la VIF es un tema que la usuaria señala "haber dejado atrás"; comenta que ya no tiene ninguna relación con su esposo debido a una infidelidad por parte de él. Pese a ello siguen viviendo en la misma casa, en habitaciones separadas, lo cual fue un acuerdo tomado por ambos luego del diagnóstico de cáncer de su esposo.

Refiere que ve series en su habitación y es una actividad que disfruta, que considera un momento para ella misma.

Dirigidamente niega episodios de manía y episodios de falta de sueño con energía conservada.

Al examen mental destaca: habla espontánea y discurso centrado en la entrevista; cuando relata momentos difíciles llora sin lágrimas y sube el tono, gesticula con las manos de manera amplia

El Objetivo: El objetivo descrito por M.V.M es: "trabajar su autoestima".

Se ofrece intervención con enfoque en técnicas de Terapia Breve Centrada en Soluciones y se acuerda siguiente control.

Primera sesión de TBCS

Evaluada el 31/01/2024 por residente de primer año. M.V.M señala que su objetivo es trabajar su autoestima. Para ello se aplica la Escala de Rosemberg, validada en Chile, dando un resultado de 36 puntos (alta autoestima). Al explicar este resultado, M.V.M señala que antes se sentía fracasada y observando cómo se encuentra ahora, viendo sus logros, se dio cuenta de que era todo lo contrario. Refiere sentirse cada vez más liberada

¿Qué es lo que ha mejorado?

Siente que ha cambiado mucho en el transcurso de los últimos meses. Lo nota desde que tiene la casa a su nombre, esto en sus palabras "la empoderó".

Refiere que ahora toma decisiones, se expresa de manera decidida. Ej: "antes esposo no la acompañaba, le solicitaba cosas de manera tímida y siempre dependía de lo que él decidiera. En cambio, al control actual la llevó esposo porque ella se lo pidió"

¿Quiénes se han dado cuenta?

Señala que su hijo se ha dado cuenta de sus cambios y ahora también esposo se está dando cuenta. M.V.M también refiere que para ella es

muy importante el "valor espiritual" que le entregaron sus padres

Pregunta escala: ¿Qué nota le pone a su situación actual? 5/10 ("me falta un poco")

Siente que hay cosas que no puede hacer debido a la situación de salud de su hijo. Le falta poder conversar de esto con su marido, quiere "no llorar, sentirse segura, como un 9-10, y que no la derrumbe".

¿Qué es lo que tiene que pasar para que ocurra esto? Debe importarle menos ciertos detalles como "que no le de las gracias luego de llevarle la comida".

Acordamos como tarea la búsqueda de excepciones anteriores y presentes cuando se ha sentido segura al hablar con su esposo (dado que se le dificulta en esta atención encontrarlas) y un nuevo seguimiento en marzo 2024.

Segunda sesión de TBSCS

Se evalúa el 24/04/2024 en dupla de residentes, se **realiza un resumen** de las consultas previas, haciendo ver su mejora en la toma de decisiones y los cambios. También se recuerda la nota de su situación en 5/10, momento en que consideraba que aún había cosas que mejorar.

Se consulta por la tarea de búsqueda de excepciones en la mejoría de la comunicación con su esposo: la usuaria plantea que "lo más claro que tiene hoy es que no espera ver cambios por parte de su esposo, a quien describe como "narcisista", sino que busca mejorar su propia persona, su autoestima y su entereza". Considera que en ese último punto le falta aún mejorar.

Explica que tuvo una fuerte discusión con su esposo pues no estaba prestando ayuda a su hijo en temas de traslado en automóvil y esto la afectó importantemente, al punto de decirle que consideraba incluso expulsarlo de su casa. Su hijo agradeció el apoyo.

Describe que con él "tienen una alianza" y que entre ambos se les ocurrió que deben fomentar su posición como dueña de casa, usando la habitación principal ella y el esposo la habitación lateral.

Se destaca su decisión y se remarca el avance de que pueda ahora notar que las decisiones de otros no se pueden cambiar.

Excepciones: al discutir con su esposo, describe que cuando la insulta, "ya sabe la intención detrás y por lo tanto no se ve tan afectada". Refiere que quiere "tener paz y tranquilidad". **Se hace reflejo:** parece que ahora al encontrar una posible explicación de por qué hace lo que hace ya no la afecta como antes.

¿De qué maneras encuentra paz y tranquilidad?:

- Rezando, para ella la espiritualidad es central en su sistema de creencias y valores. La vive sola y con sus hijos. Participa en la Iglesia Católica semanalmente.

- Con el amor de sus hijos

- Manejando el ambiente en los almuerzos, "almuerzo ameno", a diario, con música y temas agradables. Incluso han logrado que se integre esposo quien no suele almorzar en conjunto.

Tiene pensado agregar actividad física a su rutina, zumba 2 veces por semana como posibilidad. También le interesa que su hijo obtenga más independencia, quien pronto se cambiará de casa con su pareja a un departamento, gracias a un subsidio en relación a su situación de discapacidad.

Pregunta escala: nota de su situación actual 9/10. Respecto a esto nos hace ver que gracias a la forma de atención ella se mantuvo en los controles, describe un gran vínculo con los tratantes, agradece el espacio otorgado para ser escuchada y cree que los cambios que ha llevado a cabo "ya no tienen vuelta". En esta atención, M.V.M plantea estar lista para el alta de la intervención.

Se refuerzan y felicitan sus acciones, se ofrece volver a consultar en caso de ser necesario; se ofrece, en caso de considerarlo necesario, acompañamiento ante evento vital próximo: cambio de casa definitivo de su hijo; y mantener sus controles crónicos.

Revisión de la literatura:

Esta Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBSCS) es una aproximación con años de desarrollo, iniciada en Estados Unidos en la ciudad de Milwaukee a principios de la década del 1970 por los y las profesionales que fundaron el *Brief Family Therapy Center* (1), con un espíritu de curiosidad, rigor e indagación que permite que la TBSCS sea parte de los enfoques terapéuticos basados en evidencia (2) que ayudan a elevar los estándares de la terapia y garantizan que los pacientes reciban el tratamiento más eficaz posible. La TBSCS es una herramienta de intervención breve, lo cual significa que busca que la persona o personas que consultan puedan asistir a un reducido número de sesiones, (descritas 3 a 6), las suficientes para que puedan considerarla como de utilidad y obtener resultados positivos (1).

Se enfoca en las "soluciones", entendidas como los recursos de resolución de problemas que traen consigo los y las pacientes, lo cual releva el respeto por quien consulta y la vuelve centrada en la persona, siendo esto último coherente con los principios irrenunciables del Modelo Atención Integral en Salud Familiar (MAIS), estrategia que orienta el trabajo en la Atención Primaria de Salud (APS) chilena (3). Así se alinean buscando resignificar la relación asistencial hacia una asociación colaborativa.

Esto último hace especial sentido al conocer que la TBSCS busca la co-construcción de soluciones y que el enfoque es, por lo mismo, hacia el futuro deseado de la persona que consulta (4), dejando de lado la historia de problemáticas e incluso las problemáticas actuales. En una revisión sistemática realizada por Cynthia Franklin y Anao Zhang el 2016 (5) se concluye que es esta co-construcción una de las explicaciones de por qué (y cómo) la TBSCS funciona. Es importante destacar que las habilidades de escucha en la práctica clínica son fundamentales para aplicar esta terapia. El o la profesional debe ser capaz de prestar atención cuidadosa a lo que el usuario expresa, y a partir de ello, seleccionar la información clave para, en conjunto, construir soluciones que ayuden a alcanzar el mejor futuro posible para la persona. Por ello, la conversación siempre se enfoca en lo que el paciente desea mejorar y en cómo lograrlo, utilizando un "lenguaje de cambio" (4), que implica hablar de manera diferente sobre sí mismo y sus circunstancias. La TBSCS cuenta con distintas herramientas específicas, de las cuales se explican con mayor detalle la búsqueda de excepciones y las preguntas escala: La excepción se entiende como "...las situaciones en las que se espera pero no se da el problema, y también aquellas en las que el problema se da con menor intensidad, duración o frecuencia" (1). Pueden darse distintos tipos: aquellas que ya se producían antes de que comenzara la intervención o "excepciones" propiamente, aquellas que ocurren entre el momento de agendar la intervención y el momento en que esta se realiza (cambios pretratamiento), y aquellas que ocurren una vez iniciada la intervención (avances). Estas han de buscarse, destacarse (que suponga para el o la paciente una "diferencia que marque la diferencia", ampliarse durante la conversación con detalle, atribuir el control de dichas acciones a los pacientes y continuar la búsqueda de otras excepciones (6).

La pregunta escala se describe como "hacer que ellos evalúen su estado actual"(4). Consiste en pedir al paciente que se ubique él, su problema o su avance en una escala numérica, lo cual nos permite ponernos de acuerdo en el lenguaje utilizado, ya que los términos

numéricos nos ayudan a llegar a significados comunes (6). Por ejemplo: “en la primera sesión, preguntando en una escala de 0 a 10, qué tan dispuesta está la persona a realmente hacer algo para avanzar hacia su futuro preferido, es útil para evaluar la motivación para el cambio. También se les puede preguntar por su nivel de confianza para el logro de su objetivo en la misma escala de 0 a 10.” Esta pregunta es muy útil para valorar el estado actual de la situación, conocer el nivel de motivación, conocer expectativas y ajustarlas a una realidad posible en un futuro precisado (4). Permite identificar avances, trabajar objetivos finales y descomponer objetivos finales en pasos más pequeños (6). Podemos a través de estas preguntas incluso conocer cuándo el o la paciente considerará que avanzó lo suficiente en su camino para no necesitar de nuestra ayuda desde ese punto en adelante y así definir el momento del alta (4).

Cuando todo va mal y no se encuentran excepciones, cuando el o la paciente no encuentra cambios positivos y la pregunta escala tampoco logra darnos la información buscada, se pueden utilizar preguntas de afrontamiento, que no son más que una acción de adaptación del tratante para denotar lo anterior y así la persona consultante encuentre sus excepciones y recursos. Un ejemplo de esto puede ser ¿cómo lo has hecho hasta ahora para que las cosas no estén peor de lo que están?”(1,4), entregando así al mismo tiempo la agencia y responsabilidad de las acciones a la persona consultante.

Las herramientas antes descritas se pueden articular con resúmenes de la situación y de lo conversado hasta el momento, resaltando y poniendo de manifiesto las habilidades y recursos de la persona que consulta, que muchas veces no notan por sí mismas (4).

Es fundamental el uso del lenguaje del consultante durante el proceso de co-construcción de soluciones. Al mantenernos cerca del lenguaje del consultante, podemos también mantenernos cerca de sus contenidos, de sus significados personales y familiares y nos mantiene unidos a sus éxitos pasados, a sus herramientas y a sus puntos fuertes que pueden usarse como recursos para volver realidad su futuro deseado (1,4). Respecto a las metas que se construyen, estas han de ser realistas, concretas y ojalá específicas, además de ser planteadas en positivo como acciones a realizar por la persona y por lo tanto dentro de su control (4).

La TBCS es reconocida en la actualidad como una práctica basada en la evidencia en los Estados Unidos y se encuentra en el Registro Nacional de Administración de Servicios de Salud Mental de los Programas y Prácticas de Abuso de Sustancias y en la Guía de Programas de Prevención Modelo de la Oficina de Justicia Juvenil y Delincuencia Basada en la Evidencia (4). En una revisión sistemática cualitativa de ensayos controlados realizada por Gingerich y Peterson el año 2013 se concluye que “..hay fuerte evidencia de que la TBCS es un tratamiento efectivo para distintas condiciones psicológicas y del comportamiento, y podría ser más breve y menos costosa que otras alternativas de manejo” (7)

La TBCS como intervención puede ser utilizada de manera complementaria a otras formas de terapia o intervenciones. Uno de sus principios originales “si algo funciona bien, haga más de lo mismo” sugiere que los profesionales deben animar a los usuarios a continuar aquellas intervenciones que sean de utilidad para ellos, por ejemplo, mantener el tratamiento farmacológico, participación en grupos de autoayuda o mantener una terapia familiar (4).

Conclusión: En este caso se realizó una intervención individual utilizando técnicas de Terapia Breve Centrada en Soluciones, con el propósito de ayudar a la usuaria a alcanzar el objetivo propuesto por ella misma.

En torno a la intervención, creemos que lo que fue de utilidad para la usuaria de nuestro abordaje fue que por medio de las preguntas y “lenguaje de cambio” pudo mencionar y visualizar los recursos y soluciones con los que ya contaba; también, la presencia constante de la comprensión empática y la aceptación incondicional descritas como parte de las actitudes terapéuticas en TBCS ayudaron a aumentar la probabilidad de éxito de las intervenciones (6); además, el vínculo terapéutico y el “espacio de escucha que no había tenido antes” en palabras de la misma paciente, habrían sido promotores del cambio.

En cuanto a lo mejorable, se cumplió con el número de sesiones dentro de lo descrito en la literatura, sin embargo se desarrollaron separadas por lapsos de tiempo prolongados. Esto podría haber retrasado el proceso de mejoría de la paciente, mas cabe destacar que otro principio en el cual se basa esta intervención es en no actuar con premura, considerando siempre los ritmos de cada persona para encontrar y ejecutar sus acciones que llevan al cambio buscado. En suma, por medio de la TBCS pudimos abordar lo que para la usuaria era prioritario resolver para sentirse más segura de sí misma, sin abarcar aquellos aspectos más complejos para nuestro nivel de conocimiento y nivel de intervención en APS. Más aún, la TBCS nos permitió centrarnos en el futuro deseado más allá de la problemática que trajo la usuaria, de modo tal que a lo largo del caso no se expuso su problema actual, solo se mencionó que consulta por “un problema del ánimo”.

La TBCS se congracia con los objetivos de formación de médicos y médicas de familia, profesionales que han de integrar la mejor investigación disponible, la experiencia clínica, las preferencias y los valores de los pacientes.

Finalmente, la TBCS como intervención o el uso de sus técnicas dentro de otras intervenciones por los equipos de APS podría ser una herramienta efectiva para mejorar la eficiencia de los mismos, destacando su potencial rol en atención de salud mental y manteniendo un enfoque basado en evidencia necesario para asegurar la calidad de la atención a la población.

Referencias

- (1) Borrador pre-publicación de Beyebach M.. La Terapia Familiar Breve Centrada en Soluciones. En A. Moreno Fernández, Ed. Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención. Bilbao: Descleé de Brouwer; 2014
- (2) Artiklar - EBTA [Internet]. EBTA -. EBTA; 2024 [citado el 22 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ebta.nu/tjanster/>
- (3) Minsal.cl. [citado el 22 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo_-Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf
- (4) Solution Focused Brief Association. Manual de Terapia Breve Centrada en las Soluciones. 2da edición. 2013, disponible online en www.sfbta.org
- (5) Franklin C, Zhang A, Froerer A, Johnson S. Solution focused brief therapy: A systematic review and meta-summary of process research. J Marital Fam Ther [Internet]. 2017;43(1):16–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jmft.12193>
- (6) Felipe E. García Martínez (compilador). Terapia sistémica breve. Fundamentos y aplicaciones. Capítulo 2: Terapia breve centrada en la solución: hacia una psicoterapia positiva. 1era edición. Santiago de Chile: Ril editores; 2013
- (7) Gingerich WJ, Peterson LT. Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. Res Soc Work Pract [Internet]. 2013;23(3):266–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1049731512470859>

Keywords: Terapia breve centrada en soluciones, autoestima, salud mental, atención primaria, medicina familiar

Financing: sin financiamiento

Acknowledgments: A nuestros y nuestras pacientes por la confianza puesta en el trabajo realizado. A nuestro tutor por la guía y el apoyo en las intervenciones individuales y familiares llevadas a cabo y por su siempre particular punto de vista de los casos.



GANADOR TERCER LUGAR

Trombosis venosa profunda recurrente en pacientes con trombocitosis esencial . Un Análisis de Riesgo y Manejo Clínico.

PAULINA BELLO RIVERA¹, Nicolás Blanco González², Nicolás Albornoz Lira¹

(1) Cesfam Los Volcanes Villarrica(2) Cesfam Pucón

Antecedentes: El presente caso fue elegido, ya que la trombosis venosa profunda (TVP) recurrente es una complicación seria de la trombocitosis esencial (TE), y puede llevar a discapacidades permanentes, como el síndrome postflebítico, si no se maneja adecuadamente. Además, la detección precoz de la TE es fundamental para implementar estrategias de manejo que minimicen el riesgo de eventos tromboticos recurrentes. En atención primaria, los pacientes con recuentos plaquetarios elevados son frecuentemente tratados sin una evaluación exhaustiva que considere la TE, lo que aumenta el riesgo de retraso en el diagnóstico. Este caso destaca la importancia de una vigilancia cuidadosa y la derivación oportuna en el manejo preventivo de la TE y sus complicaciones.

Descripción del Caso

Paciente masculino de 87 años con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, limitación crónica del flujo aéreo, coxartrosis, gonartrosis e insuficiencia venosa crónica. Cirugías: artroplastia de rodilla y hernioplastía inguinal bilateral. Sin alergias. Presentando además TVP recurrente, no asociadas a cirugías. Comenzando en 2014 con un episodio bilateral, luego en 2016, 2018 y 2019. A lo largo de este período, se observó un aumento en el recuento plaquetario.

En 2019, el diagnóstico de trombocitosis esencial se confirmó tras la identificación de una mutación en el gen JAK2 V617F.

Se inicia hidroxurea como terapia citorreductora, y manejo anticoagulante con dabigatrán. Sin nuevos episodios de TVP desde entonces.

El diagnóstico de trombocitosis esencial se realizó basado en la persistente trombocitosis, la identificación de la mutación JAK2 y la exclusión de trombocitosis reactiva y otras neoplasias.

Revisión de la literatura:

Trombosis venosa profunda

La TVP es una complicación frecuente de la trombocitosis esencial.

Su fisiopatología se basa en la triada de Virchow: estasis venosa, lesión endotelial e hipercoagulabilidad. Los factores de riesgo adquiridos para la trombosis venosa profunda incluyen cirugías, inmovilización prolongada, neoplasias malignas, y eventos tromboembólicos previos. Además, se asocian comorbilidades crónicas como la hipertensión, insuficiencia cardíaca, y enfermedad renal crónica.

El riesgo de recurrencia tras un primer episodio de TVP es considerablemente alto, con tasas entre el 15% y el 22%. Las recurrencias son más comunes en pacientes con otros factores de riesgo, como trastornos de la coagulación, obesidad, y antecedentes de tromboembolismo pulmonar. En pacientes con TE, el riesgo de recurrencia es elevado debido a la tendencia procoagulante inducida por la sobreproducción de plaquetas, especialmente en presencia de mutaciones genéticas como JAK2.

Trombocitosis esencial y complicaciones

La TE es una de las neoplasias mieloproliferativas negativas para el cromosoma Philadelphia. La mutación más común en TE es JAK2, presente en aproximadamente el 50% de los casos.

Los criterios diagnósticos para la trombocitosis esencial, según la OMS, incluyen un recuento plaquetario elevado persistente, hallazgos en la biopsia de médula ósea que muestren proliferación megacariocítica, y la presencia de mutaciones genéticas.

El manejo de la TE se basa en la estratificación del riesgo trombotico, siendo los pacientes con mutación JAK2 y eventos tromboticos previos clasificados en la categoría de alto riesgo. El tratamiento incluye la terapia citorreductora con hidroxurea o interferón, junto con aspirina a dosis bajas para la prevención de trombosis.

Las principales complicaciones de la TE incluyen trombosis y hemorragias. En pacientes mayores de 60 años con mutación JAK2 y eventos tromboticos previos, el riesgo de trombosis es particularmente alto. En un estudio con más de 1,000 pacientes con TE, el riesgo de trombosis se estratificó en cuatro categorías, donde los pacientes con mutación JAK2 y antecedentes de trombosis presentaban el mayor riesgo de complicaciones vasculares.

Conclusión

Este caso subraya la importancia de considerar la trombocitosis esencial como una posible causa de TVP recurrente en pacientes con recuentos plaquetarios persistentemente elevados. Aunque la TVP tiene múltiples etiologías, es fundamental que los médicos generales incluyan la TE en el diagnóstico diferencial, dado su impacto significativo en la morbilidad del paciente si no se diagnostica a tiempo.

El retraso en el diagnóstico de la TE en este paciente probablemente contribuyó a la recurrencia de la TVP y al desarrollo del síndrome postflebítico. Sin embargo, la identificación de la mutación JAK2 y el inicio de hidroxurea resultaron en la prevención de nuevos episodios de TVP. Esto resalta la necesidad de una vigilancia rigurosa y la implementación de estrategias de manejo temprano para prevenir complicaciones graves en pacientes con trombocitosis esencial.

Keywords: trombosis venosa profunda, trombocitosis esencial, manejo clínico, factores de Riesgo



INVESTIGACIÓN

DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN PROGRAMA PILOTO DE PESQUISA DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE ALTA COMPLEJIDAD

Fabiola Ramírez Santi¹, Benjamín Catalán Soto¹, Catalina Martínez Olea¹, Paula Honorato Vásquez¹, Isabel Muñoz Sandoval², Cristóbal Alvarado Livacic², Katia Sáez Carrillo³, Anablanca Muñoz Cárdenas¹, Claudia Radojkovic Navarro¹, Andrea Sánchez Rubio¹

(1) Universidad de Concepción, Departamento de Bioquímica Clínica e Inmunología, Facultad de Farmacia, Concepción, Chile

(2) Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile

(3) Universidad de Concepción, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, Concepción, Chile

Introducción: La Hipercolesterolemia Familiar (HF) es una enfermedad hereditaria común, asociada con altos niveles de C-LDL y una elevada tasa de morbi-mortalidad por enfermedad cardiovascular (ECV) precoz(Akiyamen et al., 2017). Esta enfermedad puede manifestarse de dos formas: homocigota (HFHo) y heterocigota (HFHe). En la HFHo, los niveles de colesterol oscilan entre 460-1160 mg/dL, lo que puede causar enfermedad cardiovascular prematura y, sin tratamiento, muerte antes de los 20 años. En la HFHe, los niveles varían entre 310-580 mg/dL y puede provocar ECV antes de los 55 años en hombres y 60 años en mujeres(Mata, 2015; Nordestgaard, 2013). Los programas de pesquisa de HF buscan detectar a personas aún no diagnosticadas, utilizando antecedentes familiares, pruebas de colesterol y análisis genéticos para identificar mutaciones responsables; dentro de estos programas, la pesquisa por oportunidad se enfoca en un grupo seleccionado de pacientes con alta probabilidad de tener la enfermedad dentro de una población cautiva de un centro hospitalario(Gutierrez-Cortizo et al., 2021; Mirzaee et al., 2019; Sabatel-Perez et al., 2021). Para ello, utiliza criterios específicos para optimizar la búsqueda y mejorar la detección de HF, tales como los criterios de la Red de Clínicas de Lípidos Holandesas (DLCN) el estándar mundial para clasificar a los posibles pacientes adultos con esta enfermedad(Tada, 2021). En Chile, no hay estudios epidemiológicos de HF, sin embargo, se estima una prevalencia de 1:220, equivalente a 85.000 personas no diagnosticadas(Sanchez et al., 2021). El siguiente trabajo representa la primera estrategia nacional de pesquisa de HF en un centro hospitalario.

Objetivo general: Identificar portadores de HF a través de un modelo de pesquisa por oportunidad en el laboratorio clínico de un centro hospitalario.

Objetivos específicos: Diseñar un protocolo de pesquisa por oportunidad para la detección de HF, aplicar el protocolo de pesquisa por oportunidad para posibles casos de HF y seleccionar a los pacientes candidatos para estudio genético.

Método: Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se obtuvieron perfiles lipídicos de la base de datos del laboratorio clínico de pacientes ambulatorios registrados entre 2019-2021, seleccionando registros con C-LDL 190 mg/dL y triglicéridos 200 mg/dL. Los criterios de exclusión fueron: embarazo, hipercolesterolemia secundaria, neoplasia, deterioro cognitivo severo y fallecimiento. La categorización se realizó mediante el criterio DLCN y, en los pacientes con más alto puntaje, se realizó genotipificación por NGS. Variables numéricas fueron representadas por medidas de tendencia central y dispersión y, las categóricas, por frecuencia y porcentaje. Trabajo autorizado por CEC-SSTHNO.

Aspectos éticos: Aprobado por el Comité Ético Científico de Servicio de Salud Talcahuano.

Resultados: 36.804 perfiles lipídicos fueron realizados entre 2019-2021 en el Hospital Las Higueras. Luego de los filtros, se identificó 98 pacientes con niveles de C-LDL >220mg/dL. El DLCN permitió identificar un total de 5 pacientes con puntaje de certeza, 4 de probable y 325 pacientes de posible HF. Cabe destacar que 22,4% de pacientes presentaba los antecedentes requeridos para categorizar según el criterio DLCN. El análisis genético de 6 pacientes identificó a 4 pacientes portadores de mutaciones en el LDLR.

Conclusiones: La aplicación de este programa piloto de pesquisa por oportunidad de HF en un centro hospitalario, permitió la identificación y el diagnóstico genético de pacientes portadores de esta patología, contribuyendo al diagnóstico temprano de HF y tratamiento preventivo de la ECV.

Keywords: Hipercolesterolemia Familiar, DLCN, ECV.

Impacto de una estrategia de agendamiento online de horas de morbilidad en el CECOSF Las Palmas Chilenas

Juan Nicolás Castillo Ochoa¹

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

Introducción: Históricamente la toma de horas en los centros de salud de atención primaria en Chile ha sido en su mayoría de forma presencial, implicando para las personas exponerse a diversos obstáculos que determinaban su posibilidad de acceso a la atención médica (ej. distancia al centro, largas filas, condiciones climáticas, costos asociados, etc). El agendamiento de horas de forma online está aumentando progresivamente en los servicios de salud alrededor de todo el mundo debido al avance de la informática y a las necesidades que planteó la pandemia del Covid-19 con relación a evitar las aglomeraciones mediante el uso de nuevas estrategias, en particular de la telemedicina y de las tecnologías en salud.

En conjunto con la comunidad se determinó modificar el sistema de agendamiento de horas de morbilidad en el CECOSF Las Palmas, tras lo cual en mayo de 2024 se comenzó con la implementación de un sistema predominantemente remoto de agendamiento, a través de la aplicación telefónica Whatsapp y con selección de la demanda por parte de un profesional médico. Se mantuvo la opción para los personas mayores de 60 años de poder solicitar hora de forma presencial.

Si bien las tecnologías en salud pueden ayudar a disminuir obstáculos en el acceso a la atención y constituir un avance en ciertas áreas, existen pocos estudios en Chile que evalúen formalmente el impacto que tiene la implementación de estrategias online de agendamiento en el acceso a los sistemas de salud y que permitan identificar grupos más vulnerables a la exclusión.

Objetivo general:

- Caracterizar el perfil epidemiológico de la población atendida en morbilidad en el CECOSF Las Palmas antes y después de la implementación de la estrategia.

Objetivos específicos:

- Realizar un análisis comparativo de la población atendida según el sistema de agendamiento.
- Identificar grupos que pudieran haber sido favorecidos o perjudicados con el cambio de estrategia.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional analítico. Se obtuvo una base de datos anonimizada con información que contemplaba las atenciones de morbilidad agendadas por personal administrativo del CECOSF Las Palmas de los meses de mayo a agosto de los años 2022, 2023 y 2024. Se decidió utilizar este periodo para el análisis debido a que la estrategia de agendamiento remoto fue implementada en mayo de 2024, contando con datos hasta agosto del mismo año. Para mantener la comparabilidad, se seleccionaron los mismos meses en los años anteriores (2022 y 2023).

Es importante mencionar que se consideró también dentro del grupo del sistema de agendamiento remoto a aquellas personas mayores de 60 años que solicitaron su hora de atención de forma presencial. Esto debido a que, si bien la implementación del sistema de agendamiento remoto en 2024 permitía en este grupo agendar presencialmente, el sistema se mantuvo predominantemente remoto.

Se caracterizó la población atendida con relación a la distribución de sexo, edad y tipo de morbilidad: Respiratoria, Cardiovascular, Salud Mental y Otras morbilidades (esta última categoría abarcaba todas las morbilidades que no podían ser encasilladas en las otras). Posteriormente, se realizó análisis estadístico con SPSS v.26 para comparar si existían diferencias significativas en cuanto a las variables mencionadas entre las poblaciones según si pertenecían al sistema de agendamiento presencial o al de agendamiento remoto.

Resultados: Se incluyeron 4981 pacientes, de los cuales 3247 fueron agendados mediante el sistema presencial y 1734 mediante el sistema remoto vía WhatsApp. El 63,4% de los pacientes del sistema presencial fueron mujeres, en comparación con el 62,7% en el sistema remoto, sin diferencias significativas en la distribución por sexo (chi-cuadrado, $p = 0,65$). La distribución de la edad fue no paramétrica en ambos sistemas (Shapiro-Wilk, $p < 0,01$), con una mediana de 33,4 años [10,74-55,24] en el agendamiento presencial y de 24,4 años [8,97-50,79] en el sistema remoto, mostrando una diferencia estadísticamente significativa (Mann-Whitney, $p < 0,01$).

Al analizar por grupos etarios, se observó una mayor proporción de personas mayores de 60 años en el sistema presencial (18,7%) en comparación con el sistema remoto (15,6%), diferencia que resultó estadísticamente significativa (chi-cuadrado, $p < 0,01$). No se encontraron diferencias significativas al analizar el grupo de mayores de 80 años (chi-cuadrado, $p = 0,87$), aunque las proporciones fueron bajas en ambos sistemas (2,0% y 1,9%, respectivamente).

En el grupo de personas mayores de 60 años atendidas durante el periodo de implementación del sistema de agendamiento remoto (mayo a agosto de 2024), un 24,1% (65 de 270 personas) solicitó su hora de manera presencial. Este porcentaje fue aún mayor en el subgrupo de mayores de 80 años, alcanzando un 39,4% (13 de 33 personas).

Con respecto a la proporción de menores de 18 años, hubo diferencias significativas (chi-cuadrado, $p < 0,01$) entre sistemas presencial y remoto (35,1% y 44,1% respectivamente), pero al analizar por menores de 5 años y de 1 año no se encontraron diferencias significativas entre ambos sistemas de agendamiento ($p = 0,052$ y $p = 0,63$ respectivamente).

Se observaron diferencias significativas en la distribución de morbilidades entre los sistemas de agendamiento presencial y remoto. En el sistema presencial, el 55,6% de las consultas correspondieron a 'Otras morbilidades', mientras que en el sistema remoto fue el 43,9% (chi-cuadrado, $p < 0,01$). Las consultas por morbilidad respiratoria fueron menos frecuentes en el sistema presencial, alcanzando el 35,1%, en comparación con el 46,3% observado en el sistema remoto (chi-cuadrado, $p < 0,01$). Las consultas de salud mental representaron el 5% en el sistema presencial y el 6,6% en el remoto (chi-cuadrado, $p = 0,02$). No se encontraron diferencias significativas en las consultas cardiovasculares, con un 4,3% en el sistema presencial y un 3,2% en el remoto (chi-cuadrado, $p = 0,06$).

Conclusiones: Si bien, hubo una mayor proporción de atenciones a mujeres que a hombres, los resultados muestran que ambos sexos accedieron de forma similar independiente del sistema de agendamiento, lo cual sugiere que no habría algún tipo de barrera o limitación en el acceso a hora de atención relacionado al sexo. El sistema de agendamiento remoto pareció favorecer el acceso a personas más jóvenes, evidenciándose una mediana de edad menor, con un aumento de la proporción de escolares y adolescentes que accedieron a atención, y una disminución de la proporción de personas mayores de 60 años. Por otro lado, se observó que, a pesar de existir la opción de agendamiento remoto, el grupo de personas mayores siguió utilizando la opción de agendamiento presencial de forma importante, lo que sugiere una barrera digital para este grupo etario. El sistema de agendamiento remoto mostró un aumento en las consultas relacionadas con enfermedades respiratorias y de salud mental. Esto podría sugerir que para ciertos perfiles de pacientes o para algunas condiciones de

salud específicas un sistema remoto podría favorecer el acceso a atención.

Una limitación importante de este estudio es el periodo de observación relativamente corto. Aunque algunos resultados presentan significancia estadística, es apresurado establecer conclusiones definitivas, por lo que sería recomendable ampliar el periodo de análisis para obtener una visión más completa sobre el impacto del agendamiento remoto. Por otro lado, existen pocos estudios acerca del perfil epidemiológico de las consultas en atención primaria de salud en Chile posterior a la pandemia que permitan analizar si el aumento en las consultas respiratorias y de las consultas en la población escolar y adolescente pudiera explicarse solo por un cambio epidemiológico local-regional o si responde al cambio de sistema de agendamiento. Es fundamental que como profesionales de la salud de atención primaria mantengamos una evaluación continua de las estrategias que se desarrollan y aplican en los diferentes centros de salud para poder abogar por los grupos menos favorecidos.

Keywords: Agendamiento online, Acceso a la salud, Atención primaria de salud

Financing: No presenta financiamiento de ninguna entidad.

Acknowledgments: Agradecimientos al Dr. Javier Espinal y al resto del equipo de salud del CECOSF Las Palmas Chilenas.

Aplicación del instrumento NECPAL CCOMS-ICO versión 4.0 en pacientes no oncológicos y dependientes, pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria de los Centros de Salud Familiar Los Castaños de La Florida y Padre Gerardo Whelan de Peñalolén: Descripción de los resultados.

Esteban Fernández Flores¹, **Paulina Velásquez Navajas¹**

(1) Universidad Diego Portales, Programa de Formación de Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, Vergara 210, Santiago, Chile

Introducción: Los cuidados paliativos (CP) buscan mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias frente a problemas inherentes a enfermedades terminales, mediante la prevención y alivio del sufrimiento, evaluación y tratamiento oportuno del dolor y otros problemas de índole física, psicosocial o espiritual, siendo los Centros de Salud Familiar (CESFAM) frecuentemente el primer contacto con quienes lo requieren.

Los CP no se restringen a enfermedades oncológicas, sino también a enfermedades crónicas avanzadas (ECA), estimando la OMS un 38% son cardiovasculares, 34% cáncer, 10% respiratorias crónicas, 5,7% SIDA y 4,6% diabetes. También se estima que el 69-82% de pacientes con ECA requerirán CP antes de su muerte.

En Chile, se estimó que la población susceptible de recibir CP no oncológicos anualmente es de 25.650 personas, con una supervivencia de etapa final de vida de 169 días. La Ley N° 21.375 que consagra los CP y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves y su respectiva Orientación Técnica, recomienda la herramienta NECPAL CCOMS-ICO 4.0 para determinar la necesidad de atenciones paliativas y pronóstico de vida limitado, por medio de la respuesta de 6 variables clínicas más una pregunta apreciativa. La puntuación obtenida nos permite clasificar a los usuarios en estadios I, II y III, con una supervivencia de 38, 17,2 y 3,6 meses respectivamente.

Objetivos

Generales: Describir los resultados de la aplicación del instrumento NECPAL CCOMS-ICO versión 4.0, a pacientes pertenecientes a los programas de atención domiciliaria de los CESFAM Los Castaños de La Florida (LC) y Padre Gerardo Whelan de Peñalolén (PGW).

Específicos:

- Identificar el número de pacientes que requieren cuidados paliativos no oncológicos según el instrumento- Especificar la frecuencia de respuestas de las variables en aquellos pacientes con resultado positivo.- Categorizar a los pacientes con resultado positivo según edad, género, grado de dependencia y estadio.

Materiales y métodos: Del universo de usuarios del programa de atención domiciliaria de cada centro con evaluación por enfermería o médico en los últimos 6 meses, se seleccionó a aquellos con dependencia moderada, severa o total según escala de Barthel, excluyendo a aquellos en CP oncológicos. A partir de la ficha clínica se completó el instrumento NECPAL CCOMS-ICO 4.0, respondiendo la pregunta sorpresa por algún integrante del equipo de salud o de investigación; ante respuesta positiva se completaron los demás ítems. Se incluyeron también los datos obtenidos por los equipos de salud al aplicar paralelamente el NECPAL, dentro del periodo establecido. Los resultados se digitalizaron en una base de datos para su análisis, constituyendo un estudio no experimental, de tipo descriptivo y corte transversal.

Resultados: Se aplicó un total de 310 instrumentos, correspondientes a un 61,94% a PGW y 38,06% a LC, siendo 62,26% mujeres, 37,74% hombres y un 49% mayores de 80 años. Se obtuvo una positividad del instrumento de 26,45% (82), con una distribución similar en ambos centros. Un 27,98% de los NECPAL positivos fueron mujeres y un 23,93% hombres. El 30,49% tenía dependencia moderada y un 69,51% severa. Los mayores de 80 años presentaron mayor positividad (62,2%) seguido del grupo entre 60-79 años (31,15%), sin positividad en menores de 40 años. Respecto a las variables clínicas, el 87,8% presentó enfermedad avanzada, 73,17% multimorbilidad y 71,95% pérdida de la funcionalidad. De todos los instrumentos positivos un 34,15% presentó enfermedad avanzada por demencia, un 24,4% por fragilidad y 18,3% por enfermedad pulmonar crónica. Del total de NECPAL positivos, el 15,85% clasificó en estadio I, 48,68% estadio II y 35,37% estadio III.

Conclusiones: Los resultados obtenidos coinciden con los de otros estudios similares, con una positividad para necesidad paliativa cercana al 30%, siendo para este caso una de las principales causas la demencia. Hombres y mujeres presentan positividad similar, sin embargo, hay más mujeres en seguimiento por el programa de atención domiciliaria. La positividad aumenta a mayor edad, en enfermedad avanzada, multimorbilidad y pérdida funcional reflejando el desafío que representa el envejecimiento poblacional. En su mayoría clasificaron en el estadio II de supervivencia de 17,2 meses, tiempo durante el que las personas requerirían CP. Los desafíos a partir de estos resultados entregados al equipo de salud son priorizar recursos, gestionar la demanda y fortalecer estrategias de prevención y promoción en salud enfocadas en problemas de salud más prevalentes.

Keywords: Cuidados paliativos, NECPAL, Atención primaria, Cuidados fin de vida, Enfermedad crónica avanzada

Financing: Sin financiamiento.

Acknowledgments: Agradecemos a nuestros tutores Dr. Roberto Barna, Dr. Luis Deza, Mg. Ángel Aranda por el apoyo durante el desarrollo de esta investigación.

“Nivel de alfabetización digital en salud en personas beneficiarias del programa de salud cardiovascular del CESFAM Santa Amalia, La Florida”

Deyanira Espinoza Morales¹, Arlis Rodríguez Grimón¹, Katia Tudela Rojas¹, Roberto Barna Juri¹, Ángel Aranda Chacón¹

(1) Universidad Diego Portales, Programa de Formación de Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de medicina, Ejército 141, Santiago, Chile

Introducción: Alfabetización en salud se define como “el grado en que las personas tienen la capacidad de obtener, procesar y comprender la información básicos necesarios para tomar decisiones de salud adecuadas” (Ratzan y Parker, 2000). La alfabetización digital en salud utiliza la misma definición operativa, pero en el contexto de la tecnología

Estudios nacionales muestran que la mayoría de la población tiene un nivel de alfabetización en salud deficiente (Norman & Skinner, 2006). A nivel internacional se ha demostrado que las deficiencias en alfabetización en salud contribuyen a tasas de mortalidad más altas y peor estado general de salud (Hersh et al., 2015)

Objetivos: 1. Determinar el nivel de alfabetización digital en salud que tienen las personas beneficiarias del programa de salud cardiovascular (PSCV) del CESFAM Santa Amalia de La Florida 2. Caracterizar el perfil de usuarios del programa de salud cardiovascular con baja alfabetización en salud digital.

Materiales y métodos: El diseño del estudio es descriptivo y transversal. La población objetivo son personas beneficiarias del PSCV en el CESFAM Santa Amalia, el tamaño muestral se calculó con un nivel de confianza del 95% y margen de error de 5% lo que corresponde a 362 personas. Se entrevistó a personas mayores de 18 años que asisten al CESFAM por ingreso o control de PSCV y se excluyó a personas que hayan declarado haber contestado previamente la encuesta, que no saben leer o escribir, con discapacidad visual que no les permita leer, o que no tengan acceso a internet. Se realiza una encuesta sobre características demográficas y posteriormente se les aplicó la escala eHealth Literacy Scale - “eHeals” traducida al español.

Resultados: La muestra está compuesta en un 82,32% por personas mayores de 60 años, mujeres en un 62,9%, la mayoría corresponde a la clasificación de riesgo moderado con un 57,73%, seguido de riesgo alto con 29,83%. Con respecto al nivel educacional la mayoría presenta nivel educacional aceptable, sumando las clasificaciones de personas con educación media completa y educación técnica o universitaria completa corresponden en conjunto al 67,67% de la muestra. La actividad principal de la mayoría de los encuestados fue jubilado/as 57,45%

En la aplicación de la encuesta eHEALS en los participantes para la sumatoria global de todas las preguntas un promedio de 23,11 puntos, de un máximo de 40

Al evaluar el desempeño en la encuesta eHEALS según rango etáreo, se encontró que : entre 30-39 años el promedio fue de 31.2(IC 95% 23.5-38.8), entre 40-49 años 29(IC 95% 22.5-35.4), entre 50-59 años 28(IC 95% 24.7-32.3), entre 60-69 años 26.4(IC 95% 24.2-28.5), entre 70-79 años 20.4(IC 95% 18.5-22.2) y mayores de 80 años 15.2(IC 95% 11.6-18.8) puntos. Al analizar los resultados según rango etáreo con el test de Kruskal-Wallis se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa con valor $p < 0.0001$ ****. Los grupos de edades de 30-69 años tienen un desempeño significativamente mejor en que el grupo de 70 años y más

Los puntajes promedios obtenidos en la encuesta de alfabetización digital en salud según el nivel educacional fueron: básica incompleta 14.3(IC 95% 10.6-17.9), básica completa 11.9(IC 95% 9.4-14.3), media incompleta 19.5(IC 95% 16.0-23.0), media completa 24.4 (IC 95% 22.4-26.4), técnica de nivel superior 28 (IC 95% 25.2-30.8) y universitario 30(IC 95% 27.5-32.4) puntos. Se analizaron los resultados por grupos con el test de Kruskal-Wallis obteniéndose un valor $p < 0.00001$ ****. Se observa que el grupo de personas con educación media y mayor tiene mejores resultados en alfabetización digital en salud que aquellas personas con nivel educacional básico o menor

Los puntajes promedio según riesgo ponderado de patologías son: riesgo bajo 27(IC 95% 23.4-30.6), moderado 23.7(IC 95% 22.0-25.3) y riesgo alto 20.3 (IC 95% 18.1-22.5) puntos. Al realizar el test de Kruskal-Wallis se obtuvo un valor $p < 0.0072$ ** , se observa al comparar el grupo de personas con un riesgo ponderado de patologías alto en comparación a las de riesgo bajo, las cuales tienen un mayor nivel de alfabetización digital en salud

Conclusiones: Los resultados obtenidos muestran que las personas mayores de 70 años, con nivel educacional básico o menor y que además presenta un riesgo ponderado de patologías alto tienen menor nivel de alfabetización digital en salud

En nuestro país se han estado incorporando las tecnologías rápidamente en los últimos años, para agendar citas, consultas de telemedicina, para orientación telefónica sobre temas relacionados con la salud, etc. Sin embargo, estos avances tecnológicos, pueden tener un efecto negativo en algunas personas que no cuentan con las herramientas para navegar por este nuevo sistema virtual, por lo que se deben implementar planes de capacitación para aumentar el nivel de alfabetización digital en salud y este trabajo proporciona información útil para la identificación de este grupo de mayor riesgo

Keywords: Alfabetización en Salud, Alfabetización Digital, Atención Primaria de Salud, Brecha Digital

Financing: Estudio autofinanciado por sus autores, sin financiamiento de la industria farmacéutica

Acknowledgments: Agradecemos a la dirección del centro de salud familiar Santa Amalia de La Florida por su apoyo para la realización de este proyecto de investigación.

Activos en salud para el control de diabéticos descompensados: Estudio de Cohorte Retrospectivo. Health assets for the control of decompensated diabetics: Retrospective Cohort Study.

Luis Faúndez¹

(1) CESFAM KAPLAN, VIÑA DEL MAR, CHILE

Antecedentes: El número de personas que padecen Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) ha ido aumentando globalmente, estimándose que para el 2030 será la séptima causa de muerte en adultos.

Objetivo: Evaluar el impacto de una intervención educativa sobre activos en salud en pacientes con DM2 descompensados.

Material y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva en 124 pacientes adultos con DM2 descompensada. El grupo de estudio (n=63) recibió educación sobre activos en salud y consulta médica telefónica. El control (n=61) sólo consulta médica telefónica habitual.

Resultados: En el grupo intervenido se observó un descenso significativo de la HbA1c respecto al control (OR: 6.21, 95%IC 2.81 a 13.7). Este hallazgo fue consistente en los subgrupos de pacientes en tratamiento con insulina (OR: 5.0, 95%IC 1.03 a 24.28), mixtos (OR: 3.56, 95%IC 1.05 a 12.05) y solo con tratamiento oral (OR: 15.30, 95%IC 3.51 a 66.7).

Conclusiones: La intervención educativa en activos en salud, tiene un impacto positivo en las variables asociadas a DM2, ya que concientizan a la población diabética, aportándoles conocimientos sobre la enfermedad, mejoran la adhesión al tratamiento y el control glucémico de los mismos.

Palabras clave: DM tipo 2, promoción y prevención en salud, intervenciones educativas.

Abstract

Background: The number of people with type 2 Diabetes Mellitus (DM2) has been increasing globally, estimating that by 2030 it will be the seventh leading cause of death in adults.

Objective: To evaluate the impact of an educational intervention on health assets in patients with decompensated DM2.

Material and Methods: Retrospective cohort study in 124 adult patients with decompensated DM2. The study group (n=63) received health assets education and telephone medical consultation. The control group (n=61) only received regular telephone medical consultation.

Results: In the intervention group a significant decrease in HbA1c was observed with respect to the control (OR: 6.21, 95% CI 2.81 to 13.7). This finding was consistent in the subgroups of patients on insulin-only (OR: 5.0, 95%IC 1.03 to 24.28), mixed (OR: 3.56, 95%IC 1.5 to 12.05) and oral treatment only (OR: 15.30, 95%IC 3.51 to 66.7).

Conclusions: The educational intervention in health assets, has a positive impact on the variables associated with DM2, since they raise awareness in the diabetic population, providing them with knowledge about the disease, improve adherence to treatment and their glycemic control.

Key words: type 2 DM, health promotion and prevention, educational interventions.

Introducción: Actualmente, la diabetes mellitus (DM) tipo 2 es una enfermedad que se ha convertido en un grave problema de salud pública a nivel mundial. Según datos reportados por la Federación Internacional de Diabetes (FID) en el año 2019, aproximadamente 463 millones de personas viven con diabetes, con una prevalencia mundial de 9,3% en individuos entre 20 y 79 años. En América del Sur y Central, la DM tipo 2 afecta a 31,6 millones de personas con una prevalencia de 9,4%, se estima que el 41,9% de las personas no se encuentran diagnosticadas. En Chile, para el año 2017 la prevalencia de personas con DM tipo 2 o sospecha de tenerla fue del 12,3% (1).

En este sentido, la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es un trastorno metabólico de carácter multisistémico, causado por diversos factores que provocan un mal funcionamiento en la acción de la insulina o de la secreción de ésta, llevando a una hiperglicemia crónica que pone a la persona en riesgo de complicaciones macro y micro vasculares específicas. El número de personas con DM2 ha ido incrementando tanto a nivel mundial como nacional; la Organización Mundial de la Salud (OMS) proyecta que la DM2 será la séptima principal causa de muerte en 2030 en adultos (2).

Por lo cual, el enfoque de salud pública debe centrarse en la prevención de enfermedades crónicas, poniendo énfasis en la reducción de los factores de riesgo con el fin de detener el avance los mismos, atenuar sus consecuencias y generar barreras para la enfermedad, está dando poco a poco pasos hacia el enfoque de salud positiva (3). La salud positiva es una forma de ver las acciones en salud, focalizando la mirada hacia lo que hace que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren. En este modelo que revitaliza la promoción de la salud, toma relevancia el concepto de activos en salud. Un activo para la salud se puede definir como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar (4; 5).

Se ha observado que las personas y sistemas que desarrollan capacidades salutogénicas tienen mejores resultados de salud de lo que pueden demostrar otras aproximaciones (6; 7). En los últimos años las publicaciones relacionadas con la teoría de la salutogénesis y el modelo de activos para la salud han ido en aumento (7; 8; 9). Se ha demostrado que los activos en salud tanto biológicos, funcionales como subjetivos, se asocian a cambios en desenlaces clínicamente relevantes, como deterioro funcional, necesidad de consulta y mortalidad (10). En Chile, la última Encuesta Nacional de Salud (ENS) en 2017, reporta una prevalencia de 12,3% en cuanto a sospecha de diabetes mellitus, en comparación a un 9% en la ENS del año 2018 y 6,3% en 2003. Considerando esta información, se observa que en la población menor a 45 años entre los años 2010 y 2017, la sospecha de diabetes mellitus aumentó de un 4,2% a 8,1%, lo que se relaciona con un mayor

aumento con respecto a otros grupos etarios. No obstante, las diferencias entre los datos de ambas ENS no permiten diferenciar la población con DM1 y DM2, dificultando estimar con certeza el aumento de la DM2 de inicio en paciente joven en Chile (1). Así mismo, la aplicación del modelo salutogénico e identificación de activos en salud en pacientes diabéticos descompensados, podría permitir incrementar el control sobre su salud para mejorarla, al facilitar la utilización de recursos, mejorar su control metabólico y alcanzar un mejor nivel de bienestar, satisfacción personal y autocontrol percibido. En los últimos años las publicaciones relacionadas con la teoría de la salutogénesis y el modelo de activos para la salud han ido en aumento (7;8;9). No obstante, todavía son escasas las publicaciones sobre intervenciones basadas en activos y su real impacto en mejorar los desenlaces de salud.

En vista de lo anterior, este trabajo de investigación se realiza con el objetivo de evaluar el impacto de una intervención educativa sobre activos en salud en pacientes con DM2 descompensados.

Material y Métodos: Realizamos un estudio analítico de cohorte retrospectiva en el contexto de la pandemia por COVID-19, entre agosto 2020 y marzo del 2021 en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Cienfuegos de Viña del Mar, Chile. El CESFAM forma parte de la red pública de Atención Primaria de Salud (APS).

Criterios de elegibilidad: Incluimos pacientes mayores de 18 años, en control en el CESFAM Cienfuegos, con diagnóstico médico de DM2, que al momento de la elegibilidad estuviese descompensada. Definimos DM2 descompensada como una hemoglobina glicosilada (HbA1c) mayor o igual a 8%, independientemente de sus comorbilidades o complicaciones.

Excluimos pacientes con diabetes gestacional, diabetes tipo 1, o hiperglicemia sin diagnóstico médico de diabetes. También excluimos pacientes con diagnóstico de dependencia moderada o mayor, con dificultades para comunicarse fluidamente de forma oral, o sin datos o medios de contacto telefónico.

Descripción de las intervenciones: En el contexto de la pandemia por COVID-19, se establecieron controles médicos vía telefónica a los usuarios con DM2 descompensados en el CESFAM Cienfuegos, con el fin de mantener el contacto remoto con estos pacientes que, dada la contingencia sanitaria y restricciones de movilidad, no podían acudir a sus controles presenciales como de costumbre. Bajo estas circunstancias se solicitó una planilla con el listado de pacientes DM2 descompensados que ameritaba control telefónico prioritario para conocer su estado de salud actual, adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, presencia de sintomatología de descompensación, consultas en servicios de urgencias y/o hospitalizaciones, renovación de recetas, actualización de exámenes, y así, a pesar de las restricciones sanitarias y haciendo uso de las tecnologías disponibles, tener controlada a la población a cargo. Esta intervención se realizaba a todos los pacientes contactados por parte del equipo, quedando como de costumbre, un registro en la ficha clínica AVIS de cada uno de ellos.

Adicionalmente, y como parte de las labores que debe realizar el Residente de medicina familiar, sobre todo en cuanto a actividades educativas, algunos de estos pacientes previa autorización y consentimiento oral, accedieron a tener un segundo llamado telefónico de aprox 10 minutos, para una intervención educativa en activos en salud, consistente en la aplicación de una entrevista semiestructurada que busca hacer que el usuario reconozca sus propios recursos, y a través de los mismos, generar mejoras en su condición de salud. El Anexo 1 provee detalles de la intervención educativa en activos en salud realizada en el CESFAM. A todos los pacientes, tanto los que recibieron la intervención de activos, como los que solo el llamado habitual, se le solicitaron exámenes de laboratorio, incluyendo hemoglobina glicosilada (HbA1c) a realizarse 8 semanas después de los llamados, cuyos resultados quedaron registrados en su ficha clínica personal.

Recolección de datos: Los datos fueron recolectados desde una base de datos anonimizada. Se recolectaron las siguientes variables de cada individuo: Sexo, edad, intervención recibida (control habitual y de activos en salud, o solo control habitual), HbA1c inicial, HbA1c post intervención educativa.

Desenlaces:

Se consideraron los siguientes desenlaces a medir:

- Disminución en HbA1c de al menos un 1%, dos meses post reclutamiento.
- Cambio en HbA1c como variable continua, dos meses post reclutamiento.
-

Análisis estadístico: Utilizamos estadística descriptiva con frecuencias absolutas y porcentajes para variables categóricas, mediana con rango intercuartil para variables continuas con distribución no paramétrica, y promedio con desviación estándar para variables continuas con distribución paramétrica. Para evaluar la efectividad de la intervención para la disminución de HbA1c en al menos un 1% (como variable dicotómica), utilizaremos test exacto de Fisher. Para evaluar el cambio en la HbA1c tras la intervención (como variable continua), utilizamos T de Student.

Carectización de la población: La población del estudio "Activos en salud para el control de diabéticos descompensados: Estudio de Cohorte Retrospectivo CESFAM Cienfuegos de Viña del Mar 2020-2021" estuvo compuesta por 124 pacientes diabéticos adscritos al CESFAM, que acuden a control y tratamiento médico en los servicios de Consulta Externa, Urgencias y Medicina Interna, de los cuales 63 fueron los que recibieron la intervención educativa y 61 los que no la recibieron. A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

Análisis: del total de 124 pacientes que se encuentran inscritos en programa de pacientes diabéticos del CESFAM Cienfuegos de Viña del Mar, el 50,8% recibieron la intervención educativa, mientras que el 49,19% de los pacientes no recibieron la intervención educativa.

En relación a la diferencia de Hb1AC al inicio y posterior de la intervención comparando los pacientes control vs los pacientes intervenidos

Diferencia de Hb1AC al inicio y posterior de la intervención comparando los pacientes control vs los pacientes intervenidos

Análisis: del total de 124 pacientes inscritos en el CESFAM Cienfuegos de Viña del Mar, 71 pacientes presentaron diferencias en la HbA1C al

inicio y al finalizar las intervenciones educativas, de los cuales 49 pacientes estaban en el grupo que recibieron intervenciones educativas y los otros 22 pacientes estaban en el grupo control (No participaron en las intervenciones educativas).

Ahora bien, en relación a los pacientes control vs a los pacientes intervenidos que presentaron modificaciones según el tratamiento que reciben tenemos:

Análisis: de los 124 pacientes inscritos en el CESFAM Cienfuegos de Viña del Mar, 34 pacientes reciben tratamiento con insulina de los cuales 23 pacientes presentaron cambios en la HbA1c al finalizar la intervención, de estos 15 participaron en las intervenciones educativas y 8 pertenecían al grupo control.

De igual manera, 46 pacientes reciben tratamiento mixto (insulina, oral), de los cuales 25 pacientes presentaron cambios en la HbA1c posterior a terminar la intervención, de estos 16 pertenecían al grupo de los intervenidos y 9 al grupo control.

Por último, 44 pacientes reciben tratamiento oral, de los cuales 23 presentaron cambio en la HbA1c al terminar la intervención, de estos 18 pertenecían al grupo de los intervenidos y 5 al grupo control.

Luego de analizar los resultados obtenidos en la investigación se puede decir, que las intervenciones educativas son efectivas en el control de pacientes diabéticos descontrolados sin importar el tratamiento que estén tomando, dado que se evidenció disminución en los valores de HbA1c al terminar la intervención educativas en la mayoría de los pacientes intervenidos en comparación con los pacientes del grupo control.

Cabe destacar que, diversos estudios han demostrado que las personas con DM2 poseen déficit de conocimiento sobre su enfermedad, lo cual, puede afectar la aceptación e integración del régimen terapéutico (Leal, 2017).

Resultados similares a nuestra investigación fueron los obtenidos por Figueira (2017), en donde demostraron que la intervención educativa en Diabetes fue efectiva en la mejoría del conocimiento de la enfermedad, en la adhesión al tratamiento medicamentoso y en el control glucémico de las personas con DM2.

Durante la investigación se demostró que más del 75% de los pacientes que participaron en el estudio, presentaron mayor control de la diabetes al terminar las sesiones educativas en comparación con los del grupo control. En este sentido, queda demostrada la importancia de realizar sesiones educativas en la población diabética, enfocadas en la promoción y prevención en salud con el objeto de disminuir la morbimortalidad en estos pacientes y mejorar su calidad de vida.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en esta investigación, sugieren que las intervenciones educativas son una estrategia que concientizan a la población diabética, ya que aportan conocimientos sobre la enfermedad, mejoran la adhesión al tratamiento y el control glucémico de las personas con DM2. Por lo cual, dichas sesiones educativas se pueden implementar en todos los niveles de atención en salud, con el objeto de ofrecerles a las personas con DM tipo 2 herramientas para el desarrollo de habilidades para el cuidado de la enfermedad.

Es necesario realizar intervenciones educativas enfocadas en concientizar a la población en general sobre la importancia de realizar actividad física de manera regular, así como, mantener una dieta saludable, para disminuir los factores de riesgo que aumentan la prevalencia de enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus, la cual afecta la calidad de vida tanto del paciente como de su entorno familiar.

Cabe destacar que, se deben realizar futuras investigaciones relacionadas con la promoción y prevención en salud para la población diabética, con el objeto de evitar complicaciones que pongan en riesgo la salud del paciente y mantener un control metabólico óptimo en el manejo de la enfermedad.

Bibliografía

- 1.- Gutiérrez Vásquez, Claudio, Parrao Achavar, Felipe, Langlotz R, Assael N. Diabetes mellitus tipo 2 de inicio en paciente joven: implicancias en la población chilena. Rev chil endocrinol diabetes [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 30];90-4. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1283560?lang=es>
- 2.- World Health Organization. Global report on diabetes. WhoInt [Internet]. 2016;1(1). Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204871>
- 3.- Morgan A, Erio Ziglio, Davies M, Springerlink (Online Service. Health Assets in a Global Context : Theory, Methods, Action. New York, Ny: Springer New York; 2010.
- 4.- Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promot Int [Internet]. 1996;11(1):11-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- 5.- Morgan A, Hernán M. Promoting health and wellbeing through the asset model. Rev Esp Sanid Penit [Internet]. 2013;15(3):78-86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-06202013000300001>
- 6.- Cano Fuentes G, Dastis Bendala C, Morales Barroso I, Manzanares Torné ML, Fernández Gregorio A, Martín Romana L. Ensayo clínico aleatorio para evaluar la eficacia de una intervención educativa desarrollada en atención primaria sobre asmáticos adultos. Aten Primaria [Internet]. 2014;46(3):117-39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.04.005>
- 7.- Mendía S, Raquel M, Inés Gabari Gambarte JM. "[Positive health resources: Exploratory study with groups from the Pamplona school area. Atención primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2016;48(2):140-1
- 8.- Mariona A, Berenguera N, Coma-Auli H, Pombo-Ramos S, March A, Asensio-Martínez P, et al. Health-Care Users, Key Community Informants and Primary Health Care Workers' Views on Health, Health Promotion, Health Assets and Deficits: Qualitative Study in Seven Spanish Regions. International Journal for Equity in Health. 2017;16(1).
- 9.- Alvarez-Dardet C, Morgan A, Cantero MTR, Hernán M. Improving the Evidence Base on Public Health Assets--the Way Ahead: A Proposed Research Agenda. Journal of Epidemiology and Community Health. 2015;69(8):721-3.
- 10.- Gregorevic KJ, Wen Kwang Lim NM, Peel RS, Martin RE. Are Health Assets Associated with Improved Outcomes for Hospitalised Older

Adults? A Systematic Review. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2016;67:14–20.

Palabras clave:

(1) PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD, (2) INTERVENCIONES EDUCATIVAS, (3) DIABETES MELLITUS TIPO 2.

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o sin ánimo de lucro.

PESQUISA POR CASCADA FAMILIAR PARA EL DIAGNÓSTICO DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR EN CONCEPCIÓN

Mariana Opazo Torres¹, Fabiola Ramírez Santi¹, Noemí Vilches Soto¹, Carolina Alarcón Reyes¹, Catalina Martínez Olea¹, Anablanca Muñoz Cardenas¹, Paula Honorato Vásquez¹, Claudia Radojkovic Navarro¹, Andrea Sánchez Rubio¹

(1) Universidad de Concepción, Departamento de Bioquímica Clínica e Inmunología, Facultad de Farmacia, Concepción, Chile

Introducción. La Hipercolesterolemia Familiar (HF) es una enfermedad metabólica hereditaria común, asociada con altos niveles de C-LDL y una elevada tasa de morbi-mortalidad por enfermedad cardiovascular (ECV) precoz. Las causas más frecuentes están determinadas por mutaciones en los genes del receptor de LDL (LDLR) y PCSK9, entre otros. En Chile, no existen datos epidemiológicos de HF, sin embargo, se estima una prevalencia de 1:220, equivalente a 85.000 personas no diagnosticadas. Una forma de diagnóstico de la HF es mediante la pesquisa por cascada familiar, la cual se utiliza para identificar a los parientes de un caso índice (CI) identificado genéticamente con HF. En la región del Biobío, Chile, se realizó una pesquisa selectiva de HF que permitió identificar 17 CI.

Objetivo general. Identificar pacientes portadores de HF a través de pesquisa por cascada familiar en la región del Biobío, Chile.

Metodología. Estudio en cascada familiar. Se contactó con los familiares de 6 CI previamente identificados con la mutación S326C y D47N del LDLR. A los parientes se les realizó estudios clínicos correspondiente al perfil lipídico completo y estudios genéticos para la identificación de mutaciones mediante qPCR y HRM-PCR. Se utilizó t-test para comparar las variables que mostraron una distribución normal. Para aquellos casos que no cumplieron con los supuestos de distribución se aplicó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney. Los datos fueron analizados en el Software IBM SPSS. La investigación se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki y el protocolo fue aprobado por el Comité Ético Científico, Servicio de Salud, Concepción (Proyecto VRID N 218.088.028-1.0; N 216.088.026-1.0).

Resultados. Se reclutaron 17 parientes de 3 CI portadores de la mutación S326C del LDLR. Se identificó 1 paciente homocigoto (HO), 8 heterocigoto (HT) y 8 pacientes sin mutación S326C (WT). Los valores promedio del colesterol total (C-total) fue de 488 mg/dL para HO, 272±75 mg/dL para HT y 187±31 mg/dL para WT; para el colesterol LDL (c-LDL) fue de 434 mg/dL para HO, 201±71 mg/dL para HT y 106±27 mg/dL para WT. Para la mutación D47N se reclutaron 25 parientes de 3 CI. Se identificaron 8 pacientes HT para D47N, además se logró identificar 2 pacientes HT para la mutación duplicación de exones 13-15 del LDLR (Dup.Ex13-15) y 14 pacientes WT. Los valores promedio del C-total fue de 232±18 mg/dL para HT D47N, 364±11 mg/dL para HT Dup.Ex 13-15 y 162±40 mg/dL para WT; para el c-LDL fue de 164±20 mg/dL para HT D47N, 288±6 mg/dL para HT Dup.Ex 13-15 y 99±28 mg/dL para WT.

Conclusiones. La aplicación de esta pesquisa por cascada familiar de HF en la región del Biobío permitió la identificación y el diagnóstico genético de pacientes portadores de esta patología, contribuyendo al diagnóstico temprano de HF y tratamiento preventivo de la ECV.

Keywords: Hipercolesterolemia familiar, Cascada familiar, Enfermedad cardiovascular, Diagnóstico

Financing: Financiamiento. Fondecyt de Iniciación 11220497, VRID multidisciplinario N°2021000299MUL, Proyecto VRID N 218.088.028-1.0; N 216.088.026-1.0

Impacto de las intervenciones familiares en el bienestar psicológico de familiares de personas con abuso de sustancias: Una revisión sistemática.

Natalia Fernández Alicera¹, Karla Campos Cortes¹, Cristobal Galindo Martinez¹, Felipe Jara Anifñir¹, Sascha Kurz de Armas¹

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

Introducción: El abuso de sustancias continúa siendo una preocupación creciente a nivel global. A escala mundial, más de 296 millones de personas consumieron drogas en 2021, lo que supone un aumento del 23% con respecto a la década anterior(1). Esta problemática no solo afecta a los individuos que consumen dichas sustancias, sino también a sus familias y comunidades(2). La complejidad de los trastornos relacionados con sustancias demanda enfoques multidisciplinarios para su tratamiento y manejo, donde las intervenciones familiares se perfilan como estrategias clave para mejorar el bienestar psicológico y social de los afectados(3). Las intervenciones familiares tienen como objetivo no solo abordar el consumo de sustancias en sí, sino también mejorar el funcionamiento familiar y reducir las repercusiones asociadas al abuso de sustancias, como el estrés, la ansiedad y la violencia intrafamiliar. Estas intervenciones pueden variar desde terapias relacionadas con sustancias demanda enfoques multidisciplinarios para su tratamiento y manejo, buscando fortalecer las redes de apoyo y el funcionamiento familiar (4). En este contexto, resulta crucial evaluar el impacto de las intervenciones familiares en el bienestar psicológico de las familias de personas adultas con abuso de sustancias. Este impacto se entiende como la reducción del estrés, la ansiedad y otros problemas de salud mental. Para determinar esta influencia, fue necesario la realización de esta revisión sistemática. La integración de estos estudios proporciona una perspectiva amplia y actualizada sobre la eficacia de las intervenciones familiares en el manejo del abuso de sustancias, destacando tanto los beneficios potenciales como las áreas que necesitan mayor investigación. Esta revisión sistemática busca sintetizar estos hallazgos para ofrecer una guía clara sobre las prácticas basadas en evidencia que pueden implementar los profesionales de la salud para mejorar los resultados en este campo desafiante.

Método: La búsqueda basada en la evidencia se centró en estudios de familiares de personas con diagnóstico de trastorno de uso de sustancias, incluyendo trastorno de uso de drogas y alcohol. Estrategia de Búsqueda Para identificar los estudios potencialmente elegibles, se condujo una búsqueda de la literatura en PubMed, Web of Science (WOS) y LILACS. Según lo anterior, se escogieron palabras claves, las cuales fueron: "substance related disorders", "family therapy" y "family", combinados utilizando el operador booleano "and". Se realizó la búsqueda en todos los campos, en publicaciones de los últimos 5 años, en el idioma inglés y español. Para filtrar la búsqueda se seleccionaron los tipos de artículo: Full text, Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, Systematic Review. La búsqueda fue realizada el 29 de mayo del 2024. Criterios de Elegibilidad Se seleccionaron ensayos clínicos con menos de 5 años de antigüedad cuya población participante incluyera a cuidadores y/o familiares de personas mayores de 15 años con abuso de sustancias. Las intervenciones que se consideraron fueron: educación, consejería, terapia familiar, terapia de pareja, terapia familiar sistémica, intervención familiar, terapia cognitivo conductual, grupo de apoyo y asesoramiento. Además se incluyeron los estudios cuyo desenlace tuviese impacto en el bienestar del cuidador y/o familiar (reducción del estrés, ansiedad, síntomas depresivos, problemas de salud mental, violencia intrafamiliar). De la búsqueda inicial se realizó una lectura crítica de los títulos, abstract y palabras claves, excluyendo los artículos en los que no se incluyeron las intervenciones ni la población objetivo descrita previamente y los artículos duplicados. Posteriormente se realizó una segunda revisión, mediante la lectura completa de los artículos científicos, seleccionando según: población participante, intervención y desenlace.

Resultados: En el proceso de selección de los artículos descritos previamente, se recuperaron de la búsqueda electrónica un total de 286 artículos, de estos 1 estaba duplicado y 249 fueron excluidos por no cumplir con criterios de inclusión durante la revisión del abstract y título, de los 36 restantes se realizó una lectura completa para aplicar los criterios de elegibilidad escogiendo así 6 artículos (5,6,7,8,9,10). Estos artículos eran ensayos clínicos, de los cuales 5 fueron aleatorizados. En dos de ellos, la población intervenida fueron familias con algún miembro con consumo de sustancias (5, 7). En otro, se tomó como población participante a madres consumidoras y sus hijos (10). Otro ensayo, seleccionó como participantes a los cuidadores de pacientes hospitalizados por consumo de sustancias (9). Otro estudio, incluyó a los padres de adultos jóvenes con consumo de sustancias (6). Por último, un estudio realizado en Kenia, tuvo como participantes a padres con consumo de alcohol, y a sus familias (8). En los estudios seleccionados, no se encontró población de características sociodemográficas similares, en las que se haya aplicado una misma intervención, por lo que se describe cada uno de los resultados de forma independiente.

- Hall MT, et al. (2021)(EEUU)(5): Participantes: 348 familias, incluidos 526 niños. Intervención: Programa de equipos de recuperación y tratamiento de sobriedad (START) vs Servicios habituales de bienestar infantil del condado de Jefferson. Desenlace: Sin diferencia estadísticamente significativa entre Programa START y programas usuales de bienestar infantil en maltrato infantil y reunificación familiar con relación al grupo control en 12 meses de seguimiento.
- Siljeholm O, et al. (2024)(Suecia)(6): Participantes: 113 Familiares de jóvenes adultos evaluados. Intervención: Refuerzo y Entrenamiento Comunitario y Familiar (CRAFT) vs Asesoramiento sobre la búsqueda de tratamiento entre adultos jóvenes (de 18 a 24 años) con consumo de sustancias peligrosas. Desenlace: Sin diferencia significativa entre CRAFT y consejería en mejoría de síntomas depresivos/ansiosos (DASS-21) y calidad de vida (SWLS) en familiares de jóvenes adultos con consumo. Mejoría significativa de CRAFT y asesoramiento en escala de felicidad de relaciones.
- Schaeffer CM, et al. (2021)(EEUU)(7): Participantes: 97 Familias- Intervención: Modelo de tratamiento Terapia Multisistémica "Construyendo Familias Más Fuertes" (MST-BSF) vs Tratamiento Comunitario Integral (CCT). Desenlace: MST-BSF fue significativamente más efectivo que CCT para mejorar el comportamiento negligente reportado por los niños de cuidadores con consumo de sustancias a los 18 meses de seguimiento. No hubo diferencias significativas en maltrato físico ni psicológico.
- Giusto A, et al. (2020)(Kenia)(8): Participantes: 9 padres con abuso de alcohol. Intervención: Combinación de activación conductual y entrevista motivacional vs sin comparador. Desenlace: Intervención mostró diferencia estadísticamente significativa con efectos positivos en el funcionamiento general familiar, evaluadas posterior a las 5 sesiones de programación semanal de la intervención en padres con abuso de alcohol.
- Karimi Z, et al. (2019)(Irán)(9): Participantes: 80 cuidadores. Intervención: Asesoramiento grupal sobre calidad de vida vs Grupo control sin intervención. con entrega de infografía posterior a estudio. Asesoramiento grupal que mejoró el bienestar Mental de cuidadores, mayormente esposas de personas hospitalizadas por abuso de sustancias. Diferencia estadísticamente significativa en la mejoría del bienestar, salud mental y satisfacción con la vida con relación al grupo control posterior a las 8 sesiones de la intervención.
- Wu Q, et al. (2020)(EEUU)(10): Participantes: 183 madres consumidoras y sus hijos. Intervención: Terapia familiar de base

ecológica (EBFT) vs Educación para la salud de la mujer (WHE). Desenlace: EBFT mostró diferencia estadísticamente significativa en la disminución de síntomas depresivos tanto en hijos como en madres consumidoras con relación al grupo control en 18 meses de seguimiento.

Evaluación de sesgos: Para evaluar el riesgo de sesgo de los artículos seleccionados se deben tomar en cuenta varios factores. En primer lugar se debe considerar la técnica utilizada para la selección de participantes y el método de asignación a las diferentes intervenciones. En 3 artículos se describe una selección bajo criterios de inclusión y exclusión bien especificados (5,6,7), en cambio en los otros 3 se puede visualizar un riesgo de sesgo ya que se usó un muestreo por conveniencia, con población muy específica (8,9,10), lo que hace difícil la extrapolación hacia otros contextos. Segundo, existió asignación aleatoria a las distintas intervenciones en 5 artículos (5,6,7,9,10); en uno de estos no se detalló la forma de aleatorización (9), y en otro se utilizó una aleatorización adaptativa para asignar más participantes al grupo de tratamiento que al grupo de control (5). En un solo estudio no existió grupo control, por lo que los participantes fueron asignados a una sola intervención (8). En cuanto al cegamiento de la información, no se describe si existió en 4 estudios (5, 7, 9, 10), no existió en un ensayo (8), y en solo un artículo existió cegamiento de los participantes y de los evaluadores de la intervención (6). En algunos artículos se menciona la variabilidad de la implementación de las intervenciones debido a diferentes factores, como distinto personal, recursos, experiencias personales, entre otros (5,8,10). Con respecto a los instrumentos de medida utilizados, en varios de los artículos seleccionados se utilizaron objetos de medición subjetivos, como los autorreportes, lo que podría introducir un sesgo (8, 9, 10). En cuanto al manejo y análisis de datos, se utilizaron modelos adecuados en todos los artículos, pero en algunos de ellos el tamaño de la muestra fue pequeño, por lo que el poder estadístico fue limitado (8, 10). No obstante, existió una alta tasa de seguimiento en la mayoría de los ensayos. Por último, en uno solo de los artículos seleccionados se declaró conflicto de interés por parte de los autores que podría introducir un sesgo (7). Debido a lo anteriormente descrito, la mayoría de los artículos seleccionados presentaron riesgo de sesgo moderado a alto (5,8,9,10), solo dos estudios presentaron riesgo bajo a moderado, debido a circunstancias especiales de cada estudio, respecto a implementación del estudio durante la pandemia COVID-19 (6), y el otro ensayo por las características de la intervención utilizada (7).

Discusión: Esta revisión sistemática tuvo como objetivo evaluar el impacto de las intervenciones familiares en el bienestar psicológico de los familiares de personas con abuso de sustancias. Los hallazgos de los seis artículos revisados proporcionan una visión heterogénea sobre la efectividad de diversas intervenciones (5,6,7,8,9,10), heterogeneidad también encontrada en otras revisiones (3, 4, 11). Dos estudios no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las distintas intervenciones familiares, como CRAFT y la consejería, en la reducción de síntomas depresivos y ansiosos o en la mejora de la calidad de vida de los padres de consumidores de sustancias (6), así como la disminución en maltrato infantil en hijos/as de padres consumidores (5). Esta falta de diferencias significativas podría deberse a varios factores, incluyendo el tipo de intervención, la duración de la misma, o las características de las poblaciones estudiadas. Sin embargo, algunos estudios individuales mostraron resultados prometedores. Por ejemplo, un estudio realizado en Kenia indicó que la combinación de terapia de activación conductual con entrevista motivacional mejoró significativamente el funcionamiento familiar en padres consumidores de alcohol (8), similar a lo reportado en la literatura (4). Otro estudio demostró que el asesoramiento grupal mejoró significativamente el bienestar mental y la calidad de vida de los cuidadores, mayoritariamente esposas, de personas hospitalizadas por abuso de sustancias (9). Además, una intervención basada en terapia familiar ecológica mostró una disminución significativa en los síntomas depresivos tanto en madres como en hijos (10), en concordancia a lo descrito en la literatura (3). A pesar de estos hallazgos, la revisión presenta varias limitaciones. En primer lugar, se encontró un número limitado de ensayos clínicos recientes, y ninguno de ellos fue realizado en América Latina, lo que limita la extrapolación de los resultados a poblaciones de esta región. Además, las características culturales, sociodemográficas y étnicas de las poblaciones estudiadas varían considerablemente, dificultando la comparación directa entre estudios. La calidad metodológica de los estudios también fue un problema significativo, con solo un ensayo clínico considerado de bajo riesgo de sesgo (6), uno con riesgo moderado (7) y cuatro con alto riesgo de sesgo (5,8,9,10). Esta variabilidad en la calidad de los estudios limita la confianza en los resultados y subraya la necesidad de investigaciones futuras más rigurosas. Los resultados de esta revisión destacan la necesidad urgente de investigaciones de mayor calidad y con menor riesgo de sesgo para evaluar la efectividad de las intervenciones familiares en el contexto del abuso de sustancias. Es crucial no solo comparar la eficacia de diferentes intervenciones, sino también considerar el costo de implementación y la adherencia de los usuarios a estas intervenciones. Investigaciones futuras deberían enfocarse en desarrollar y probar intervenciones adaptadas a contextos culturales y sociodemográficos específicos, especialmente en regiones subrepresentadas como América Latina.

Conclusión: En conclusión, aunque esta revisión sistemática encontró algunas intervenciones familiares que podrían ser beneficiosas para reducir la negligencia, los síntomas ansiosos y depresivos, y mejorar la calidad de vida y el funcionamiento familiar, la evidencia actual es limitada y tiene un riesgo moderado a alto de sesgo. Además, la diversidad cultural y sociodemográfica de las poblaciones estudiadas presenta un desafío adicional para la extrapolación de los resultados. Es imperativo realizar estudios futuros con metodologías más robustas y contextualmente relevantes para proporcionar evidencia más concluyente sobre la efectividad de las intervenciones en el bienestar psicológico de los familiares de personas con abuso de sustancias.

Referencias

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2023.
2. McCann TV, Lubman DI, Cotton SM, Murphy B, Crisp K, Catania L, et al. A randomized controlled trial of bibliotherapy for carers of young people with first-episode psychosis. *Schizophr Bull* [Internet]. 2013;39(6):1307–17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbs121>
3. McGovern R, Smart D, Alderson H, Araújo-Soares V, Brown J, Buyck P, et al. Psychosocial interventions to improve psychological, social and physical wellbeing in family members affected by an adult relative's substance use: A systematic search and review of the evidence. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(4):1793. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18041793>
4. Esteban J, Suárez-Relinque C, Jiménez TI. Effects of family therapy for substance abuse: A systematic review of recent research. *Fam Process* [Internet]. 2023;62(1):49–73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/famp.12841>
5. Hall MT, Kelmel AB, Huebner RA, Walton MT, Barbee AP. Sobriety Treatment and Recovery Teams for families with co-occurring substance use and child maltreatment: A randomized controlled trial. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2021;114(104963):104963. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.104963>
6. Siljeholm O, Edvardsson K, Bergström M, Hammarberg A. Community Reinforcement and Family Training versus counselling for parents of treatment-refusing young adults with hazardous substance use: A randomized controlled trial. *Addiction* [Internet]. 2024;119(5):915–27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/add.16429>
7. Schaeffer CM, Swenson CC, Powell JS. Multisystemic Therapy - Building Stronger Families (MST-BSF): Substance misuse,

- child neglect, and parenting outcomes from an 18-month randomized effectiveness trial. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2021;122(105379):105379. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105379>
8. Giusto A, Green EP, Simmons RA, Ayuku D, Patel P, Puffer ES. A multiple baseline study of a brief alcohol reduction and family engagement intervention for fathers in Kenya. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2020;88(8):708–25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000559>
 9. Karimi Z, Rezaee N, Shakiba M, Navidian A. The effect of group counseling based on quality of life therapy on stress and life satisfaction in family caregivers of individuals with substance use problem: A randomized controlled trial. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2019;40(12):1012–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/01612840.2019.1609635>
 10. Wu Q, Slesnick N. Substance abusing mothers with a history of childhood abuse and their children's depressive symptoms: The efficacy of family therapy. *J Marital Fam Ther* [Internet]. 2020;46(1):81–94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jmft.12364>
 11. Sampogna G, Brohan E, Luciano M, Chowdhary N, Fiorillo A. Psychosocial interventions for carers of people with severe mental and substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2023;66(1):e98. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2472>
 - 12.

Keywords: Intervenciones familiares, Bienestar psicológico, Abuso de sustancias, Terapia Familiar, Revisión sistémica

Financing: Sin financiamiento

Acknowledgments: Agradecemos al Departamento de Atención Primaria de Salud Familiar por las gestiones realizadas para poder participar en el Congreso y al Departamento de Psiquiatría Sur de la Universidad de Chile por incentivarlos al realizar investigación.

Uso y acceso a productos de higiene menstrual en mujeres y personas menstruantes del Centro Salud Familiar Placeres de Valparaíso

Natalia Cartes Huinca¹, Arantxa Gorioitía Sielfeld², Nicolás Meza Saavedra², Jeannette Guerra Álvarez¹

(1) Universidad de Valparaíso(2) CESFAM SAPU Placeres, Valparaíso, Chile

Introducción: La salud menstrual es crucial para el bienestar físico, mental y social, considera la disponibilidad de productos de higiene, salud, educación y derechos. Sin embargo, enfrenta desafíos significativos debido a la "pobreza menstrual", que se refiere a las barreras económicas y de acceso a productos e información adecuados sobre la menstruación.

Materiales y métodos: Este estudio descriptivo cuantitativo fue autorizado por el Comité de Ética del SSVSA y se llevó a cabo entre abril y mayo de 2024. Se aplicó una encuesta a una muestra no probabilística del 10% de las mujeres inscritas en el CESFAM SAPU Placeres de Valparaíso, abarcando a 362 mujeres de 18 a 45 años.

Resultados: De las encuestadas, el 100% eran mujeres, la mayoría chilenas, con un nivel de educación medio o superior. La adquisición de productos de higiene menstrual se realizaba principalmente en supermercados. Sin embargo, se reportaron dificultades económicas y logísticas para acceder a estos productos, afectando la participación en actividades diarias y exacerbando las desigualdades.

Discusión: El estudio revela que la pobreza menstrual afecta desproporcionadamente a personas en situaciones vulnerables, evidenciando la necesidad de políticas inclusivas y sensibles a la interseccionalidad. Además, destaca la importancia de considerar alternativas sostenibles y económicas, como los productos reutilizables, para mitigar el impacto ambiental y económico.

Palabras clave: Salud menstrual, pobreza menstrual, productos de higiene menstrual, atención primaria.

1.- Introducción

La salud menstrual comprende el bienestar físico, mental y social durante todo el ciclo menstrual, incluyendo la disponibilidad y acceso a productos de higiene adecuados. Según UNICEF, abarca aspectos del manejo de la higiene menstrual y otros factores, como la salud, el bienestar, la igualdad de género, la educación, el empoderamiento de niñas, adolescentes y mujeres y sus derechos¹.

Sin embargo, millones de mujeres y personas que menstrúan en el mundo se enfrentan a su menarquia con escasa información, sin acompañamiento y con vergüenza², lo que se relaciona con un aumento en el riesgo de inicio temprano de relaciones sexuales e incremento de embarazos adolescentes³; además de la exposición a prácticas futuras de sexo inseguro, infecciones de transmisión sexual y violencia sexual en las primeras relaciones⁴.

Este contexto histórico ha sentado las bases para lo que se conoce como pobreza menstrual, término que hace referencia a las barreras (financieras, sociales, culturales y políticas) para acceder a productos de higiene menstrual, educación sexual, incluyendo información sobre manejo menstrual, libre de tabúes, y acceso a servicios de salud⁴.

La "pobreza menstrual" se refiere a la incapacidad de acceder a productos de higiene menstrual de manera regular y digna debido a limitaciones económicas. Esto puede deberse a la falta de recursos financieros para comprar productos como tampones, toallas sanitarias o copas menstruales, así como a la falta de acceso a instalaciones de saneamiento adecuadas⁵.

En el mundo, se estima que 500 millones de personas carecen de acceso a productos menstruales y a instalaciones adecuadas para la gestión de la higiene menstrual⁶.

En el contexto de la salud menstrual, aplicar un enfoque interseccional implica considerar cómo factores como el género, la clase, la ubicación geográfica y otras identidades impactan de manera diferencial en el acceso y la gestión de la salud menstrual. Afectando de manera desproporcionada los diversos grupos, incluyendo a personas privadas de libertad, institucionalizadas, que estén viviendo en países en guerra o con crisis humanitarias⁷, personas sin hogar⁸, en situación de discapacidad⁹, que pertenezcan a pueblos originarios¹⁰, afrodescendientes¹¹, mujeres que viven en zonas rurales, que no tienen acceso a baños adecuados o agua potable, o que no tienen los recursos para adquirir productos de higiene menstrual¹², son quienes enfrentan desafíos adicionales en la gestión de su salud menstrual. Además, la diversidad de género se entrelaza, impactando específicamente a individuos transmasculinos, quienes, en muchos casos, enfrentan una doble marginalización al lidiar con la menstruación en entornos que no reconocen plenamente sus necesidades. Este análisis revela la urgencia de adoptar enfoques inclusivos y sensibles a la interseccionalidad para abordar las disparidades en la salud menstrual y garantizar que todas las personas tengan acceso equitativo a recursos esenciales y atención sanitaria¹³.

En cuanto al impacto ecológico, los productos menstruales desechables, como tampones y toallas sanitarias, contribuyen significativamente a la generación de residuos. Estos productos a menudo contienen materiales no biodegradables, como plásticos, y su fabricación implica el uso intensivo de recursos naturales y energía. La disposición inadecuada de estos productos también puede generar problemas ambientales¹⁴. Existe un creciente interés en alternativas más sostenibles, como productos reutilizables (copas menstruales, calzones y toallas reutilizables) que, si bien pueden tener una inversión inicial mayor, pueden reducir significativamente la cantidad de residuos a lo largo del tiempo. Además, la conciencia ambiental en la elección de productos menstruales no solo aborda preocupaciones ecológicas, sino que también puede influir en la forma en que las personas se relacionan con su propio cuerpo y ciclo menstrual¹⁵.

Sumado a lo anterior, debemos considerar que el costo asociado a productos de higiene menstrual puede ser significativo, y este aspecto se ve agravado por la presencia de impuestos adicionales en algunos lugares, teniendo en cuenta que no es un gasto opcional ni voluntario. La elevación de los costos puede resultar en una carga financiera para las mujeres y personas menstruantes, especialmente aquellas con recursos económicos limitados.

En Chile, según el estudio de gestión menstrual realizado por SERNAC actualizado el año 2023, una persona que menstrúa 5 días en su ciclo, durante 40 años de su vida puede llegar a gastar, en promedio, \$2.655.240 pesos en total, si sólo utiliza toallas higiénicas desechables, lo que corresponde a un gasto obligatorio por un proceso biológico que las personas menstruantes no pueden controlar^{16,17}.

La falta de datos cuantitativos y cualitativos sobre la situación de la salud menstrual en el país es un obstáculo importante para el desarrollo de políticas públicas efectivas.

Este estudio, realizado en el CESFAM SAPU Placeres de Valparaíso, busca llenar este vacío al evaluar la situación actual respecto al uso y acceso a productos de higiene menstrual en mujeres y personas menstruantes de entre 18 y 45 años.

Materiales y métodos:

Se trata de un estudio descriptivo cuantitativo que cuenta con la aprobación del Comité de Ética del SSVSA. Se implementó mediante la aplicación de una encuesta por personal capacitado a una muestra no probabilística, que representó el 10% de las mujeres inscritas en el CESFAM.

Previo a la aplicación de la encuesta, se realizó la explicación y firma de consentimiento informado, para resguardo de confidencialidad se identificaron las participantes con las iniciales del nombre y sus tres últimos números de RUT con dígito verificador.

La población objetivo incluyó a mujeres de entre 18 y 45 años, cuyo número total en el año 2023 ascendía a 3.568, según datos del SUDAIS SSVSA 2023. Un total de 362 mujeres que visitaron el centro de salud participaron en el estudio durante el periodo de recolección de datos, del 18 de abril al 29 de mayo de 2024, y cumplían con los criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión: Personas de sexo femenino, Personas con útero, Edad mayor o igual a 18 años y menor o igual a 45 años y que se hayan atendido en CESFAM SAPU Placeres durante el año 2024.
- Criterios de exclusión: Personas que no hayan tenido menstruación en los últimos 6 meses y que no hayan autorizado el consentimiento informado.
 - El objetivo general del estudio: Describir la realidad local acerca del uso y acceso a productos de higiene menstrual en un grupo de mujeres y personas que menstrúan entre 18 y 45 años que son atendidas en el CESFAM Placeres durante el año 2024.
 - Las respuestas se registraron en un documento Google Forms y luego se tabularon en una planilla Excel para el posterior análisis.

Resultados:

- **Sexo y género:** El 100% de las encuestadas corresponde a sexo femenino, y el 99.2% se identifica con género femenino, mientras que un 1% (3 personas) se identifican como no binarie o género fluido.
- **Nacionalidad:** El 91.7% son chilenas y el 8.3% son extranjeras, principalmente venezolanas (5.8%).
- **Distribución de Edad de las Personas Encuestadas:** Las edades de las encuestadas varían entre 18 y 45 años, con un promedio de 30.6 años, una mediana de 31 años y una moda de 32 años.
- **Nivel Educativo de las Personas Encuestadas:** La mayoría de las encuestadas tiene educación media completa (31%) o estudios universitarios (23%). Este dato refleja una población relativamente educada, lo cual podría influir en el conocimiento y acceso a diferentes productos de higiene menstrual, así como en la percepción y manejo de la menstruación.
- **Lugar de Obtención de Productos de Higiene Menstrual:** La mayoría de las encuestadas adquiere sus productos en supermercados o grandes tiendas (79%), seguido por farmacias (35%) y negocios del barrio (27.6%). Este patrón de adquisición sugiere una dependencia significativa de establecimientos comerciales convencionales, lo que podría limitar el acceso a estos productos en situaciones de emergencia o en áreas rurales o menos urbanizadas. La dependencia de estos puntos de venta también puede estar relacionada con las barreras económicas y logísticas que enfrentan las personas menstruantes en Valparaíso, especialmente aquellas con ingresos limitados.
- **Situación laboral:** El 68.5% (248 personas) han trabajado de manera remunerada en los últimos seis meses.

Tabla 1: Resumen de la caracterización encontrada en las personas encuestadas

Característica

Resultado

Sexo predominante

Femenino (100%)

Género predominante

Femenino (99,2%)

Edad predominante

30 años (promedio)

Nacionalidad predominante

Chilena (91,7%)

Nivel educacional predominante

Al menos educación media completa (90%)

Personas con trabajo remunerado en los últimos 6 meses

68,5%

- **Conocimiento de los distintos productos de higiene menstrual:** La mayoría conoce las toallas higiénicas desechables (99.7%) y los tampones (96.4%). Menos conocidas son la copa menstrual (87.3%) y la ropa interior menstrual (72.4%).

Cabe destacar que un 10.5%, es decir, 38 personas refieren no conocer ningún producto de higiene menstrual reutilizable (copa menstrual, toalla reutilizable, calzón menstrual, anillo, disco menstrual).

- **Uso habitual de productos de higiene menstrual:** El 83% utiliza solo productos de higiene menstrual desechables, el 8.8% usa solo productos reutilizables, y el 8.2% utiliza una combinación de ambos.
- La mayoría de las encuestadas (81.7%) **compra sus productos con su propio dinero**, un 23.2% ha enfrentado **dificultades para acceder** a ellos debido a limitaciones económicas o disponibilidad limitada.
- Un 14.9% de las encuestadas ha tenido que **restringir sus actividades cotidianas** por esta razón, lo cual tiene un impacto directo en su calidad de vida y su capacidad para participar plenamente en la sociedad.
- Otro aspecto preocupante es la **dificultad para acceder a instalaciones adecuadas para la gestión menstrual**. Un tercio de las encuestadas reportó dificultades para acceder a un baño privado y para acceder a agua y jabón, lo cual es fundamental para una adecuada gestión de higiene menstrual.

Tabla 2: Resumen de las respuestas de la encuesta

Lugar de obtención de productos de higiene menstrual predominante

Supermercado o grandes tiendas (79%)

Origen de recursos económicos predominante

Propios recursos (81,7%)

Uso habitual de producto de higiene menstrual (según tipo)

Desechable (83%)

Ha restringido sus actividades fuera del hogar por falta de productos de higiene menstrual

Sí (14,9%)

Dificultades acceso a baño privado

Sí (33,7%)

Dificultades de acceso a agua y jabón

Sí (32%)

Dificultades para eliminar desechos

Sí (18%)

Discusión: Los resultados de la encuesta revelan algunas de las barreras que enfrentan las mujeres y personas menstruantes en el acceso a productos de higiene menstrual. A pesar de que la mayoría compra sus productos con su propio dinero, hay quienes han presentado dificultades para acceder a ellos. Este problema es especialmente agudo entre las personas jóvenes y aquellas que dependen de terceros para adquirir estos productos. La dependencia de terceros puede estar relacionada con la falta de ingresos propios o con la juventud de las encuestadas, lo que resalta la necesidad de intervenciones específicas para estos grupos.

Un aspecto crítico que emerge de los datos es la restricción de actividades fuera del hogar debido a la falta de productos de higiene menstrual. La restricción de actividades debido a la menstruación no solo afecta la vida personal, sino que también puede tener repercusiones en la vida profesional y educativa, perpetuando ciclos de pobreza y exclusión social.

Otro hallazgo preocupante es la dificultad para acceder a instalaciones adecuadas para la gestión menstrual. La falta de acceso a instalaciones como baños con agua y jabón, no solo representa un riesgo para la salud, sino que también refuerza la desigualdad de género al limitar la movilidad y participación social de las mujeres y personas menstruantes. Este problema es particularmente relevante en contextos de pobreza, donde las instalaciones sanitarias suelen ser inadecuadas o inexistentes, exacerbando los desafíos de la gestión menstrual.

Se destaca la importancia de poder abordar esta temática para garantizar que todas las personas menstruantes puedan gestionar su menstruación de manera segura y digna. Las campañas de sensibilización en la comunidad y la difusión de la educación menstrual lideradas desde la atención primaria de salud podrían ayudar a desafiar estos estigmas y a normalizar la conversación sobre la menstruación.

Incorporar además la promoción de productos menstruales reutilizables no solo tiene el potencial de reducir la huella ambiental, sino que también puede ofrecer una solución más asequible para las personas menstruantes. Esto es especialmente relevante en comunidades vulnerables donde los recursos económicos son limitados y la accesibilidad a productos de higiene menstrual puede estar restringida. Respecto a esto, se destaca que en las encuestadas, aunque hay conocimiento sobre opciones más sostenibles, existen barreras para su adopción. Podría tratarse del costo inicial más alto de los productos reutilizables, la falta de información sobre su uso y mantenimiento, y la percepción de comodidad en comparación con los productos desechables. Además, los productos reutilizables requieren un acceso constante a agua limpia y jabón, lo que puede no estar disponible para todas las personas, especialmente aquellas que viven en condiciones de vulnerabilidad.

El estudio realizado en el CESFAM SAPU Placeres destaca la existencia de barreras significativas en el acceso a productos de higiene menstrual, que afectan de manera desproporcionada a mujeres y personas menstruantes jóvenes y de bajos ingresos. Estas barreras no solo impactan su salud física, sino que también limitan su participación en actividades cotidianas y su calidad de vida. La pobreza menstrual, tal como se evidencia en este estudio, es una manifestación de la desigualdad de género y de las disparidades socioeconómicas que persisten en nuestra sociedad.

Conclusión: En conclusión, la pobreza menstrual es un problema complejo y multifacético que afecta a la salud, la educación y la equidad de género. El estudio realizado en el CESFAM SAPU Placeres revela que, aunque muchas mujeres y personas menstruantes en Valparaíso tienen acceso a productos de higiene menstrual, un número significativo aún enfrenta barreras económicas, logísticas y culturales que limitan su capacidad para gestionar su menstruación de manera segura y digna. Estas barreras no solo impactan su salud física, sino que también limitan su participación plena en la sociedad, por lo tanto, afectan la salud de manera holística.

Tal como se instaura en el año 1967 el Programa de Planificación Familiar y Paternidad Responsable¹⁸, incorporando la entrega de métodos anticonceptivos al programa de salud sexual y reproductiva, es posible avanzar en garantizar el acceso gratuito a productos de higiene menstrual para las niñas, adolescentes, mujeres y personas que menstrúan, generando un impacto en la sociedad.

Abordar estas desigualdades requerirá un enfoque integral que combine políticas públicas efectivas, educación y sensibilización, y mejoras en la infraestructura sanitaria. Al aprender de las experiencias internacionales y adaptar las soluciones a las realidades locales, es posible avanzar hacia una mayor justicia menstrual en Chile. Y es un llamado a que la atención primaria tome el protagonismo en la visibilización de esta temática. Esto no solo mejorará la calidad de vida de las mujeres y personas menstruantes, sino que también contribuirá al desarrollo socioeconómico y a la equidad de género en el país.

Bibliografía:

1. Hennegan J, Winkler IT, Bobel C, Keiser D, Hampton J, Larsson G, et al. Menstrual health: a definition for policy, practice, and research. *Sex Reprod Health Matters*. 2021;29:31-8. Available from: <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1911618>
2. Chandra-Mouli V, Patel SV. Mapping the knowledge and understanding of menarche, menstrual hygiene and menstrual health among adolescent girls in low- and middle-income countries. *Reprod Health*. 2017;14(1):30. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0293-6>
3. Schooler D, Ward LM, Merriwether A, Caruthers AS. Cycles of Shame: Menstrual Shame, Body Shame, and Sexual Decision-Making. *J Sex Res*. 2005 Nov;42(4):324-34. PubMed.
4. Sommer M, Hirsch JS, Nathanson C, Parker RG. Comfortably, Safely, and Without Shame: Defining Menstrual Hygiene Management as a Public Health Issue. *Am J Public Health*. 2015;105:1302-11. Available from: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302525>
5. Jaafar H, Ismail SY, Azzeri A. Period Poverty: A Neglected Public Health Issue. *Korean J Fam Med*. 2023;44(4):183-188. Available from: <https://doi.org/10.4082/kjfm.22.0206>
6. Lancet Regional Health—Americas. Menstrual health: a neglected public health problem. *Lancet Reg Health Americas*. 2022;15:100399. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100399>
7. Schmitt ML, Wood OR, Clatworthy D, et al. Innovative strategies for providing menstruation-supportive water, sanitation and hygiene (WASH) facilities: learning from refugee camps in Cox's bazar, Bangladesh. *Confl Health*. 2021;15:10. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13031-021-00346-9>

8. Gruer C, Hopper K, Smith RC, Kelly E, Maroko A, Sommer M. Seeking menstrual products: a qualitative exploration of the unmet menstrual needs of individuals experiencing homelessness in New York City. *Reprod Health*. 2021;18(1):77. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01133-8>
9. Wilbur J, Torondel B, Hameed S, Mahon T, Kuper H. Systematic review of menstrual hygiene management requirements, its barriers and strategies for disabled people. *PloS One*. 2019;14(2) Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210974>
10. Mukherjee A, Lama M, Khakurel U, Jha AN, Ajose F, Acharya S, Tymes-Wilbekin K, Sommer M, Jolly PE, Lhaki P, Shrestha S. Perception and practices of menstruation restrictions among urban adolescent girls and women in Nepal: a cross-sectional survey. *Reprod Health*. 2020;17(1):81. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00935-6>
11. Schmitt ML, Hagstrom C, Nowara A, Gruer C, Adenu-Mensah NE, Keeley K, Sommer M. The intersection of menstruation, school and family: Experiences of girls growing up in urban cities in the U.S.A. *Int J Adolesc Youth*. 2021;26(1):94-109. Available from: <https://doi.org/10.1080/02673843.2020.1867207>
12. Oliveira VC, Pena ÉD, Andrade GN, Felisbino-Mendes MS. Menstrual hygiene access and practices in Latin America: scoping review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2023;31. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6736.4028>
13. Viveros Vigoya M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*. 2016;52. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
14. Elledge MF, Muralidharan A, Parker A, Ravndal KT, Siddiqui M, Toolaram AP, Woodward KP. Menstrual Hygiene Management and Waste Disposal in Low and Middle Income Countries-A Review of the Literature. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(11):2562. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph15112562>
15. Felitti K. El ciclo menstrual en el siglo XXI. Entre el mercado, la ecología y el poder femenino. *Sexualidad, Salud Y Sociedad (Rio De Janeiro)*. 2016;(22):175-208. Available from: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.08.a>
16. SERNAC. Estudio de gestión menstrual. 2021. Disponible en: <https://www.sernac.cl/portal/619/w3-article-63337.html> [acceso 10 de enero de 2024].
17. SERNAC. Actualización del Estudio de gestión menstrual. 2022. Disponible en: https://www.sernac.cl/portal/619/articles-80228_recurso_1.pdf [acceso 14 de agosto de 2024].
18. MINSAL. Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. 2018. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/POLITICA-NACIONAL-DE-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-.pdf [acceso 14 de agosto de 2024].
- 19.

Keywords: Salud menstrual, Pobreza menstrual, Productos de higiene menstrual, Atención primaria

Financing: Sin financiamiento

Acknowledgments: Se agradece a todo el personal del CESFAM SAPU Placeres por su ayuda desinteresada para la elaboración de esta investigación.

Caracterización de las experiencias de los cuidadores de niños (as) con TEA en etapa escolar del CESFAM San Gerónimo de Puente Alto.

Diana Marcela Lozada Arcos¹, Natalia Andrea Meléndez Vallejos¹, Paulina Alejandra Pinto Maturana¹

(1) Pontificia Universidad Católica de Chile, Medicina Familiar, Medicina, Lira 40, Santiago., Santiago de Chile, Chile

Resumen: El Trastorno de Espectro del Autismo (TEA) afecta el neurodesarrollo y se caracteriza por déficit en la comunicación social, la interacción social y patrones de comportamiento, intereses y actividades repetitivos. En Chile se diagnostica y controla en el nivel secundario. En Atención Primaria de Salud (APS) se realiza la sospecha y derivación. Las familias de los pacientes con TEA acuden a APS en busca de mayor información y apoyo emocional una vez realizado el diagnóstico, sin embargo, no encuentran respuestas específicas a sus solicitudes debido a que en este nivel de atención no existe una intervención protocolizada ni un conocimiento sistemático sobre de las dificultades que experimentan estas familias que permita otorgarles alguna prestación.

Objetivo general: Describir las experiencias de los cuidadores de niños (as) con TEA en etapa escolar del CESFAM San Gerónimo de la comuna de Puente Alto.

Objetivos específicos: 1. Identificar las dificultades en la experiencia del cuidado de niños con TEA. 2. Indagar las estrategias de enfrentamiento frente a dificultades experimentadas en el cuidado de niños con TEA. 3. Explorar las necesidades de los cuidadores de niños con TEA.

Metodología: Se realizó una investigación cualitativa con análisis de contenido temático, a cuidadores de niños (as) con TEA, con diagnóstico confirmado en Hospital Sotero del Río (HSR), sin comorbilidades asociadas, mayores de 18 años, inscritos en el CESFAM San Gerónimo de la comuna de Puente Alto. Se realizaron 2 focus group, luego se transcribió la información obtenida y posterior el análisis de contenido, buscando las temáticas comunes, hasta desarrollar categorías. Los aspectos éticos se resguardaron mediante consentimiento informado.

Resultados: Del análisis de contenido temático se obtuvieron cinco categorías relevantes: 1. Aproximación a la condición TEA 2. Dificultades, sufrimientos y estrategias de afrontamiento 3. La relevancia de la información 4. Redes de apoyo 5. Necesidades

Discusión: Cuidadores de manera unánime describen el desarrollo de su hijo con TEA como diferente, en comparación a hijos con desarrollo típico. Los cuestionamientos a la crianza, dado el comportamiento de sus hijos genera sensación de culpa, la que aumenta cuando estos provienen de profesionales de la salud y familiares cercanos, por lo mismo creemos fundamental el rol que juega el contexto sanitario, siendo un apoyo en el conocimiento y manejo del trastorno o por el contrario fuente de críticas y discriminación. Finalmente consideran importante tener espacios en los cuales poder hablar de sus experiencias con otros cuidadores de niños (as) con TEA.

Keywords: TEA, CUIDADORES, EXPERIENCIA, CUIDADORES

Financing: Recursos que fueron aprobados, a través del Concurso Intra-Departamental de Investigación: 1.130.000 pesos chilenos

Acknowledgments: A la Dra. Carla Castañón tutora de nuestro proyecto A la Dra. Pilar Monsalve Castillo por su apoyo durante la realización del proyecto A Diego Aguirre ps. quien nos acompañó durante los FOCUS GROUP A la dirección del CESFAM San Gerónimo de Puente Alto por permitirnos realizar este lindo proyecto con sus pacientes Al departamento de Medicina Familiar por apoyarnos con nuestro tema.

Clase invertida para residentes de medicina familiar, una oportunidad para profundizar el aprendizaje

Patricio Cespedes¹

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

El currículo de postítulo en Medicina Familiar incluye un curso transversal para actualizar conocimientos clínicos, mediante sesiones bibliográficas semanales de una hora, dirigidas cada semana por un residente diferente. El residente expone un tema clínico respondiendo a una pregunta relevante para la especialidad, basado en la mejor evidencia disponible, fomentando la discusión entre pares y docentes sobre las implicancias en la práctica habitual de la medicina familiar. Esta herramienta docente apunta a los niveles superiores de la taxonomía de Bloom (Anderson LW, 2011), como aplicar, analizar y evaluar. Sin embargo, estas sesiones se han convertido en exposiciones tradicionales con baja participación activa de la audiencia.

El aula invertida es una metodología de enseñanza-aprendizaje que permite alcanzar niveles cognitivos más complejos en la taxonomía de Bloom (Moffett, 2015). Los estudiantes interactúan con los contenidos antes de la sesión, profundizando y aplicando su comprensión en un contexto grupal. Esta metodología ha sido usada exitosamente en la educación médica de pregrado en los últimos 10 años (Moffett, 2015; Chen et al., 2017), mostrando buena aceptación y mejorando los aprendizajes de los estudiantes de medicina (Hew & Lo, 2018). Asimismo, su uso ha aumentado en la docencia de postgrado con resultados prometedores.

Una revisión sistemática del 2019 (King et al., 2019) muestra que esta metodología es aplicable a los estudiantes de postítulo de distintas especialidades, con buena recepción por parte de los residentes. Más de la mitad de los estudios reportan mejores resultados de aprendizaje y efectos positivos en el aprendizaje autodirigido de los estudiantes. No obstante, ninguno de los estudios incluidos tuvo participantes de Latinoamérica, lo que debe considerarse al implementar esta metodología en el contexto nacional.

Dado lo anterior, se planifica transformar el curso tradicional de actualización clínica a la metodología de aula invertida. Se generará una cápsula con contenido clínico que será revisada por los asistentes antes de la sesión presencial. Luego, en un encuentro grupal, un residente apoyado por un tutor generará una instancia de análisis, aplicación, práctica, implementación y/o reflexión de los contenidos.

Esta Metodología de docencia nueva permitirá fomentar múltiples aristas relevantes del plan de formación de medicina familiar, fomentando estrategias como el peer teaching, mentoría y tutoría por especialistas en medicina familiar. Además, permitirá la enseñanza y aprendizaje de objetivos de aprendizaje más elevados como la aplicación de conceptos como el cuidado centrado en la persona, el abordaje de la multimorbilidad, la continuidad del cuidado, la toma de decisiones compartidas y otros pilares de la medicina familiar.

Contar con una evaluación de esta metodología permitirá identificar sus puntos fuertes y proponer mejoras, y por otra parte, permitirá la transferencia de esta a otros grupos de estudio de medicina familiar u otras especialidades.

Metodología: Estudio mixto (cuali-cuantitativo) utilizando el modelo de Kirkpatrick (1994) para evaluar programas educacionales, centrándose en los niveles de percepción (nivel 1) y aprendizaje (nivel 2).

Intervención: Se aplicará la metodología de aula invertida en el curso de actualización clínica de medicina familiar. Un estudiante, tutorado por un docente, revisará la literatura del tema asignado, generando una cápsula del contenido para compartir antes de la sesión presencial. Posteriormente, se realizarán sesiones presenciales diseñadas por otro estudiante (también tutorado), enfocadas en el análisis, aplicación práctica y reflexión de los contenidos. Al finalizar, se evaluará el programa educacional.

Herramienta de recolección de datos: Encuestas online de satisfacción con escala Likert para medir la opinión sobre la metodología, utilizadas para guiar discusiones de grupos focales.

Grupos focales: 2 con residentes y 1 con profesores participantes del curso para evaluar sus percepciones sobre la metodología, su disposición a utilizarla en el futuro y su utilidad según el modelo CanMeds.

Plan de análisis:

Información de encuestas online: Se enviarán por email y se realizarán análisis descriptivos y de contenido.

Resultados:

Los resultados se encuentran actualmente en análisis por el equipo investigador y se espera compartir los aprendizajes y resultados de este estudio en el congreso de medicina familiar 2024.

Keywords: Docencia, Medicinafamiliar, Flippedclassroom, postgrado, hybridlearning

Financing: Este estudio no cuenta actualmente con fuente de financiamiento.

Acknowledgments: Investigador Responsable: Dra. Pamela Von Borries A. - Medicina Familiar UCCo investigador:Dr. Patricio Céspedes - Medicina Familiar UC
Dra. Isabel Mora M. - Medicina Familiar UC
Mg. M. Gabriela Soto - Medicina Familiar UC

Impacto en salud de atenciones de médicos familiares comparada con atenciones de médicos generales en el cuidado de personas con multimorbilidad de atención primaria

Diego García-Huidobro¹, Patricio Céspedes¹, Margarita Holzapfel¹, Gustavo Vera¹

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

Introducción: Si bien los médicos familiares son los especialistas de atención primaria, ellos trabajan con médicos generales en el cuidado de pacientes. La evidencia internacional, propone que el entrenamiento de los médicos familiares los podría hacer más resolutivos, reducir el uso de recursos, producir menos y menores derivaciones, y tener una mejor gestión de la red asistencial. Sin embargo, hay escasos trabajos que comparen resultados de salud de personas que reciben cuidados preferentemente por médicos familiares y médicos generales.

Objetivo: El objetivo principal de este estudio es determinar si hay diferencias en indicadores clínicos de personas que se controlan en atención primaria por enfermedades crónicas no transmisibles cuando son tratados principalmente por médicos familiares que cuando son tratadas principalmente por médicos generales.

Materiales y Métodos: Se desarrollo un estudio de cohorte retrospectiva, que incluyó a pacientes atendidos en 3 establecimientos de atención primaria de Puente Alto y La Pintana en Santiago. Se incluyeron a todos las personas mayores de 15 años que ingresaron a la Estrategia de Cuidado Integral Centrada en la Persona entre mayo de 2017 y noviembre 2023. Se estimó el número total de atenciones de salud recibida y la exposición fue el tipo de prestador médico preferencial. Se definió que el prestador médico preferencial sería médico familiar si la persona tenía al menos 2 atenciones más por médico familiar que por médico general, y que el prestador médico preferencial sería el médico general si tenía al menos 2 atenciones más que el número de atenciones que con el médico familiar. Los desenlaces fueron la compensación de 11 condiciones clínicas incluyendo hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, depresión, entre otras, usando indicadores clínicos y de laboratorio. Usando ecuaciones de estimación generalizada ajustadas por un puntaje de propensión y covariables se estimaron probabilidades estimadas e intervalos de confianza de 95% para los desenlaces de interés.

Resultados: Un total de 4.922 personas se incluyeron en el estudio. La mayoría fueron mujeres (64,3%), con una edad promedio de 58,4 años y de escolaridad básica completa (45,2%). La mayoría de los tuvo riesgo moderado (76,7%), con un promedio de 2,6 enfermedades. Un total de 973 personas recibieron cuidados preferentemente por médicos familiares mientras que 3.949 recibieron cuidados preferentemente por médicos generales. Hubo diferencias en características demográficas y clínicas entre las personas atendidas por ambos grupos, siendo las atendidas por médicos familiares de una mayor proporción inmigrante, de riesgo alto, con mayor número de enfermedades y un mayor número de medicamentos ($p < 0,05$ para todas estas comparaciones). A pesar de observarse una tendencia de que las personas atendidas principalmente por médicos familiares tuvieron mejores resultados de salud, no se observó diferencias estadísticamente significativas entre grupos al ajustar por diferencias demográficas y clínicas. Al realizar los análisis estratificados por grupo de riesgo de las personas, tampoco se observaron diferencias según el prestador médico preferencial.

Conclusiones: Si bien personas atendidas principalmente por médicos familiares presentaron una tendencia a tener mejores indicadores de salud que personas atendidas principalmente por médicos generales, esta diferencia dejó de ser significativa al ajustar por variables confundentes. Futuros estudios debiesen estudiar prospectivamente diferencias en resultados de salud los distintos profesionales de atención primaria.

Keywords: Medicina Familiar, Resultados de salud, Atención Primaria

Financing: Sin financiamiento

Acknowledgments: Agradecemos enormemente a la Unidad de Gestión de la Información de la Red ANCORA UC, especialmente a Eduardo Arenas, por su colaboración en este proyecto.

EXPERIENCIA

Implementación Ley 21375 de Cuidados Paliativos Universales en Atención Primaria de Salud: Experiencia en CESFAM Dr. Salvador Allende de San Ramón, Región Metropolitana

Catalina Roa Zagal¹, Magaly Barazarte Delfin²

(1) CESFAM Dr. Salvador Allende, Santiago, Chile(2) CESFAM Dr. Salvador Allende, Santiago, Chile

Antecedentes: Se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos (CP) a nivel mundial, pero tan solo un 14% de ellas los reciben; esta necesidad crecerá, dado el envejecimiento de las poblaciones y el aumento de las enfermedades no transmisibles y otras enfermedades crónicas en el mundo entero.

Ya existiendo un desarrollo nacional de cuidados paliativos oncológicos y con población beneficiaria conocida, para incorporar la demanda de cuidados paliativos no oncológicos se realizó una estimación de la población adulta en Chile. El promedio de sobrevivencia en etapa final de vida estimado fue de 169 días, y el resultado final de esta metodología fue una estimación de población susceptible de recibir CP no oncológicos anual de 25.650 personas.

El día 21 de octubre de 2021 se realiza la publicación de la Ley 21375 que consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves, y se instruye desde el Ministerio de Salud (MINSAL) y los respectivos servicios de salud a la implementación de esta ley en los Centros de Salud Familiar.

Por otro lado, el estudio "Lugar de muerte en Chile entre 1990 y 2014" publicado en la Revista Médica de Chile en 2019; muestra que el 43% de las muertes ocurrieron en hospitales, pero aquellos que fallecieron después de los 85 años o por cáncer mantuvieron una menor probabilidad de morir en el hospital durante todo el período observado. (...) no existe un cambio en el tiempo a incrementar o disminuir el porcentaje de muertes hospitalarias en la población general ni en aquellos que fallecieron por cáncer. Sin embargo, se evidencia un aumento sostenido de la proporción de mayores de 85 años que fallecen en el hospital (...). "Morir fuera del hospital se ha asociado a mejoras en calidad de vida al final, menores costos para el sistema de salud y mayor concordancia con preferencias de lugar de muerte."

En este contexto se plantea como principal problemática a solucionar la implementación de la mencionada ley en el CESFAM Dr. Salvador Allende de la comuna de San Ramón, Región Metropolitana a partir del mes de julio de 2023.

Objetivos:

- Abordar las necesidades de salud de las personas con enfermedades terminales o graves no oncológicas, a través de los cuidados paliativos no oncológicos, en el CESFAM Dr. Salvador Allende de San Ramón
- Pesquisar pacientes que requieren ingreso a cuidados paliativos universales (pacientes con enfermedades terminales: NECPAL III o II con alta carga sintomática)
- Lograr control de síntomas físicos, psicológicos y espirituales
- Evitar policonsultas y fallecimientos en servicios de urgencia u hospitalizados, priorizando atención domiciliaria
- Mantener red integrada de cuidados con la atención secundaria y terciaria

Desarrollo: A partir del mes de julio de 2023 se inició la aplicación de escala NECPAL a pacientes pertenecientes al programa de dependencia severa (Barthel menor o igual a 35).

El criterio de ingreso a CPU utilizado fueron pacientes NECPAL estadio III o II con alta carga sintomática.

Otra forma de pesquisar pacientes fue en los ingresos o controles de patologías crónicas ambulatorias en quienes también se capacitó a médicos para aplicación de escala.

Además recibimos derivaciones desde nivel secundario, terciario y servicio de urgencias con el mismo criterio de ingreso.

Una vez tomado conocimiento de los casos, se realiza una visita domiciliaria de 60 minutos en dupla enfermero-médico para revisar criterio de ingreso, explicar en qué consiste el programa, y generar un plan de cuidados consensuados.

Las prestaciones incluyen: visita domiciliaria de ingreso, seguimiento telefónico o presencial de enfermería 1 vez cada 1 o 2 semanas, seguimiento médico mensual o ante necesidad, evaluación kinesiológica, TENS, fonoaudiología, psicólogo y trabajador social según necesidad.

Es importante mencionar que la disponibilidad de atención en nuestro centro es de lunes a viernes de 08 a 17 horas, lo que limita las atenciones urgentes, motivo por el cual es fundamental la educación anticipatoria de posibles descompensaciones, y cómo actuar.

En caso de pacientes de complejidad moderada a alta (según IDC-Pal) contamos con la posibilidad de presentación de caso a especialistas en cuidados paliativos del Hospital Padre Hurtado a través de los tele comités cada 2 semanas, o envío de caso directo en caso de mayor premura. Además en el primer tele comité del mes realizamos capacitaciones entre pares.

Resultados:

En el reporte de resultados y conclusiones se consideran los meses de julio 2023 a agosto 2024.

En este periodo han sido ingresados al Programa de Cuidados Paliativos Universales del CESFAM 33 pacientes. De ellos la distribución de sexo es la siguiente: 25 mujeres (75.8%), 8 hombres (24.2%). La distribución etaria al momento del ingreso fue:

- Menores o iguales 60 años: 1 personas
- 61-70: 0 personas
- 71-80: 4 personas
- 81-90: 15 personas
- Mayores de 90 años: 13 personas

De ellos 21 pacientes han fallecido y 2 han sido egresados por cambio de pronóstico.

Dentro de los diagnósticos principales de ingreso destacan en prevalencia:

- Demencias 52%
- Fibrosis Pulmonar 12%
- Otros: insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal crónica etapa 5, obstrucción intestinal

Dentro de los principales síntomas reportados por los pacientes y cuidadores se encuentra dolor, disnea, ansiedad, constipación, náuseas y alteraciones de la deglución. Cabe destacar que en todos los casos se ha hecho utilización de estrategias, personal y arsenal farmacológico disponible, no requiriendo hasta el momento el uso de la sedación paliativa por refractariedad sintomática.

Por otro lado se destaca que a la fecha 19 pacientes de los 21 que han fallecido, lo han hecho en sus domicilios.

Estos resultados expuestos reflejan el impacto positivo de la implementación de los cuidados paliativos universales en APS, además del cumplimiento de algunos objetivos, como lograr el control de síntomas de estos pacientes y favorecer la muerte en domicilio. Sin embargo, quedan brechas por trabajar, por ejemplo, la disponibilidad de atención en horarios más extensos. Todo lo anteriormente mencionado, con la expectativa de seguir contribuyendo a una implementación eficaz de la ley de cuidados paliativos universales y al buen morir de los pacientes.

Referencias:

(1)OMS A sp. WHA67 [Internet]. [citado 25 de octubre de 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/s/s_wha67.html

(2)ETESA UC. INFORME METODOLÓGICO Estimación de la población que requiere cuidados paliativos no oncológicos. Pontificia Universidad Católica de Chile Facultad de Medicina Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Departamento de Salud Pública; 2021

(3)Browne, J., et al. Lugar de muerte en Chile entre 1990 y 2014. Rev Med Chile 2019; 147: 727-732

Keywords: Cuidados Paliativos, buen morir, Enfermedades terminales

Financing: SIN FINANCIAMIENTO DE LA INDUSTRIA

Acknowledgments: Equipo Cuidados Paliativos Universales y Dependencia Severa CESFAM Dr. Salvador Allende

Salud Preventiva en Acción: Experiencia de implementación de módulo de EMPA en CESFAM Olmué – 2024

Nicol Alejandra Zavala Muñoz^{1,2}, Fernanda Javiera Alarcón Castro^{1,2}, Daniela Lucia Matta Daniels^{1,2}

(1) Universidad de Valparaíso, De humanidades medicas, Facultad de medicina, Angamos 655, Viña del Mar, Chile(2) CESFAM Manuel Lucero, Lo Rojas 2250, Olmué, Chile

El Examen Médico Preventivo del Adulto (EMPA) es una herramienta esencial dentro del Sistema de Salud chileno, orientada a la detección precoz y control de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) específicamente las enfermedades cardiovasculares y enfermedades de transmisión sexual. Su objetivo es identificar de manera temprana estas enfermedades prevenibles o controlables, reduciendo así la morbi-mortalidad asociada.

En un contexto post-pandemia, la prevalencia de las ECNT ha experimentado un aumento significativo y la pesquisa se vio postergada (Caro Delgado y Perdomo Jurado, 2021).

El Índice de Actividad de Atención Primaria de Salud (IAAPS) es un instrumento clave para medir el desempeño de los establecimientos de salud incentivando la mejora continua de los servicios de salud y contribuyendo a la reducción en la carga de enfermedades crónicas en la población chilena. En ese sentido la meta 6.1 de las IAAPS 2024 (Cobertura de examen de medicina preventiva en mujeres y hombres de 20 a 64 años) está ampliamente relacionada con la prevención y promoción de la salud (Minsal, 2024). El cumplimiento de estas metas es crucial para asegurar que la población adulta acceda a las prestaciones de la medicina preventiva.

Problema a solucionar:

Para el año 2023 el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) fija la meta de cobertura del EMPA en un 25% para mujeres y hombres de 20 a 64 años. Para la comuna de Olmué, se fijó en 16,8%, sin embargo, a diciembre de 2023 se logró apenas una cobertura del 8,4%.

El año 2024 la meta IAAPS de examen de medicina preventiva de personas 20 a 64 años se divide en una meta para mujeres y otra para hombres, a nivel nacional se fija un 25% de cobertura de EMPA para las mujeres (meta 6.1a) y un 30% para hombres (meta 6.1b). En la comuna de Olmué, se fija la meta en un 18,10%, correspondiente a 875 EMPA para mujeres y 13% correspondiente a 633 para hombres. Al 31 de julio del 2024 la cobertura en la comuna alcanzó un 6.64% (321 EMPA) y 4,19% (204 EMPA) para mujeres y hombres respectivamente. Por todo lo expuesto se evidencia que es menester plantear estrategias para mejorar el acceso y la oportunidad de este examen en Olmué. La implementación de un módulo de EMPA espontáneo responde a esta necesidad, garantizando el acceso igualitario y oportuno a la salud preventiva en la población adulta de la comuna.

Objetivos:

Objetivo General: Contribuir a mejorar la cobertura y el acceso oportuno de la prestación de examen de medicina preventiva en la población adulta de 20 a 64 años en el CESFAM Manuel Lucero de Olmué.

Objetivos Específicos:

1. Monitorear y evaluar la cobertura alcanzada de meta IAAPS N°6.1A: Cobertura Examen de Medicina Preventiva en mujeres.
2. Monitorear y evaluar la cobertura alcanzada de meta IAAPS N°6.1B: Cobertura Examen de Medicina Preventiva en hombres.
3. Establecer la realización de EMPA en forma permanente mediante la instalación de un módulo donde se realice el examen de manera espontánea.

Para cumplir con los objetivos planteados en el mes de agosto de 2024, con la llegada de Residentes de Medicina Familiar de primer año, se inicia la planificación de la estrategia. Se define instalar módulo con profesionales, internos/as y estudiantes de carreras de la salud, ubicado en el frontis del CESFAM, todos los días lunes de 09:00 a 12:30 hrs en donde los usuarios y usuarias pueden realizarse el EMPA de manera espontánea.

Inicialmente se sistematizan los pasos a seguir para su ejecución y se realizan/actualizan dos documentos:

1. Procedimiento operativo estándar (POE) de EMPA.
2. Estrategia de Módulo de EMPA espontáneo.

El primer documento, estandariza la realización y registro del EMPA en los establecimientos de Salud de la comuna de Olmué, y el segundo sistematiza la implementación del módulo de EMPA espontáneo. Ambos fueron difundidos a funcionarios/as y alumnos/as que se encuentran realizando sus prácticas en el CESFAM, realizando una capacitación a éstos últimos.

Para difundir la estrategia, se diseñó infografía que se comparte a través de redes sociales y se elabora una cuña para la radio con el objetivo de ampliar el alcance.

Por último, se comparte un calendario online, que permite la inscripción de funcionarios/as y/o alumnos/as para cada una de las fechas de realización.

La entrada en funcionamiento del módulo fue el día lunes 09 de Septiembre de 2024.

Cada lunes se parte con el montaje del módulo y se inicia con la invitación de usuarios y usuarias que se encuentran ingresando al CESFAM, informando en qué consiste el EMPA, se aplica una lista de verificación para identificar si las personas cumplen con los criterios necesarios para llevar a cabo el examen y se invita a acercarse al módulo para realizarlo.

Resultados, conclusiones y proyecciones:

Durante el mes de septiembre de 2023 se realizaron un total de 50 EMPA en la comuna de Olmué, con un promedio de 2,6 EMPA por día hábil.

En el mes de agosto de 2024, previo al inicio de la estrategia, se realizaron 83 EMPA en la comuna, con un promedio de 3,7 EMPA por día hábil.

Durante el mes de septiembre de 2024 se realizaron un total de 161 EMPA en la comuna de Olmué, de estos 91 se realizaron en el módulo de EMPA (57%), con un promedio de 8,9 EMPA por día hábil.

Se ve un aumento de 222% de los EMPA realizados durante el mes de septiembre 2024 en comparación con el mismo mes del año anterior y de casi un 100% comparado con el mes previo al inicio de la estrategia (agosto 2024). Podemos evidenciar un notable aumento de los EMPA realizados, lo cual se estima está en relación a la difusión del POE de EMPA, su respectiva capacitación, a la promoción del módulo y su implementación propiamente tal.

Estos resultados respaldan la importancia de trabajar con enfoque integral y con pertinencia territorial, alineándose con los principios del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), así como la relevancia de planificar, capacitar y llevar a cabo espacios, con metodología que puede ser un modelo con posibilidades de replicar en otros establecimientos de salud y comunas.

Al ser una estrategia implementada tan recientemente, se espera que los resultados puedan mostrar algunas variaciones las cuales se tomarán en consideración al momento de tomar nuevas decisiones y para la planificación de futuras estrategias.

Se proyecta mantener esta estrategia de manera permanente, realizando un análisis mensual de los resultados obtenidos, comparando la cantidad de EMPA realizados durante este año con los realizados el año anterior en el mismo periodo. Del mismo modo se evaluará en los cortes de las IAAPS viendo las mejoras en comparación a los años y cortes anteriores, este análisis permitirá evaluar la eficacia de la estrategia y realizar los ajustes necesarios para su optimización. Además para el año 2025 se espera contar con un módulo que vaya rotando por el territorio en coordinación con las necesidades de la comunidad.

Keywords: EMPA, IAAPS, Cobertura, Oportunidad, Módulo

“REDES INCLUSIVAS: COLABORACIÓN INTERSECTORIAL EN DISCAPACIDAD”

VALESKA OSORIO ACUÑA¹, Angela Parada Obregon¹, Ignacio Reyes Montecinos¹, Javiera Moyano Sepulveda¹, Claudia Troncoso Valdebenito¹, Danae Vasquez Cerro¹, Bella Fica Hidalgo¹, Cecilia Gonzalez Jara¹

(1) CESFAM Chiguayante, Comité de Discapacidad, Calle Chiguay S/N, Chiguayante, Chile.

Antecedentes: El trabajo intersectorial en discapacidad implica la colaboración entre distintos sectores para abordar las complejas necesidades de las personas con discapacidad. Esta colaboración es fundamental para brindar apoyo integral y mejorar la calidad de vida de estas personas.

En este sentido, la experiencia que se presenta en este trabajo se enfoca en la cooperación entre el Cesfam Chiguayante y la Oficina Comunal de Discapacidad de Chiguayante. A través de esta experiencia, se identificó una brecha importante: la invisibilización de la población NANEAS en la comuna de Chiguayante y la invisibilización de la discapacidad en el Cesfam Chiguayante.

Según el censo 2017, aproximadamente el 17% de la población chilena se encuentra en alguna situación de discapacidad, y la mitad de esta población pertenece a los quintiles más pobres (I y II). En la comuna de Chiguayante, las cifras llegan a aproximadamente 15.191 personas en situación de discapacidad, pero solo 2.406 cuenta con su credencial de discapacidad, y solo 21 personas tienen la credencial de cuidador (Estadística Registro Social de Hogares, septiembre de 2023).

Objetivos: debe ser explícitos, en relación al problema

General: Mejorar significativamente la calidad de vida y la inclusión social de las personas con discapacidad en la comuna de Chiguayante, mediante un enfoque coordinado y multidimensional que abarca la prevención, promoción y atención integral.

Específicos:

- Fortalecer la gestión del catastro de personas con discapacidad.
- Garantizar la entrega oportuna de los informes necesarios para obtener la credencial de discapacidad.
- Establecer alianzas efectivas con la Oficina de Discapacidad de la Comuna de Chiguayante.
- Implementar un seguimiento integral del usuario con discapacidad.
- Capacitar y apoyar a los cuidadores de usuarios con discapacidad.
- Fomentar la autonomía y empoderamiento de las personas con discapacidad a lo largo de su ciclo vital.

Desarrollo: El proceso de desarrollo de esta experiencia comenzó en octubre de 2022, con reuniones de reconocimiento y definición de objetivos. En el Cesfam Chiguayante, se fundó un equipo multidisciplinario y se capacitó a personal en la toma de IVADEC, lo que sentó las bases para el trabajo intersectorial que se desarrollaría posteriormente.

Desde enero de 2023, se formalizó la mesa de trabajo intersectorial con la Oficina Comunal de Discapacidad de Chiguayante, lo que permitió desarrollar diversas actividades y frentes de trabajo. Algunos de los logros destacados incluyen la participación conjunta en ferias de salud y discapacidad, la colaboración en la escuela para pacientes del programa cardiovascular con la agrupación 'Amigos por el Parkinson', la implementación de talleres de autocuidado para cuidadores de agrupaciones vinculadas a la oficina de discapacidad, y la formación del comité de discapacidad del Cesfam Chiguayante.

Según el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), la intersectorialidad implica involucrar activamente a la comunidad en la sensibilización, eliminación de barreras y creación de entornos inclusivos que faciliten la participación plena de las personas en situación de discapacidad. De igual manera, el enfoque familiar se centra en brindar atención médica integral, no solo al individuo, sino también apoyando a sus familias en la comprensión de la discapacidad, la adopción de estrategias de cuidado y el acceso a recursos comunitarios.

Resultados y/o conclusiones: Los resultados de esta experiencia han sido significativos, demostrando el impacto positivo del trabajo intersectorial en la vida de las personas con discapacidad. A través de diversas actividades y frentes de trabajo, hemos logrado mejorar la salud física y mental, la integración social, la autonomía y la calidad de vida en general de las personas con discapacidad.

Algunos de los resultados específicos son:

- Disminución de tiempos, en la obtención de credenciales de discapacidad
- Educación Ley preferente hacia Funcionarios del Cesfam
- Educación sobre NANEAS a funcionarios de la Oficina de Discapacidad Comunal
- Capacitación en Credencial de Discapacidad hacia funcionarios del Cesfam
- Mayor Inclusión y Satisfacción de personas con discapacidad
- Mejora en la calidad y seguridad de atención, por protocolización de funcionamiento del Comité de Discapacidad y ley Preferente.
- Realización de Diagnostico participativo en agrupación con discapacidad
- Participación de la Oficina Comunal de Discapacidad en el Consejo de Desarrollo Local del Cesfam Chiguayante
- Participación de las agrupaciones de discapacidad en el consejo de desarrollo Local del Cesfam Chiguayante
- Preparación comunitaria de Jornada Comunal de Discapacidad para diciembre del 2024 "Si no nos Pescan, Tiramos redes"
- Conformación de la Unión Comunal de Discapacidad de Chiguayante
- Conversaciones actualmente para la formación de una mesa de trabajo en discapacidad del sector salud
- Reuniones mensuales con agrupaciones de discapacidad

En conclusión, el trabajo intersectorial alineado con la promoción de la salud beneficia a las personas con discapacidad, mejorando no solo su salud física y mental, sino también su integración social, autonomía y calidad de vida en general. Esta colaboración integral muestra cómo la cooperación entre sectores puede tener un impacto positivo en la vida de las personas con discapacidad.

Keywords: Discapacidad, Trabajo intersectorial

Financing: Sin financiamiento externo, solo funcionarios públicos con iniciativa personal de trabajar en el tema de la discapacidad.

Acknowledgments: al Cesfam Chiguayante, Oficina Comunal de Discapacidad de Chiguayante, Comité de Discapacidad del Cesfam Chiguayante

Programa de salud para mujeres en situación de calle y migrantes: Una experiencia desde la sociedad civil

María Catalina García^{1,2}, Miguel Harfagar¹, David Salinas¹, Romina Chandía¹, Catalina Riquelme¹

(1) Fundación Salud Calle, Santa Rosa 460, Santiago, Chile (2) Universidad de los Andes, Medicina Familiar, Monseñor Álvaro del Portillo 12455, Santiago, Chile

Antecedentes: La población en situación de calle (PSC) ha crecido en Chile durante los últimos años, viéndose un aumento en la cantidad de mujeres en situación de calle (MSC), jefas de hogar y migrantes que representan el 16,8% de la PSC. Muchas de estas mujeres no concurren a los servicios de salud pública por razones como estado legal, falta de previsión o maltrato.

Las MSC, además de las problemáticas propias de vivir en la calle, presentan mayor vulnerabilidad social considerando la brecha histórica y desigualdades de género. Un 31% declara haber vivido maltrato por parte de su pareja. En cuanto a la salud, más del 70% tiene problemas de salud física, pero en promedio asisten un 10% menos a atenciones de salud que los hombres. El 37% no tiene acceso a productos menstruales y el 90% no tiene al día o nunca se ha realizado PAP ni la mamografía.

La Fundación Salud Calle (FSC) es una institución sin fines de lucro, conformada por voluntarios de áreas de la salud, que desde el año 2007 trabaja para contribuir al bienestar de las PSC mediante atención de salud, promoción de alianzas, revinculación con el sistema público de atención e incidencia para generar cambios sociales.

En respuesta a la creciente demanda de atención de MSC en terreno, se estableció dentro de la fundación un Programa Salud para Mujer en Situación de Calle, que obtuvo recursos de fondos concursables públicos y privados para implementar operativos con prestaciones orientadas 100% a mujeres.

Objetivo General: mejorar el acceso a la salud de la mujer en situación de calle en la Región Metropolitana de Santiago, mediante atenciones, sensibilización e información respecto a su salud y lograr su vinculación con el sistema público de salud.

Objetivos específicos: a) realizar promoción de salud a través de fomentar hábitos saludables y conocimiento de los servicios de salud; b) brindar atención de salud en terreno y derivar, según necesidad, a toma de exámenes, tratamientos en los programas permanentes de la Fundación y centros asistenciales de la red pública. c) Levantar información en cuanto a la demografía y necesidades de las MSC.

Desarrollo: Se realizó un plan piloto el año 2023 en 2 centros para levantar necesidades y caracterizar a las usuarias. En base a estos resultados, se consiguió financiamiento y se articuló la colaboración con organizaciones de la sociedad civil y municipios. Entre los meses de enero y septiembre del 2024 se realizaron 22 operativos de salud en 10 comunas de la Región Metropolitana en sedes comunales y hospederías con una duración de entre 3 y 4 horas cada uno. Participaron equipos de voluntarios de la Fundación con médicos/as, matronas, enfermeras y estudiantes de medicina.

Las prestaciones entregadas por los voluntarios fueron: recopilar información demográfica y de necesidades de las MSC, entrega de kits a las usuarias, charlas educativas, EMPA, atenciones médicas, pesquisa de hepatitis B/C y derivaciones a imágenes y exámenes en laboratorio con convenio de gratuidad, a tratamientos en programas de la Fundación y a centros asistenciales públicos según requerimientos. Los representantes de los municipios apoyaron con la articulación de las usuarias en la atención pública, apoyo social con activación de redes, recuperación de documentos de identidad y la entrega de donaciones tales como frazadas, ropa y alimentos.

Resultados y conclusiones: Hasta septiembre del año 2024 los operativos han atendido a 150 pacientes en 10 comunas de la Región Metropolitana incluyendo a MSC, mujeres migrantes y sus hijos, con un rango etario entre 18 y 75 años. El 25% eran extranjeras.

Se consiguió realizar atenciones de prevención de salud, ginecológicas y morbilidades, derivando en caso de ser correspondiente. Las necesidades de salud identificadas tienen relación con falta de acceso a productos menstruales, planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual en jóvenes y atención de patologías crónicas e incontinencia urinaria en personas mayores. La mayoría de las usuarias no tenían sus exámenes preventivos al día. Casi la mitad de las mujeres habría sido víctima de algún tipo de abuso.

Un poco más de la mitad de las MSC estaban inscritas en APS, pero no acudían a sus atenciones por dificultades de acceso. Junto con el apoyo de los municipios, se vinculó a las usuarias al servicio público de salud.

Con esta experiencia se consiguió visibilizar a la MSC y sus problemas. La gran mayoría no cumple con las medidas de prevención de cáncer de mama o cérvico-uterino que están al alcance de la población.

Siendo quizás, el segmento más vulnerable de la PSC, se requiere una atención focalizada, regularizando derechos mínimos, como la posibilidad de poder acceder a salud primaria.

Como próximos desafíos, se encuentra realizar una caracterización de las MSC con los datos recolectados. Además, se realiza la invitación a otras sociedades civiles a participar en la atención de este grupo con vulneración de derechos.

Keywords: salud de la mujer, situación de calle, salud pública, desigualdad de género, acceso a salud

Financing: Fondo de Fortalecimiento de Interés Público (FFOIP), Ministerio Secretaría General de Gobierno y Humanizando la Salud, fondo concursable del Laboratorio Chile-Teva.

Acknowledgments: Agradecemos a nuestros voluntarios de la Fundación Salud Calle, sin ellos/as este trabajo no podría ser posible

Gestión de altas hospitalarias y su vínculo con la APS: Una experiencia desde una posta rural.

Karina Muñoz Navarrete¹, Marta Armijo Lobos², Omar Ramírez Cárcamo³, Robin Osorio Guzmán⁴, Ana Contreras Muñoz²

- (1) Cesfam Dr. Alberto Allende Jones, Posta Rural de Lonquén, Médico Familiar, Talagante
- (2) Cesfam Dr. Alberto Allende Jones, Posta Rural de Lonquén, Enfermera, Talagante
- (3) Cesfam Dr. Alberto Allende Jones, Posta Rural de Lonquén, Nutricionista, Talagante
- (4) Cesfam Dr. Alberto Allende Jones, Posta Rural de Lonquén, Médico General, Talagante

Antecedentes: El envejecimiento de la población ha provocado un aumento en la mortalidad de las ECNT. Por otro lado, los avances tecnológicos y su aplicación en atención primaria de salud son condiciones que plantean desafíos en nuestro sistema. Con el fin de promover uno de los principios del MAIS como lo es la continuidad de atención, en lo que dice relación al abordaje de pacientes que han sido dado de alta de una hospitalización reciente, y dado que las demandas superan a la oferta provocando cuellos de botella, discontinuidad de atención y sobrecarga del sistema es que en la Posta rural de Lonquén ubicado en la comuna de Talagante se elabora modelo de gestión para absorber la demanda de altas hospitalarias.

Este es un informe de experiencia sobre el diseño e implementación para absorber la demanda de las altas hospitalarias con el fin de establecer flujos y servicios para proporcionar universalidad integralidad y equidad en la salud de la población, el cual se elabora en base a la realidad local y las directrices para el trabajo en redes asistenciales.

Teniendo en cuenta la realidad de Lonquén donde destaca que cuenta con una posta rural (PSR) ubicada en el sector rural de la comuna de Talagante, y abarca 961 familias, que corresponde a 3.171 usuarios inscritos y validados en el año 2024; la dificultad de conectividad vial o de distancia para acceder al establecimiento de salud en contexto de ruralidad y la dificultad en la conectividad telefónica; una población principalmente con un adulta con una alta carga de enfermedad (G2 y G3 suman el 91,6%) es que se plantea un modelo de gestión para intentar equilibrar la demanda propia de la APS y los requerimientos de atención secundaria en su componente altas hospitalarias.

Objetivos: presentar el modelo de gestión de altas hospitalarias en una posta rural entre febrero 2024 y septiembre 2024

Desarrollo: Este modelo toma como actor principal a la enfermera coordinadora de la posta de Lonquén quien actúa como enlace intermedio entre jefatura de sector, hospital de referencia y equipo clínico que realizará atención de usuario, coordinando así la transferencia de información desde nivel hospitalario a la APS.

Se utiliza como sistema de ficha clínica electrónica Rayen para dejar registro en ficha de usuario las gestiones realizadas y plan de trabajo con usuario. La siguiente forma de planificación permitió una mejor comprensión de las intervenciones a realizar.

El primer paso fue analizar en reunión de sector con jefatura, enfermera coordinadora y equipo de posta de Lonquén toda la estadística hasta la fecha para evaluar posibles soluciones. Posteriormente se definen roles y proceso de agendamiento de pacientes para su atención. Se dispuso de un teléfono celular para realizar contactabilidad de pacientes y atención telefónica.

Las altas hospitalarias son coordinadas vía jefatura de sector a enfermera quien centraliza casos, evoluciona en ficha clínica recepción del caso y vacía información del nivel secundario para luego proceder al agendamiento para la atención. La información puede llegar vía mail por COMGES, de manera presencial con familiar de paciente que presenta Epicrisis en SOME u OIRS, o coordinación con programa dependencia severa.

Se destina los lunes de 16 a 16:30 hrs tiempo administrativo a médico de familia para realizar atención por telemedicina y/o gestión de caso y se dispone los días miércoles de 12 a 13 hrs tiempo resguardado para misma gestión por parte de enfermería.

Posterior a la gestión previa realizada se define si paciente se deja agendado para el lunes en visita domiciliaria o para los miércoles AM durante ronda de pacientes de dependencia severa o en atención presencial en dependencias de la posta.

Resultados y/o conclusiones: El programa inicia con fecha 21 de febrero del presente año y se mantiene operativo hasta la fecha. Se han gestionado en total 35 casos al corte del 31 de agosto del presente año de los cuales 22 han sido evaluados posteriormente en visita domiciliaria y 13 fueron atendidos de forma presencial en la posta de Lonquén.

Los diagnósticos principales fueron un 25,7% Infección de las vías urinarias un 17,2% EPOC descompensados, un 45,7% Neumonía adquirida en la comunidad y un 11,4% diagnósticos clasificados en otros capítulos. Hubo 2 pacientes que fueron derivados nuevamente a hospitalización.

El modelo presentado permite mantener la continuidad del cuidado. Lo anterior permite promover la seguridad del paciente y familia, prevenir complicaciones entre otros. A futuro este modelo de gestión es factible de implementar, replicables en otras comunas y pudiera consolidarse como una buena práctica donde la clave es la gestión de enfermería.

Acknowledgments: Equipo Posta Rural de Lonquén

Fortaleciendo la Atención Centrada en las Personas a través de la Georeferenciación y el Enfoque Territorial en la APS

Eric Perdomo Echenique², Sofía Bolt Iriondo¹, Osiel Pérez Santana², Javiera Arrepol Perez², Oriana Peralta Jaure¹

(1) Dirección Comunal de Salud de Los Angeles, Los Angeles, Chile

(2) Servicio de Salud de Bio Bio, Los Angeles, Chile

Introducción: En la Atención Primaria de Salud (APS), el enfoque centrado en la persona representa un desafío clave, ya que implica un cambio en la forma de abordar la salud. Este enfoque requiere comprender a las personas y comunidades desde perspectivas diversas: familiares, territoriales, sociales y culturales, y no solo centrarse en aspectos biomédicos.

En este contexto, el **Servicio de Salud del Biobío**, anteriormente gestionado por la **Dirección Comunal de Salud de Los Ángeles**, ha implementado una propuesta innovadora al integrar el enfoque territorial y fenomenológico en la APS. Este proyecto busca digitalizar la cartografía social tradicional, aprovechando las Tecnologías de la Información (TICs) para gestionar datos socio-sanitarios de manera más efectiva. La iniciativa se ha implementado en cuatro centros de salud del Biobío: **Hospital de la Familia y Comunidad de Laja y Yumbel**, **CESFAM Norte** y **CESFAM 2 de Septiembre**, utilizando herramientas de georeferenciación que mejoran la efectividad y contextualización de la atención.

Objetivos: El objetivo principal es **incorporar sistemas de georeferenciación** y aplicar un enfoque **territorial y fenomenológico** en la APS. Para ello, se propone la utilización de la herramienta **My Maps**, una plataforma digital sencilla y amigable que permite establecer un sistema de monitoreo georeferenciado. Este sistema facilita la traducción de la cartografía social, enriqueciendo la comprensión del territorio y optimizando la administración de información.

Desarrollo:

La metodología implementada se basa en varias fases clave:

- 1. Establecimiento de una base contextual de activos y recursos:** utilizando **My Maps**, se crea una base de datos digital que mapea los activos en salud, recursos disponibles y factores de riesgo en el territorio.
- 2. Cartografía colaborativa:** esta fase involucra la participación de actores del intersector y las comunidades, promoviendo la construcción colectiva del mapa territorial.
- 3. Análisis integral de datos:** se realiza un análisis exhaustivo de la información recopilada, considerando áreas de acción a nivel comunitario, intersectorial y en los equipos médicos.
- 4. Toma de decisiones informadas:** los equipos clínicos y los médicos en formación toman decisiones basadas en este conocimiento territorial, accesible desde cualquier punto de trabajo.

Este enfoque combina las **herramientas tecnológicas** con la **participación comunitaria** y el **análisis interdisciplinario**, proporcionando a los profesionales de salud una comprensión más holística y mejorando la efectividad de las intervenciones.

Resultados: La integración de la **Georeferenciación** y el enfoque **Territorial y Fenomenológico** ha proporcionado una comprensión más profunda y contextualizada de la APS. A través de **My Maps**, se han digitalizado activos en salud, recursos comunitarios y factores de riesgo, permitiendo su inclusión en la planificación de estrategias de acción comunitaria. Esta metodología ha demostrado ser una guía valiosa para una atención centrada en la persona, abordando no solo los aspectos biomédicos, sino también los factores sociales, culturales y territoriales.

El uso de estas herramientas ha mejorado la calidad de vida de las personas y ha facilitado la intervención directa en usuarios y comunidades. Además, ha empoderado a las comunidades, promoviendo su participación activa en las decisiones de salud.

Conclusiones: La implementación exitosa de la **Georeferenciación** ha potenciado el enfoque **Territorial y Fenomenológico** en los centros de salud involucrados, resaltando la importancia de considerar aspectos multidimensionales en la APS. El uso de **My Maps** ha facilitado la identificación de activos y factores protectores en las comunidades, promoviendo la participación de la red comunitaria, sectorial e intersectorial.

Esta experiencia destaca la visión del **Servicio de Salud del Biobío** en consolidar y expandir esta metodología, fomentando una atención contextualizada y aprovechando las TICs para enfrentar los desafíos emergentes de salud y la reconociendo a la Medicina Familiar como Especialistas en el Trabajo y Reconocimiento Comunitario y Territorial. Sin embargo, se reconoce que la **cartografía social** tradicional sigue siendo una herramienta valiosa en aquellos territorios sin acceso a tecnologías digitales, garantizando una atención equitativa y centrada en la persona.

Keywords: Atención centrada en las personas, Georeferenciación, Enfoque territorial, Atención Primaria de Salud

Financing: no

Acknowledgments: Agradecemos profundamente a las comunidades, equipos de salud y al Servicio de Salud del Biobío por su valiosa colaboración en este proyecto. Su compromiso y participación activa han sido fundamentales para fortalecer la atención centrada en las personas y enriquecer la calidad de la atención en nuestros territorios.

ABORDANDO LA COMPLEJIDAD DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2: UN ENFOQUE TERAPÉUTICO INTEGRAL DESDE LA MEDICINA FAMILIAR

Eric Perdomo Echenique¹, Karen Martinez Mendez²

(1) Hospital de la Familia y Comunidad Laja "Juan Lobos Krause"; Medicina de Familia y Comunitaria, Av. Los Ríos 800, Laja, Chile

(2) Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Medicina Interna, Los Angeles, Chile

Antecedentes: La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) descompensada es una de las principales causas de hospitalización en el Hospital de la Familia y Comunidad de Laja, con un 21% de hospitalizaciones entre 2021 y 2022 por complicaciones derivadas de esta condición. Esto representa una oportunidad para que la medicina familiar implemente un nuevo enfoque de manejo multidisciplinario, integrando aspectos del Modelo Transteórico del Cambio de conducta (Prochaska y Diclemente, 1979) y el “Efecto Ikea” propuesto por Michael I. Norton, Daniel Mochon y Dan Ariely (Harvard Business School, 2011).

Objetivos: Objetivo General: Mejorar el automanejo de la DM2 descompensada en pacientes con múltiples intervenciones de salud, utilizando un enfoque integral que involucre tanto al paciente como a su familia.

Objetivos Específicos:- Establecer un encuadre terapéutico que defina límites y expectativas claras.- Construir un vínculo terapéutico sólido que fomente la colaboración.- Facilitar el cambio conductual en el manejo de la DM2, centrado en la persona y su entorno familiar.

Desarrollo: La intervención terapéutica se llevó a cabo a través de un enfoque integral basado en cuatro áreas fundamentales:

Habilidades Terapéuticas: Fortalecimiento del vínculo terapéutico y resignificación de la enfermedad.

Ciclo Vital Individual y Familiar: Inclusión del ciclo vital y contexto familiar del paciente para adaptar el tratamiento.

Optimización del Tratamiento: Personalización del tratamiento farmacológico y no farmacológico, con enfoque en alimentación y ejercicio bajo la premisa de “dosis mínima eficaz”.

Co-construcción de Objetivos: Involucrar al paciente y su familia en la definición de metas, generando mayor adherencia mediante el “Efecto Ikea”, que valora el esfuerzo en la construcción del propio bienestar.

Esta intervención se implementó en un grupo de N=20 pacientes, con 4 sesiones de 60 minutos cada 15 días, durante 2 meses. Se utilizaron herramientas de la medicina familiar como el genograma y ecomapa para enriquecer el análisis.

Resultados y Conclusiones: Los resultados mostraron una disminución promedio del 1.5% en los niveles de HbA1c en los pacientes que participaron. Además, se observó una evolución positiva en las etapas del cambio, destacando la capacidad de los pacientes para crear estrategias que les permitieran mantenerse en la etapa de mantenimiento, a pesar de recaídas.

La intervención también tuvo impacto en la reducción de los síntomas de la DM2 descompensada y en la adopción de un estilo de vida más activo. Se concluye que este enfoque integral tiene el potencial de convertirse en un modelo replicable para el manejo de pacientes con DM2 descompensada, facilitando la participación activa de la familia y mejorando el control de la enfermedad.

Keywords: Diabetes Mellitus tipo 2, Automanejo de salud, Modelo Transteórico del Cambio, Medicina Familiar

Financing: No

Acknowledgments: Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todos los pacientes que asumieron la responsabilidad de su autocontrol en salud, permitiéndonos acompañarlos en este proceso con su confianza, y a sus familias por su participación activa, contribuyendo a mejorar no solo la vida de la persona, sino también influyendo positivamente en su entorno familiar. También agradezco profundamente a mi familia por su apoyo incondicional, tanto personal como profesional, ayudándome a derribar paradigmas desde la Medicina Interna hacia la Medicina Familiar.

Diseño de una Herramienta Didáctica para Consejerías Familiares: Innovación para facilitar la Promoción y prevención de Salud con enfoque familiar

Paulina Faúndez Martínez^{1,2,3}, Francisca Ramírez Martínez^{1,2,3}, Javiera Brunner Carrasco^{1,2}, Camila León González^{2,3}

(1) Universidad de Valparaíso, Departamento de Humanidades Médicas y Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Álvarez 1538, Viña del mar, Chile

(2) CESFAM Juan Carlos Baeza, Tamarugal 350, Viña del Mar, Chile (3) Corporación Municipal de Viña del Mar, Departamento de salud, 10 Norte 907, Viña del Mar, Chile

Antecedentes: Las consejerías familiares son fundamentales para acompañar a las familias en la toma de decisiones en salud y representan un desafío dentro del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), especialmente en los ámbitos de promoción y prevención. La baja cobertura de estas consejerías en el CESFAM Juan Carlos Baeza, de Viña del Mar, podría estar relacionada con la falta de tiempo para planificar y elaborar material, la ausencia de una estandarización, y la carencia de herramientas facilitadoras, lo que ha desmotivado a los profesionales de salud en su realización. Esta situación ha afectado tanto su continuidad en el centro de salud como el acceso de las familias a las consejerías familiares.

A pesar de su relevancia, hasta la fecha no se han desarrollado soluciones efectivas para mejorar la cobertura de las consejerías familiares. En respuesta a este problema, el equipo de salud del CESFAM Juan Carlos Baeza decidió crear una herramienta que facilite a los consejeros su realización. Para ello, se ha diseñado material didáctico en forma de juegos y dinámicas que abordan las temáticas más frecuentemente tratadas en las consejerías familiares según lo observado por el equipo de salud.

Este material pretende no solo estandarizar y facilitar la realización de consejerías familiares, sino también ofrecer recursos adaptados a las necesidades educativas de cada miembro de la familia. De este modo, se espera que las consejerías didácticas no solo apoyen a los consejeros en su labor, sino que también ayuden a las familias en la toma de decisiones en salud, fortaleciendo a su vez el vínculo con el centro de salud.

Objetivos: Diseñar una herramienta didáctica en formato de juegos y dinámicas, orientada a facilitar la planificación y estandarización de las consejerías familiares en el CESFAM Juan Carlos Baeza, con el fin de aumentar su cobertura y mejorar el acceso de las familias a esta prestación.

Desarrollo: Se formó un equipo de trabajo integrado por médicos de familia y residentes de medicina familiar de la universidad de Valparaíso. Se realizaron reuniones con el equipo multidisciplinario de salud familiar del CESFAM. En estas reuniones, se decidieron en conjunto las temáticas más frecuentes observadas en el CESFAM Juan Carlos Baeza, según la experiencia de los integrantes del equipo. Las temáticas seleccionadas se dividieron en generales, incluyendo "Roles y tareas" de los integrantes de la familia, "Comunicación", debido a la falta de habilidades comunicacionales observadas en las familias, y "Género", dada la creciente frecuencia de consultas relacionadas con este tema.

En el ámbito de las crisis normativas, se incluyó una dinámica para abordar las crisis según el "Ciclo vital familiar". Respecto a las crisis no normativas, se seleccionó el tema "Familia con integrante con enfermedad crónica", que busca educar desde la promoción y prevención en salud, además de explorar emociones, vivencias y creencias de la familia. Las enfermedades crónicas seleccionadas fueron hipertensión arterial primaria, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad de Parkinson y demencias. El tema del "Duelo" fue incluido con el objetivo de abordar los diferentes tipos de duelo que experimenta una familia en todas sus dimensiones, no solo enfocados en la pérdida de un integrante.

Se creó un proyecto que fue presentado como una buena práctica 2023 en el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, obteniendo recursos para su desarrollo.

Se asignaron tiempos protegidos para reuniones bisemanales, de 2 horas de duración, donde se llevó a cabo el trabajo creativo y la evaluación de avances. Además, se realizaron reuniones de asesoramiento con la participación de docentes de Medicina Familiar de la Universidad de Valparaíso, y referentes técnicos de Género y Diversidad Sexual y Salud Familiar de la Corporación Municipal de Viña del Mar, con quienes se trabajaron y analizaron conjuntamente las dinámicas diseñadas.

La diseñadora gráfica y educadora de párvulos, participó en el diseño visual e imagen del proyecto, aportando una perspectiva educativa. Priorizó, optimizó y ajustó la utilización de los recursos disponibles, considerando las posibilidades reales de materialización de las dinámicas propuestas.

A las residentes de medicina familiar se les asignó tiempo protegido para el desarrollo del proyecto. El primer prototipo fue terminado en noviembre de 2023 y presentado en las jornadas de Salud Familiar de la Corporación Municipal de Viña del Mar, donde fue recibido positivamente, decidiéndose replicar el set de consejerías familiares didácticas en todos los CESFAM de Viña del Mar.

El proyecto queda en pausa debido al mega-incendio que afectó a la comuna en febrero de 2024, donde el CESFAM Juan Carlos Baeza fue uno de los principales afectados. Las consejerías familiares fueron retomadas en agosto de 2024, y se realizó un piloto en este centro. Se planificó la capacitación de las duplas consejeras de todos los CESFAM de Viña del Mar para octubre de 2024, proyectando su implementación final para el año 2025.

Resultado y/o Conclusiones: A la fecha, el primer prototipo del set está terminado, con 7 dinámicas. Este set incorpora las técnicas clásicas de la consejería familiar y la educación participativa del adulto, además de guías anticipatorias que abordan las temáticas mencionadas. También incluye un manual de instrucciones que busca enseñar a los consejeros a utilizar las diferentes dinámicas, de modo que pueda ser empleado sin necesidad de una capacitación específica.

El proyecto de consejerías familiares didácticas surge del compromiso y la motivación del equipo de salud del CESFAM Juan Carlos Baeza de Viña del Mar, quienes reconocen la relevancia de implementar el modelo de salud familiar. En este enfoque, la educación, promoción y prevención en salud ocupa un lugar central, desempeñando un papel fundamental en el bienestar de las familias.

Keywords: Consejería Familiar, Salud Familiar, Herramienta, CESFAM, Atención Primaria

Financing: No contamos con financiamiento de la industria.

Acknowledgments: Agradecemos a nuestro equipo de trabajo, docentes, compañeros de especialidad, familia y amigos por su apoyo y confianza en nuestro proyecto.

12 años del Aprendizaje + Servicio en la Docencia del Internado de Medicina Familiar: El privilegio de aprender sirviendo a otros.

Pamela Elisa Rojas González¹, Carmen Toro¹, VANIA ALEJANDRA VALENZUELA GUERRERO¹, Andrea Riaseco¹

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

Los proyectos Aprendizaje x Servicio (A+S) son parte de las actividades curriculares del Internado de Medicina Familiar UC; siendo concebidos como una estrategia para formar profesionales competentes y responsables socialmente. Esta ponencia ofrece la experiencia de 12 años de trabajo formando estudiantes en su internado de Medicina Familiar bajo esta metodología.

¿Qué es una metodología A+S? A+S corresponde a una metodología que busca el aprendizaje activo de estudiantes desde la experiencia. En un A+S los estudiantes aplican sus conocimientos en un contexto real, entregando un servicio concreto a un socio comunitario con necesidades genuinas.

¿Por qué utilizamos una metodología A+S en la docencia de los estudiantes de Medicina UC? El currículum de la carrera de medicina UC ofrece incontables oportunidades para que los estudiantes se expongan a situaciones clínicas complejas, y aprendan en un escenario real. En contraste, ofrece oportunidades mucho más limitadas para desarrollar otras metas de aprendizaje, específicamente aquellas relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; la generación de conocimiento y el manejo de la información; y la gestión de la atención de salud. La metodología A+S ofrece una oportunidad única para que los estudiantes adquieran esas competencias. En su diseño, los proyectos responden a 2 atributos del perfil de egreso del estudiante de medicina UC; tributan a 3 metas de aprendizaje de su currículum; y se alinean con el objetivo 3 de Desarrollo Sostenible (ODS) de Naciones Unidas: *garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos, en todas las edades.*

¿Por qué lo hacemos en Medicina Familiar? Conocer y trabajar en APS chilena requiere comprenderla como una entidad constantemente sobreexigida. Cada avance en investigación o gestión en salud se traduce en la necesidad de adaptar procesos; capacitar equipos; modificar conductas; adaptarse a los recursos que se tienen; analizar y estimar las brechas; generar nuevas prestaciones; pilotearlas; evaluar su efectividad; analizar la perspectiva de los usuarios; la respuesta del resto de la red integrada, etc. Hacer esto requiere el trabajo de un equipo calificado y tiempo protegido para hacerlo, recursos que escasean en nuestra APS y que, además, entran en competencia con la actividad clínica que ocurre en paralelo, tensionando a los equipos y dificultando su ejecución. Esta multiplicidad de tareas y desafíos, leído bajo una óptica A+S, se traduce en un continuo de nuevas oportunidades de servicio, y por lo tanto, de nuevas oportunidades de aprendizaje para nuestros estudiantes.

¿Cómo organizamos nuestro trabajo? La metodología A+S comenzó a utilizarse el año 2012 en el Internado de Medicina Familiar UC y se ha mantenido sin interrupciones hasta la fecha. Por el formato de trabajo y la duración del curso, sólo 6 semanas, los procesos son rápidos y ocurren de manera simultánea a la formación clínica del estudiante. Por este motivo, los proyectos A+S se anclan al mismo centro que los recibe como campo clínico. En nuestro caso, contamos con 3 centros ubicados en las comunas de Puente Alto y La Pintana, con una población inscrita que, entre los tres, supera los 60.000 usuarios y 270 funcionarios.

¿Quiénes son los personajes claves en una metodología A+S? La metodología A+S identifica 3 actores: estudiantes, docentes y socios comunitarios. En nuestro trabajo el socio comunitario se ha trasladado a los mismos equipos de salud del campo clínico donde el estudiante se forma. Los socios son quienes reconocen un problema que requieren trabajar. El equipo docente sirve de nexo entre universidad y socios comunitarios, y son los encargados de: - Levantar necesidades desde los equipos clínicos y psicosociales; de modo de detectar a los nuevos socios - Seleccionar y priorizar propuestas consistentes con los objetivos del curso y que promuevan aprendizajes significativos; - Ofrecer a los estudiantes espacios de reflexión, retroalimentación y evaluación. - Acompañar a los estudiantes en la difusión de sus trabajos, tanto en congresos como en revistas de divulgación.

¿Cuáles son nuestros productos? A+S nos permite que los estudiantes adquieran competencias complementarias a su formación clínica, con especial énfasis en diseño y evaluación de proyectos de investigación; gestión clínica y administrativa; análisis crítico de la literatura; diseño y ejecución de estrategias e instrumentos de educación y difusión; y el logro de competencias actitudinales y procedimentales relacionadas con el trabajo en equipo. Cada año, 120 estudiantes ingresan al curso, lo que se traduce en 30-40 proyectos nuevos, que responden a necesidades concretas de la APS. Los servicios incluyen: diagnósticos de situación de salud, mapeo y evaluación de procesos, generación de propuestas basadas en evidencia, pilotaje y evaluación de nuevas intervenciones, generación de material/instancias educativas dirigidas al equipo y/o usuarios.

Como parte del espíritu A+S, hemos intencionado que los estudiantes puedan complementar su trabajo, a través de su difusión en congresos y su divulgación en revistas de especialidad. Potenciar esto permite trabajar la meta de aprendizaje *generación de conocimiento y el manejo de la información*, y da la oportunidad para que otros equipos de salud se beneficien de la experiencia y los resultados publicados. La experiencia A+S en el Internado de Medicina Familiar, como metodología docente, también ha sido presentada dentro y fuera de Chile. Recientemente fue reconocida como una de las experiencias premiadas en el *UNISERVITATE Award 2024, categoría América Latina y el Caribe.*

Keywords: Docencia, Metas de aprendizaje, Metodología A+S, Responsabilidad social

Financing: La experiencia A+S en el Internado de Medicina Familiar UC no recibe financiamiento de la industria. El uso de la metodología A+S ocurre como parte de las labores docentes de los académicos del equipo de pregrado del Departamento de Medicina Familiar UC.

Acknowledgments: Agradecemos al Departamento de Medicina Familiar, a la Red de Salud Ancora UC y sus equipos, y al Centro de Desarrollo Docente (CdeDoc) UC por confiar y apoyar estos 12 años de historia.

Fortalecimiento de la plataforma comunitaria a través de la capacitación de promotores en salud mental en el CESFAM Padre Manuel Villaseca.

LUIS FELIPE ACEVEDO HERRERA¹, Carmen Luisa Cardenas Alicastro¹, Marcela Rosales Medel¹

(1) CESFAM Padre Manuel Villaseca, Corporación Municipal de Puente Alto, Area de Salud, Luis Matte Larraín 2312, 8207546 Puente Alto, Región Metropolitana, Santiago, Chile

Antecedentes: En el CESFAM Padre Manuel Villaseca, se ha observado una creciente demanda de apoyo en salud mental. Tradicionalmente, las capacitaciones teóricas no han logrado involucrar a los actores comunitarios de manera significativa. El modelo integral de salud adoptado por la APS en Chile busca integrar los aspectos físicos, mentales y sociales en la atención sanitaria, promoviendo la salud mental como bienestar en todas las interacciones. La transversalización de la salud mental implica que tanto la promoción como la prevención son responsabilidades compartidas entre el sistema de salud y la comunidad.

Se diseñó una estrategia basada en el material "Herramientas del mhGAP para usar en la comunidad" de la OMS, alineada con la salutogénesis, que fortalece factores de bienestar desde la comunidad. Esta estrategia capacita a los líderes comunitarios y les proporciona herramientas prácticas para crear entornos que favorezcan la resiliencia, avanzando hacia una APS que no solo trate enfermedades, sino que promueva activamente el bienestar mental en el contexto comunitario.

Objetivos:

1. Capacitar a miembros de la comunidad en salud mental, con herramientas prácticas para abordar problemas desde la comunidad.
2. Empoderar a los promotores para replicar la capacitación y liderar iniciativas que promuevan la salud mental.
3. Fortalecer la red comunitaria, creando espacios de intercambio, autocuidado y participación activa en la implementación de iniciativas locales.

Desarrollo: La implementación comenzó en 2022 con una formación intensiva para 11 miembros de la comunidad. En 2023 se realizaron dos réplicas con 20 personas adicionales, y en 2024, se formaron 12 personas más. La capacitación se basó en el material mhGAP, proporcionando herramientas prácticas y alineadas con la promoción de una salud integral. Los promotores capacitados en 2022 participaron activamente en las réplicas como co-facilitadores, fortaleciendo sus habilidades y creando una red comunitaria más cohesionada.

El acompañamiento continuo ha sido fundamental, apoyado en grupos de WhatsApp y reuniones regulares bimensuales, donde el CESFAM dirige espacios de reflexión y autocuidado. Este enfoque fomenta la confianza y autonomía de los promotores, reforzando sus capacidades para desarrollar proyectos comunitarios que promuevan la salud mental y el bienestar de sus vecinos.

Resultados y Conclusiones: El modelo ha logrado mantener y hacer crecer la red de promotores, quienes han participado sostenidamente en las réplicas de capacitación. Este grupo ha encontrado un espacio no solo de aprendizaje, sino de autocuidado, donde los promotores han fortalecido su autoestima y red comunitaria. Un ejemplo destacado es el de una promotora que, tras la formación, lideró actividades de habilidades cognitivas para adultos mayores y capacitó a otras promotoras, quienes, de manera independiente, fortalecieron sus clubes, crearon nuevos espacios y participaron activamente en iniciativas locales.

Otra promotora adaptó las actividades de habilidades cognitivas para vecinos que no asisten a clubes, brindándoles tareas domiciliarias con seguimiento periódico, fortaleciendo los lazos sociales y la cohesión comunitaria.

Este proceso ha demostrado ser una estrategia eficaz para promover la salud mental comunitaria, fomentando un enfoque integral y preventivo. Los promotores han asumido roles de liderazgo, creando iniciativas que responden a las necesidades de salud mental de sus vecinos. El acompañamiento continuo del CESFAM ha sido clave para garantizar la sostenibilidad de estas iniciativas, proporcionando un espacio de reflexión y autocuidado que refuerza el bienestar de los promotores.

Este modelo, alineado con el MAIS, destaca por su replicabilidad en otros contextos. Gracias a su estructura modular y enfoque basado en el acompañamiento comunitario, esta estrategia puede adaptarse a diversas realidades, asegurando que los promotores reciban el apoyo necesario para ser agentes de cambio en sus territorios.

Reflexión Final: Implementar capacitación para formar promotores en Salud Mental con material mhGAP es:

- Una metodología para vincularse con la comunidad y fortalecerla.
- Una manera de hacer que las personas reconozcan la importancia que tienen en el abordaje de la salud mental con acciones que ya realizan en su vida cotidiana.
- Generar una capacitación que no solo se centra en conocimiento, sino en modelar habilidades mediante el acompañamiento y réplicas posteriores.
- Una forma de atender de manera preventiva a los activos comunitarios del territorio, a través de una atención grupal en salud mental.
- Un modo de comenzar a abordar el estigma en las comunidades.

Keywords: Promotores comunitarios, Salud mental, Acompañamiento comunitario

A través de los ojos de la comunidad: Experiencia de mapeo de activos comunitarios en Yumbel

Javiera Arrepol Pérez^{1,2}, Osiel Pérez Santana^{1,2}

(1) Universidad de Concepción, Residente Medicina Familiar y Comunitaria, Biobío, Chile
(2) Hospital de la Familia y la Comunidad de Yumbel, Biobío, Chile

Antecedentes: Esta experiencia se realizó en Yumbel, región del Biobío, el 2022. Esta comuna tiene mayor proporción de personas mayores que el país, lo que impacta en la percepción que los equipos de salud tienen de esta población a cargo, ya que les describen como personas mayores solas, con pocos recursos para cuidar su salud y pocas redes de apoyo. Esta percepción concuerda con las preocupaciones de la comunidad, ya que en distintas instancias han manifestado preocupación por las personas mayores y el cuidado de su salud. Además, esta comuna cuenta con alta proporción de personas que viven en territorio rural, lo que constituye un determinante social de la salud de las personas de esta comunidad. En esta comuna se encuentran dos centros de salud: un Hospital de la Familia y la Comunidad (HFC) y un CESFAM. Ambos forman parte de la Mesa Intersectorial de Promoción de Salud, donde participan instituciones y organizaciones de toda la comuna, lo que incluye a personas de territorio urbano y rural. Es en esta instancia en que se plantea realizar una cartografía comunitaria como método de recolección de información para realizar un mapeo de activos comunitarios que permitiera ver a nuestra comuna y las personas que la habitan desde otra mirada, no sólo desde el riesgo (enfoque patogénico), sino también buscando lo que les ayuda a mantenerse sanos (enfoque salutogénico). Gracias a que esta cartografía se planificó junto a la Mesa, se incorporaron personas de territorio perteneciente a CESFAM y las Postas de Salud Rural quienes tienen recursos distintos a los de la población del Hospital en el que nos insertamos.

Objetivo: Describir la experiencia de mapeo de activos con la comunidad y su registro en plataforma digital como valor agregado para su difusión y el fortalecimiento de las actividades de promoción.

Desarrollo: Esta actividad fue planificada en el contexto de la Mesa Intersectorial de Promoción de Salud, con el apoyo principalmente del equipo del CESFAM de Yumbel Estación y la encargada comunal de promoción. Para realizar esta actividad se siguieron los pasos para realizar un mapeo de activos comunitarios. Para la etapa de preparación y contextualización fue fundamental trabajar con equipos con experiencia en el trabajo comunitario y el proceso de inserción que se incentiva como parte del programa de especialización. Se coordinaron horarios en los que podían participar tanto la comunidad como miembros de la Mesa Intersectorial en un lugar de fácil acceso, tanto para personas de zonas rurales como para personas de la zona urbana. Se planificó como un conversatorio, en el que se dio a conocer el concepto de activos para la salud y se realizó una exploración de activos personales en primera instancia. Luego se realizó la cartografía comunitaria como herramienta de recolección de información, para lo que se contaba con un mapa impreso de la comuna en una plancha de plumavit y pinchos para que las personas pudieran marcar los puntos que iban identificando en el mapa. Se contaba con varios facilitadores, algunos de ellos tomaron notas de la conversación que se fue generando para registrar los activos y el por qué se consideran así, y otros fueron dirigiendo la conversación. Las notas de esta instancia sirvieron como insumo para el análisis, interpretación y sistematización de la información recopilada, lo que dio origen a un informe y a un mapa digital en la plataforma MyMaps, en el que se incluyeron los activos comunitarios identificados siguiendo la categorización que plantean Kretzmann y McKnight. Este material fue difundido en distintas instancias a la comunidad y al equipo de salud, así como a los participantes de la Mesa Intersectorial de Promoción de Salud. Esta instancia de difusión también facilitó la dinamización de activos para la salud.

Resultados: El principal resultado de esta experiencia es el mapa de activos, tanto en informe como en mapa digital, recursos que quedaron a disposición de la comunidad y de las instituciones que conforman la Mesa. La instancia de conversatorio y cartografía comunitaria fue bien valorada por los participantes, ya que permitió fortalecer el vínculo entre ellos y con los miembros de las instituciones que participaron (CESFAM, HFC, carabineros, etc.), a la vez que sirvió como espacio para reconocer y valorar los saberes propios de ellos, lo que permite contribuir a su autoeficacia e impacta en su proceso de salud. Para la comunidad fue un espacio de participación importante, considerando su participación no sólo como la asistencia a la actividad, sino que también como protagonistas de la actividad y de su salud. Además, valoraron la posibilidad de contar con los resultados disponibles en una plataforma digital que facilita el acceso para algunos. Para los equipos de salud esta herramienta también facilitó el acceso a la información, la que se pudo incorporar en la planificación de actividades promocionales y comunitarias, tanto de los centros de salud como de la Mesa en general, las que han impactado de forma positiva en el bienestar de las personas. Además, tener este insumo facilita la incorporación de este enfoque en la clínica, por ejemplo, mediante la recomendación de activos comunitarios.

Conclusiones: El proceso de mapeo de activos es un espacio de encuentro entre los equipos y las personas del territorio, lo que favorece el vínculo entre ellos y el desarrollo de actividades colectivas, así como contribuye al cambio de paradigmas en usuarios internos y externos. Como resultado no esperado, este insumo fue valioso para la respuesta de los equipos de salud al mitigar el impacto de los incendios del año 2023.

Keywords: Participación de la Comunidad, Promoción de la Salud, Mapeo geográfico, Activos comunitarios

Financing: No se cuenta con financiamiento externo para la realización de esta experiencia.

Acknowledgments: Agradecemos al equipo del HFC (encargado de promoción, equipo formador de Medicina Familiar, equipos de sector, entre otros), equipo del CESFAM (encargada comunal de promoción, profesionales, entre otros) y a otros integrantes de la Mesa Intersectorial de Promoción de Salud de la comuna que participaron en la planificación y ejecución de esta actividad, así como a las personas que participaron en esta cartografía (personas inscritas en el HFC y el CESFAM). Reconocemos su disposición a participar, la recepción positiva que hemos recibido, su apoyo en esta y otras actividades y su ayuda en nuestro proceso formativo, ya que gracias a ellos hemos podido avanzar.

Abordaje de la Toma de Decisiones Compartidas (TDC) en CESFAM Padre Manuel Villaseca

LUIS FELIPE ACEVEDO HERRERA¹, Carmen Luisa Cárdenas Alicastro¹

(1) Corporación Municipal del Puente Alto, CESFAM Padre Manuel Villaseca, Luis Matte Larrain 02312, Puente Alto, Santiago, Chile.

Antecedentes: El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) promueve la Toma de Decisiones Compartidas (TDC) como una estrategia clave para mejorar la atención centrada en el paciente y fomentar su participación activa en la toma de decisiones sobre su salud. En el Centro de Salud Familiar Padre Manuel Villaseca, se diseñó un plan de alfabetización y capacitación en TDC, enfocado en esta primera etapa en la capacitación del personal clínico y en recoger insumos desde los profesionales de salud para una futura implementación más amplia. La implementación de la TDC se alinea también con la necesidad de mejorar la calidad de los planes consensuados en la atención de pacientes crónicos, como parte de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona (ECICEP).

Objetivos: Implementar la alfabetización en TDC conforme a las directrices del MAIS, capacitando al personal clínico. Capacitar y sensibilizar al personal clínico en los principios fundamentales de la TDC. Identificar factores clave que impacten la implementación de la TDC mediante un análisis FODA.

Desarrollar un plan sostenible para expandir la alfabetización y capacitación en TDC a más profesionales y usuarios del centro de salud.

Desarrollo: La capacitación se realizó en dos sesiones de 2,5 horas, dirigidas a médicos y enfermeras. La metodología incluyó: Evaluación inicial (Pre-test): Para medir el conocimiento previo sobre TDC. Clases expositivas y análisis de casos clínicos: Introducción a los principios clave de TDC, con ejemplos prácticos aplicados a la atención primaria. Role-playing: Ejercicios que facilitaron la aplicación práctica de la TDC en consultas simuladas. Análisis FODA: Diagnóstico del contexto interno y externo, identificando fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas para la implementación de la TDC. Evaluación final (Post-test): Medición de los cambios en el conocimiento y la confianza del personal clínico.

Resultados: Se realizó un pre y post-test para evaluar el impacto subjetivo de la capacitación mediante preguntas en una escala de Likert. Los resultados reflejaron una mejora notable en todas las áreas evaluadas. Los participantes, tanto médicos como enfermeras, reportaron un aumento en su conocimiento sobre la Toma de Decisiones Compartidas (TDC) y en su capacidad para implementarla en la práctica clínica. De manera consistente, los profesionales capacitados indicaron sentirse más cómodos al comunicar opciones de tratamiento y más confiados en facilitar la participación de los pacientes. En particular, la pregunta sobre la percepción de la importancia de la TDC mostró que la mayoría de los participantes otorgó el puntaje máximo en el post-test, consolidando la relevancia de esta herramienta en la mejora de la atención. Adicionalmente, el post-test incluyó preguntas teóricas básicas sobre la TDC, que ayudaron a que la capacitación fuera tomada con seriedad y contribuyeron a hacerla más atractiva para los participantes. Aunque estas preguntas no garantizan necesariamente la preparación completa para futuras implementaciones, aportaron una validación interna del contenido básico de la capacitación.

El análisis FODA identificó las fortalezas en el compromiso del equipo directivo y clínico, así como la mejora en la relación médico-paciente asociada a la implementación de la Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en la Persona (ECICEP), lo que ha facilitado la implementación de la TDC. Entre las oportunidades, se destacó la posibilidad de ampliar las capacitaciones a otros profesionales del centro y desarrollar materiales educativos para usuarios. No obstante, se identificaron algunas debilidades, como la limitación del tiempo disponible para implementar la TDC en cada consulta. A nivel de amenazas, se subrayó la alta demanda de servicios de salud, que puede dificultar la implementación sistemática de la TDC.

Conclusiones: Aunque la implementación de la TDC aún no ha demostrado ser completamente eficaz en la práctica clínica diaria de CESFAM, los resultados de esta primera etapa son alentadores. La capacitación ha permitido sensibilizar a los profesionales de salud, un paso crucial para poder avanzar hacia su medición en planes consensuados de la ECICEP y la alfabetización de los usuarios con su participación activa en la toma de decisiones sobre su salud. El éxito de esta capacitación inicial sienta las bases para extender la alfabetización en TDC a otros profesionales del centro de salud, promoviendo una mejora continua en la atención y estableciendo la TDC como un componente central del modelo de atención integral y comunitaria con un enfoque más participativo, que no solo mejora la experiencia del paciente, sino también la relación médico-paciente y la adherencia a los tratamientos.

Finalmente, queda como desafío pendiente la alfabetización de la comunidad, lo que permitirá empoderar aún más a los usuarios, facilitando su participación activa en la toma de decisiones compartidas en salud.

Keywords: Toma de decisiones compartidas, Capacitación clínica, Atención centrada en la persona



CASOS CLÍNICOS

Enfoque de género en la atención de personas mayores

Fernanda Jaque Badilla^{1,2}

(1) Universidad de Valparaíso, Departamento de Humanidades Médicas y Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Álvarez 1538, Viña del mar, Chile

(2) CESFAM Dr Marco Maldonado, Alvarez 1682, Viña del Mar, Chile

Antecedentes: Se realizó un estudio familiar al grupo HS, motivado por la descompensación de enfermedades crónicas del jefe de hogar, Gabriel, y síntomas de salud mental en otros miembros, dificultando el autocuidado. En el seguimiento, surgieron conflictos de género en torno a la distribución de tareas y cuestionamientos de identidad en la esposa. Este fenómeno ha sido observado en otros casos similares y se propone explorar desde un enfoque feminista, en contraste con el modelo tradicional de la medicina familiar.

Descripción del caso: La familia HS está compuesta por Gabriel (76 años), Judith (69 años) y Juan (37 años). Gabriel, padre y esposo, con hipertensión, diabetes y secuelas de un ataque cerebrovascular, siente minusvalía por su estado de salud. Judith, analfabeta y portadora de hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipotiroidismo, sigue estrictamente las indicaciones médicas, pero expresa descontento con su rol de cuidadora y las dinámicas patriarcales en su hogar. Juan, el hijo mejor, sin antecedentes mórbidos, trabaja y estudia en Valparaíso. La familia es nuclear biparental, con una autoridad en Gabriel pero un poder real en Judith. Las tareas domésticas recaen en Judith, mientras que Juan asume las principales labores económicas. La comunicación tiende a ser con habilidades negativas, una alta cohesión familiar y una adaptabilidad con tendencia a ser flexible. Se aplicó Salufam que resultó en baja vulnerabilidad social y un MOS donde Gabriel resultó con apoyo medio/alto y Judith con escaso apoyo social.

Plan de manejo: Se incluyó a Gabriel y Judith en estrategia ECICEP, con evaluación de salud mental y derivación a programas de apoyo. Se acompañó a la familia durante la crisis no normativa del duelo por enfermedad de Gabriel, mientras que Juan no está inscrito en el CESFAM a pesar de las recomendaciones.

Durante el seguimiento, Judith mostró descontento con su rol de cuidadora, cuestionando las conductas patriarcales de Gabriel, lo que llevó a la aparición de síntomas severos de salud mental, requiriendo farmacoterapia y acompañamiento.

Revisión de la literatura: En la evolución de la gerontología tradicional a una gerontología crítica y gerontología feminista se incorporan diferenciaciones respecto al ciclo vital, el cual es concebido como un conjunto de etapas o estadios que suceden cronológicamente con un carácter androcéntrico; sin embargo, Yuni (1) describe que en el caso de las mujeres, las etapas se superponen o intersectan, estando estas relacionadas a acontecimientos familiares o cambios de roles en el ámbito doméstico. Para los hombres, los roles sociales públicos (trabajo, participación social) constituyen los marcadores de cada etapa evolutiva (1). Además, se describe el proceso de envejecimiento no como un fenómeno universal sino que existen itinerarios y modos de envejecer, diferentes para cada cultura, sociedad e incluso, grupos sociales, poniendo de manifiesto que, hombres y mujeres tienen diferentes formas de envejecer, de concebir el envejecimiento, de afrontarlo y de significarlo.

Por otro lado, los avances en materia de igualdad de género, el aumento de la expectativa de vida y la longevidad configuran un nuevo territorio para la vejez, caracterizado por la crisis y reelaboración de la identidad personal, donde surge el concepto de madurescencia.

La madurescencia es el momento/movimiento del recorrido vital existencial en el que el sujeto se cuestiona, plantea y reorienta la tarea de alcanzar la madurez. Se inscribe en la madurez temprana, como un tiempo de exploración, búsqueda y reorientación de la propia experiencia vital (1).

En la etapa de madurescencia, se comienza a tomar conciencia del paso del tiempo como "tiempo por vivir", lo que motiva a la necesidad de vivir experiencias nuevas antes que "el tiempo se agote", generando una reorganización en su entorno vital, incluyendo el reanudar alguna actividad de la juventud que fue postergada por priorizar vínculos familiares o bien, disolución de vínculos actuales que son visualizados como poco enriquecedores.

Frecuentemente, además, es en el periodo de madurescencia donde la mujer asume el cuidado intergeneracional de sus padres, hijos y nietos en roles de cuidados, sostén, apoyo y educación. Durante la tarea de cuidados, entra en conflicto debido a los mandatos culturales de la "entrega abnegada" versus el establecer límites y entregar los cuidados voluntariamente.

Durante la revisión del caso clínico en reuniones de cabecera con equipo de salud, es posible asociar la sintomatología presente en sra Judith con otros casos similares: familias de edad madura o mayor cursando con cuestionamientos acerca de los roles de género, rol de cuidadora, trabajo doméstico y relaciones de pareja.

Conclusión: Es necesario conceptualizar la etapa del ciclo vital de persona mayor como un proceso diferente entre hombres y mujeres, influenciado por las experiencias personales, vitales y culturales. La tendencia a homogeneizar a las personas mayores ignorando su diversidad con énfasis en la visión negativa del envejecimiento perpetúa estereotipos discriminatorios en las personas mayores.

El concepto de madurescencia podría ayudar a comprender el fenómeno observado en el caso clínico presentado, pudiendo ser puntapié inicial para explorar a futuro las diferencias en los ciclos vitales individuales con enfoque de género.

Keywords: Personas mayores, Enfoque de género, Madurescencia

Financing: No se cuenta con financiamiento de la industria.

ÍNDICE

A

| | |
|---------------------|--------|
| Acevedo Herrera L. | 50, 52 |
| Alarcón Castro F. | 41 |
| Alarcón Reyes C. | 27 |
| Albornoz Lira N. | 16 |
| Alvarado Livacic C. | 18 |
| Aranda Chacón à. | 22 |
| Armijo Lobos M. | 45 |
| Arrepol Perez J. | 46 |
| Arrepol Pérez J. | 51 |

B

| | |
|---------------------|----|
| Barazarte Delfin M. | 39 |
| Barna Juri R. | 22 |
| Bello Rivera P. | 16 |
| Binda Vergara V. | 7 |
| Blanco González N. | 16 |
| Bolt Iriondo S. | 46 |
| Brierley Vera J. | 7 |
| Brintrup F. | 11 |
| Brunner Carrasco J. | 48 |

C

| | |
|-----------------------|----|
| Campos Cortes K. | 28 |
| Cardenas Alicastro C. | 50 |
| Cárdenas Alicastro C. | 52 |
| Cartes Huinca N. | 31 |
| Castillo Ochoa J. | 19 |
| Catalán Soto B. | 18 |
| Cespedes P. | 36 |
| Céspedes P. | 37 |
| Chandía R. | 44 |
| Cisterna Quilaqueo C. | 4 |
| Contreras Muñoz A. | 45 |
| Cuadra Sieveking V. | 7 |

E

| | |
|---------------------|----|
| Espina Marchant P. | 5 |
| Espinoza Morales D. | 22 |

F

| | |
|----------------------|-------|
| Faúndez L. | 23 |
| Faúndez Martínez P. | 48 |
| Fernández Alicera N. | 8, 28 |
| Fernández Flores E. | 21 |
| Fica Hidalgo B. | 43 |
| Figueroa Barra A. | 5 |

G

| | |
|------------------------|-------|
| Galindo Martinez C. | 8, 28 |
| García Lizana P. | 5 |
| García M. | 44 |
| García-Huidobro D. | 3, 37 |
| Gay Jara N. | 4 |
| Gonzalez Jara C. | 43 |
| Gorigoitía Sielfeld A. | 31 |
| Guerra Álvarez J. | 31 |

H

| | |
|---------------------|--------|
| Harfagar M. | 44 |
| Holzapfel M. | 37 |
| Honorato Vásquez P. | 18, 27 |

I

| | |
|-----------------|----|
| Ibarra Ortiz C. | 13 |
|-----------------|----|

J

| | |
|------------------|-------|
| Jaque Badilla F. | 54 |
| Jara Aníñir F. | 28 |
| Kurz De Armas S. | 8, 28 |

L

| | |
|------------------|----|
| Lagos C. | 7 |
| León González C. | 48 |
| Lozada Arcos D. | 35 |

M

| | |
|----------------------|--------|
| Maluenda Muñoz E. | 5 |
| Martinez Mendez K. | 47 |
| Martínez Olea C. | 18, 27 |
| Matta Daniels D. | 41 |
| Meléndez Vallejos N. | 35 |
| Meza Saavedra N. | 31 |
| Montupil Solari D. | 5 |
| Moyano Sepulveda J | 43 |
| Muñoz Cárdenas A. | 18 |
| Muñoz Cardenas A. | 27 |
| Muñoz Navarrete K. | 45 |
| Muñoz Sandoval I. | 18 |

O

| | |
|-------------------|----|
| Opazo Torres M. | 27 |
| Osorio Acuña V. | 43 |
| Osorio Guzmán R. | 45 |
| Oyarzún Guarda M. | 4 |

P

| | |
|----------------------|--------|
| Padilla Muñoz J. | 4 |
| Parada Obregon A. | 43 |
| Parra Fernández G. | 5 |
| Paul Delfau M. | 7 |
| Peralta Jaure O. | 46 |
| Perdomo Echenique E. | 46, 47 |
| Pérez Santana O. | 46, 51 |
| Perez Wilson P. | 9 |
| Pinto Maturana P. | 35 |

R

| | |
|-----------------------|--------|
| Radojkovic Navarro C. | 18, 27 |
| Ramírez Cárcamo O. | 45 |
| Ramírez Martínez F. | 48 |
| Ramírez Santi F. | 18, 27 |
| Reyes Montecinos I. | 43 |
| Rico Soto F. | 9 |
| Rioseco A. | 49 |
| Riquelme C. | 44 |
| Roa Zagal C. | 39 |
| Rodríguez Grimón A. | 22 |
| Rodríguez Infante T. | 7 |
| Rojas González P. | 49 |
| Romero Moya F. | 13 |
| Rosales Medel M. | 50 |

S

| | |
|------------------------|--------|
| Sáez Carrillo K. | 18 |
| Salinas D. | 44 |
| Salvatierra I. | 3 |
| Sánchez Rubio A. | 18, 27 |
| Santa María Barrera J. | 5 |

T

| | |
|-------------------------|----|
| Tellez A. | 3 |
| Toro C. | 49 |
| Troncoso Gutierrez F. | 9 |
| Troncoso Valdebenito C. | 43 |
| Tudela Rojas K. | 22 |

V

| | |
|------------------------|----|
| Valenzuela Guerrero V. | 49 |
| Varela T. | 3 |
| Vasquez Cerro D. | 43 |
| Velásquez Navajas P. | 21 |
| Vera G. | 37 |
| Vilca Alfaro E. | 5 |
| Vilches Soto N. | 27 |

Z

| | |
|-----------------|----|
| Zamorano P. | 3 |
| Zavala Muñoz N. | 41 |



2024
XXV

Congreso Chileno de Medicina Familiar

“Seguir construyendo juntos una salud integral y comunitaria”

Patrocinio XXV Congreso Chileno de Medicina Familiar

