



**FORMULARIO DE POSTULACION DE BUENAS PRACTICAS EN APS
JORNADA DE SALUD FAMILIAR
CMVM 2019¹**

1 - EQUIPO RESPONSABLE

Nombre de la institución: CESFAM Nueva Aurora
Comuna: Viña del Mar
Teléfono: 999543271
Nombre de los integrantes del equipo y función que cumple cada uno de ellos: Catalina Paut - Residente Medicina Familiar UV Sebastián Vicencio - Residente Medicina Familiar UV Claudio León - Médico de Familia, tutor en CESFAM

2 - IDENTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES DE LA BUENA PRÁCTICA

Nombre de la Buena Práctica Policlínico de alta resolutiveidad con enfoque familiar
--

Resultado valioso (¿Cuál es el resultado valioso desde la perspectiva del usuario? Como característica de una BP que la diferencia de otra experiencia.

-Esta práctica permite entregar a los usuarios una atención más integral, transdisciplinaria y resolutive en cuanto a sus procesos de salud-enfermedad, al contar con mayor tiempo de dedicación, horas más frecuentes de control y manejo que incluye no solo lo biomédico sino que también lo psicológico, familiar, social y espiritual.

Al mismo tiempo genera mayor resolutive al CESFAM y menor derivación al nivel secundario evitando así, contribuir a las listas de espera.

-También logra generar una relación equipo de salud-paciente más sólida, de trabajo en conjunto, basada en la empatía activa, entrega de información y toma de acuerdos en sintonía y respeto con los conocimientos y creencias personales de cada usuario; creando planes de trabajo integrales e individualizados, que incluyen seguimiento hasta la compensación y alta de cada paciente y su familia. Cabe recalcar la importancia del enfoque familiar, el que favorece el empoderamiento e involucramiento de otros integrantes de la familia en la resolución de los problemas de salud implicados, apoyando al usuario índice en su padecimiento.

-Además es una fuente de apoyo para los colegas que a veces se ven sobrepasados con la multimorbilidad de algunos usuarios y los pocos tiempos que se les brinda para atender. Con esta actividad, los profesionales médicos pueden tener la tranquilidad de derivar dentro del mismo CESFAM y donde los equipos podrán monitorear paralelamente, de manera presencial o por ficha clínica, las intervenciones y avances de sus usuarios.

Por último, la aproximación del policlínico de resolutive podría en un mediano plazo disminuir la cantidad de consultas anuales del usuario al comprender su proceso salud-enfermedad.

Destinatarios (público objetivo):

Usuarios adultos con sospecha de HTA refractaria y/o DM2 con HbA1C > a 9 en 3 controles, junto a uno o más integrantes de su familia.

Usuarios adultos con hospitalización reciente por IAM o ACV, junto a uno o más integrantes de su familia.

Usuarios adultos con 5 o más patologías crónicas, junto a uno o más integrantes de su familia.

Problema (¿Cuál es el problema que genera esta buena práctica?)

La carga asistencial de los CESFAM genera poca disponibilidad de horas médicas y tiempos muy acotados para entregar una atención médica de calidad, fomentando la escasa identificación de los usuarios con los equipos de cabecera, la insatisfacción usuaria, una mayor cantidad de interconsultas al nivel secundario y pérdida (transitoria o permanente) de la continuidad de cuidados del usuario en APS.

La creciente demanda de actividades médicas, tanto asistenciales como administrativas, sumado al envejecimiento de la población, dificultan el poder entregar una atención completa y lograr abordar las multi patologías de nuestros usuarios, priorizando el enfoque biomédico perdiendo la mirada integral y sistémica, olvidando como influyen la estructura y dinámica familiar, los factores protectores y de riesgo en el desarrollo de las patologías crónicas.

A nivel nacional, las patologías cardiovasculares son hoy la primera causa de morbi-mortalidad, una importante causa de hospitalizaciones y causa de discapacidad. En el CESFAM, los usuarios con patologías cardiovasculares abarcan la mayor cantidad de horas médicas, de enfermería y nutricionista; lo que dificulta integrar usuarios con otras patologías crónicas, por ejemplo, un usuario que solo presenta sobrepeso enfrenta dificultades para acceder un control nutricional.

El programa adulto sólo garantiza una atención anual con cada profesional, sin considerar que hay usuarios que requieren mayor cantidad de controles por uno o todos los profesionales. Esto, sumado a la brecha de recurso humano a nivel comunal, hace más difícil mantener a los usuarios del programa en rangos de compensación.

En el Cesfam Nueva Aurora, encontramos los siguientes datos según censo junio - 2019:

- Usuarios con diabetes mellitus tipo 2 descompensados (HbA1c>9%): 250 usuarios que corresponde al 14,72% del total de usuarios diabéticos.
- Usuarios con HTA descompensada: 614 usuarios que
- corresponde al 14,78% del total de usuarios hipertensos.
- Usuarios con 5 o más patologías crónicas: 5 usuarios de un total de 5210 de usuarios ingresados al programa cardiovascular.

Fundamentación (¿En qué contexto surge esta práctica? ¿Cómo llegaron a esta idea?)

A pesar de que los médicos APS resuelven entre un 96,7% a 97% del total de problemas de salud en sus mismos centros (Camilo Bass - Resolutividad en APS), existen aún largas listas de esperas en la atención secundaria. En CESFAM Nueva Aurora el índice de resolutividad es de 92.38 % en mayores de 15 años.

Teniendo en cuenta estos indicadores y las problemáticas anteriormente planteadas, se inicia la búsqueda de estrategias que permitan focalizar los recursos humanos de profesional médico para una atención integral, más oportuna y efectiva, previo a la derivación a otro especialista, con el objetivo de aumentar la resolutividad y dar continuidad de la atención en el centro de salud inserto en su comunidad.

Los usuarios antes mencionados, a los cuales está dirigida esta práctica, son personas que requieren una atención mas completa y frecuente, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud. Por lo que se generó esta estrategia para acompañarles en su proceso de salud enfermedad junto a sus familias, evitando así derivaciones a nivel secundario, hospitalizaciones y de paso, mejorar los indicadores del centro de salud.

Esta práctica se pensó a cargo del médico de familia, quién debe manejar con liderazgo los procesos de salud enfermedad de su población a cargo, desde una mirada sistémica, considerando la complejidad biopsicosocial y espiritual, de manera continua a lo largo del ciclo vital y familiar, en equipo y en red.

Justificación de por qué es una BP (¿Por qué considera que es una buena práctica en APS? ¿Qué principios del Modelo de Atención integral de salud familiar y APS incorpora esta práctica?)

Esta estrategia la consideramos como buena práctica en APS porque se fundamenta a partir de los tres principios irrenunciables del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, gestionando el recurso humano del profesional médico, con el fin de compensar a nuestros usuarios y disminuir sus consultas anuales.

- Continuidad de la atención: El usuario al ingresar al policlínico de resolutiveidad, se mantiene dentro del nivel de atención primario lo que permite una comunicación más fluida y permanente con su equipo de cabecer, al ser el mismo acceso a los registros clínicos, que también ayuda para entregar acciones de salud coherentes a las necesidades del usuario a lo largo de su ciclo vital (por ejemplo evitar duplicidad en toma de exámenes) y fomentar el uso de las distintas prestaciones entregadas por nuestro centro de salud (CCR, Dental, Salud Mental, VDI, etc.).
- Integralidad: La atención de salud entregada por el equipo interdisciplinario, liderado por el/la médico de familia, facilita un enfoque holístico de los cuidados del usuario, a partir de prestaciones de mayor duración y periodicidad, con aplicación de instrumentos de salud familiar, incorporando a la familia en el plan de tratamiento y teniendo en cuenta los cuidados espirituales básicos.
- Centrado en la persona: El plan integral de intervención es en base a la corresponsabilidad, consensuado entre el profesional, el usuario y su familia, con énfasis en la educación sobre sus patologías y automanejo, promoviendo su autonomía, basado en una relación de confianza y empatía activa. Esto permite, mejorar la adherencia a controles y tratamientos.

Innovación (Muestra ser inédita aun cuando pueda recoger orientaciones programáticas o ser motivada por otra experiencia)

Actualmente no existe un lineamiento ministerial ni comunal que norme la entrega de este tipo de prestación, sin embargo, nuestros usuarios que cumplen con las características descritas anteriormente, requieren de mayores recursos humanos para lograr su compensación y mejorar su calidad de vida, por lo que esta estrategia aprovecha las competencias diferenciadoras del médico de familia para enfrentar esta necesidad, considerando que se cuenta con ellos en nuestro centro de salud primaria. Por lo que además de mejorar la resolutiveidad, favorece la aplicación del modelo de salud familiar y comunitaria, motivando a los especialistas de APS con sus labores diarias en el centro de salud y acercando a los usuarios al modelo de atención.

3 - DESARROLLO DE LA BUENA PRÁCTICA

Objetivos planteados:

1. Aumentar la adherencia a los controles por parte de los usuarios ingresados.
2. Contribuir en la disminución de las cifras tensionales de los usuarios con sospecha de HTA refractaria, idealmente llegando a valores de meta terapéutica.
3. Contribuir en la disminución de la HbA1C en los usuarios diabéticos, idealmente llegando a valores de meta terapéutica.
4. Contribuir en la disminución del IMC de los usuarios con sobrepeso y/u obesidad.
5. Fomentar el abordaje integral del usuario con patologías crónicas CV, con un equipo multidisciplinario.
6. Promover la inclusión de la familia en los problemas de salud de los usuarios ingresados al policlínico de resolutivead.
7. Pesquisar familias que requieran derivación a consejerías familiares y/o estudios de familia.
8. Contribuir en la mejora de la resolutivead del Cesfam Nueva Aurora.

Descripción (metodología utilizada)

Existen tres formas de derivación a poli de resolutivead:

1. Usuarios hospitalización reciente por IAM y/o ACV, pesquizados por epicrisis enviadas desde el área de salud a CESFAM,.
2. Usuarios que en controles crónicos del PSCV con enfermera, nutricionista y/o médico, presente refractariedad al tratamiento antihipertensivo y/o HbA1C > 9 en tres controles continuos con intentos de compensación.
3. Usuarios con 5 o más patologías crónicas, pesquizados en el censo trimestral, al revisar cartolas por sector.

Se cita a cada usuario con un familiar, a hora de ingreso con el/la médico de familia a cargo del poli de resolutivead, quien atiende de manera transversal (usuarios de todos los sectores).

Los ingresos se realizan con rendimiento de 1 hora, donde se actualiza o realiza cartola familiar, se educa sobre sus patologías crónicas, tratamiento y prevención de complicaciones, se revisan exámenes, se realiza examen físico completo y un plan de tratamiento integral consensuado con el usuario y su familia, incluyendo promoción y prevención de salud para su acompañante.

Si el paciente no estaba en PSCV, se realizará ingreso. Si el paciente ya estaba en controles PSCV y está compensado (en caso de reciente hospitalización), tendrá controles habituales en su sector.

Si el paciente ya estaba en controles PSCV y está descompensado, se ajustará tratamiento y se realizarán derivaciones pertinente (ej: usuario con ACV a CCR, usuario con DM2 a fondo de ojo).

En caso de que se requiera control, se citará con una frecuencia según criterio médico y según disponibilidad de horas, en prestación "seguimiento" con rendimiento de 30 min, siempre acompañado de su familiar.

Los usuarios que requieren una educación más profunda en nutrición son derivados con nutricionista (atención sectorizada).

Los usuarios que utilizan insulina y que requieren ajuste de su dosis, son derivados con químico farmacéutico para educación sobre farmacoterapia, entrega de glucómetro, entrega de cuaderno de autoseguimiento (HGT) y seguimiento presencial entre los controles médicos.

Tiempo de desarrollo:

El diseño del proyecto se inició en Mayo 2018, con la realización del protocolo y flujograma, su revisión y posterior aprobación por el comité de gestión del CESFAM. Comenzando las atenciones a usuarios el día 03 Julio 2018, hasta el día de hoy; y con usuarios agendados hasta Septiembre 2019 hasta ahora.

Principales resultados (¿Cuáles son los principales logros alcanzados en relación a los objetivos planteados? ¿Qué evidencias avalan los resultados?)

Los principales logros alcanzados:

1. Aumentar la adherencia a los controles Indicador: $(N^{\circ} \text{ de NSP} / N^{\circ} \text{ total de atenciones}) \times 100$
2. Involucramiento de uno o más integrantes de la familia en los problemas de salud del usuario ingresado, lo que puede ser replicado en otras atenciones de salud. Indicador: $(N^{\circ} \text{ atenciones con 1 o más familiares} / N^{\circ} \text{ atenciones total}) \times 100$
3. Mejorar la compensación de las cifras tensionales de los usuarios ingresados. Indicador: PA: $(N^{\circ} \text{ de usuarios con PA descompensada al ingreso} / N^{\circ} \text{ total de usuarios ingresados}) \times 100$ vs $(N^{\circ} \text{ de usuarios con PA descompensada en ultimo control} / N^{\circ} \text{ total de usuarios ingresados}) \times 100$
4. Mejorar los valores de HbA1C de los usuarios ingresados. Indicador: $(N^{\circ} \text{ de usuarios con HbA1C descompensada al ingreso} / N^{\circ} \text{ total de usuarios ingresados}) \times 100$ vs $(N^{\circ} \text{ de usuarios con HbA1C descompensada en ultimo control} / N^{\circ} \text{ total de usuarios ingresados}) \times 100$
5. Mejorar el valor del IMC de los usuarios ingresados. Indicador: $(N^{\circ} \text{ de usuarios con IMC en rango de SP u Ob al ingreso} / N^{\circ} \text{ total de usuarios ingresados}) \times 100$ vs $(N^{\circ} \text{ de usuarios con IMC en rango de SP u Ob en ultimo control} / N^{\circ} \text{ total de usuarios ingresados}) \times 100$
6. Promover el trabajo en equipo para abordar usuarios con patologías crónicas Indicadores: $(N^{\circ} \text{ usuarios evaluados por QF} / N^{\circ} \text{ usuarios ingresados}) \times 100$, $(N^{\circ} \text{ usuarios evaluados por Nutri} / N^{\circ} \text{ usuarios ingresados}) \times 100$
7. Disminuir la cantidad de IC al HGF Indicador: $(N^{\circ} \text{ usuarios ingresados al poli que fueron derivados al nivel secundario} / N^{\circ} \text{ de usuarios ingresados al poli}) \times 100$ vs %resolutividad CESFAM
8. Aumentar la pesquisa y derivación de familias que requieran consejerías familiares y/o estudios de familia. Indicador: $(N^{\circ} \text{ de derivaciones a consejería} / N^{\circ} \text{ total de familias ingresadas}) \times 100$

Condicionantes presentes para el logro de los resultados:

-Actores y sus roles (¿Quiénes son y cuál es el rol de los distintos actores involucrados?)

- Dirección: recepciona epicrisis enviadas desde el área y envía a encargada de SOME.
- Encargada SOME: filtra las epicrisis por CESFAM y por sector y envía a TENS de sector.
- TENS de cada sector: filtra las epicrisis por servicio de hospitalización (ej: dejando fuera pediatría, cirugía, etc) y luego revisa AVIS para filtrar por diagnóstico de hospitalización (IAM y ACV). Realiza listado con los usuarios encontrados y entrega a médico de familia a cargo del poli. También toman los signos vitales a los usuarios cuando llegan a ingreso o control.
- TANs de SOME por sector: recepciona derivaciones al poli provenientes de los distintos profesionales de la salud y entrega a médico de familia a cargo del poli.
- Profesionales de la salud: pesquiza usuarios que requieran ingreso al poli y derivan.
- Químico Farmacéutico: educación sobre farmacoterapia, entrega de glucómetro, entrega de cuaderno de autoseguimiento (HGT) y seguimiento presencial.
- Médico de familia a cargo del poli: cita a los usuarios y realiza acciones antes descritas.

-Recursos movilizados (¿Cuáles y cuantos son los recursos movilizados en la implementación de la práctica? ¿Cuál es la fuente de los recursos?)

- Recurso material: box de atención con implementación habitual (camilla, escritorio, computador con punto de red y acceso a AVIS, hojas de derivación, 3 sillas), pesa, esfigomanómetro, glucómetro, cuaderno de auto seguimiento, fármacos habituales de tratamiento, cintas y lancetas.
- Recurso humano: horas de directora, encargada SOME, TANs, TENS, QF, médico de familia.

Aspectos a fortalecer (¿Qué logros alcanzados son relevantes de potenciar en el futuro?)

- Enfatizar la importancia de la participación de uno o más integrantes de la familia en los problemas de salud del usuario ingresado, lo que puede ser replicado en otras atenciones de salud.
- Promover la evaluación integral y planes de manejo consensuados entre el usuario y el equipo de salud, con el fin de mantener la mayor resolutivez posible de sus problemas de salud en la atención primaria de salud.
- Fomentar el trabajo en equipo con el Químico farmacéutico y la Nutricionista.

Aspectos a mejorar (¿Qué debilidades o dificultades serian importantes de mejorar?)

- Mejorar el registro en MEAP de los usuarios derivados para la atención en poli de resolutivez, para que sean fácilmente identificables.
- Desburocratizar el filtro de las epicrisis, para una derivación más expedita y en un tiempo más óptimo.
- Fomentar espacios de educación continua para la mayor y mejor derivación dentro de los criterios mencionados de los otros profesionales del CESFAM.
- Generar estrategias para disminución de inasistencia de usuarios
- Medir el posible impacto en la disminución de la re-hospitalización de usuarios recién egresados del Hospital por diagnóstico de IAM y/o ACV del trabajo propuesto.
- Medir si el trabajo realizado ha contribuido en la mantención de la compensación de las patologías crónicas, en los usuarios que tienen 5 o más de ellas.
- Proponer un plan de trabajo con enfoque en activación de las redes de apoyo local para los usuarios que ingresan al poli.

Recomendaciones para replicar (Identifique al menos tres aspectos claves que son necesarios de considerar para la réplica de esta práctica en otro lugar)

1. Contar con al menos un(a) Médico de Familia.
2. CESFAM en sintonía con el enfoque de salud familiar y comunitaria.
3. Flujogramas claros y manejados por el personal de salud, para una derivación adecuada.
4. Resguardo de los horarios y espacios programados de la prestación: en la duración, en los usuarios citados, citación con familiar, etc.
5. Resguardo de horas de programa para la contratransferencia interna de los usuarios a otros profesionales, para asegurar la continuidad de la atención.

Sostenibilidad (Demuestra continuidad: se ha mantenido por más de 1 año)

El diseño del proyecto se inició en Mayo 2018, comenzando las atenciones el día 03 Julio 2018, hasta el día de hoy; y con usuarios agendados hasta septiembre 2019.

Existe planilla de registro de los usuarios agendados y atendidos dentro del poli de resolutivead, además de las MEAP de cada usuario atendido.