

Éxito en incorporación de tecnologías web para fomentar modelo de salud familiar en atención primaria

DE LA FUENTE POZO, PABLO⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

Producto del reciente proceso de planificación estratégica del Cesfam Angachilla, se identificó como uno de sus objetivos estratégicos fortalecer el enfoque territorial para fomentar el desarrollo y fortalecimiento del modelo de salud familiar, por lo que el conocimiento y gestión clínica sobre el territorio de influencia apareció como preponderante. Por otro lado, el Cesfam ya contaba con herramientas de tecnología de información y comunicación (TIC) instauradas como estrategias innovadoras para la mejora de la gestión, contándose con acceso web, intranet y sistema de Registro Clínico Electrónico (RCE) Rayen. Por otro lado, existen en la web sistemas de georreferencia de acceso libre con información de nuestro territorio de influencia. A continuación, se reporta el caso de una experiencia de éxito.

OBJETIVOS

Explotar e integrar las herramientas tecnológicas ya disponibles en la organización para mejorar y concretar el trabajo con enfoque territorial del modelo de salud familiar, por parte del equipo de salud del Cesfam Angachilla.

METODOLOGÍA

Se delimitaron los polígonos territoriales de cada sector del Cesfam en la plataforma web Google Maps, etiquetando además los distintos puntos de la red asistencial y de la red

intersectorial. Dadas sus características web, a éste se podía acceder desde la intranet institucional en cualquier box de atención o punto de red del establecimiento o a través de conexiones móviles o inalámbricas. Se capacitó al equipo clínico asistencial, en la explotación de la herramienta y a cómo importar los datos necesarios directamente desde la ficha clínica electrónica de cada paciente, utilizando simples pasos de edición tipo cortar/pegar, que permite el sistema Rayen. Además, se capacitó al personal administrativo a cargo del módulo de admisión del sistema de RCE, para utilizar la herramienta al momento de realizar la inscripción de usuarios nuevos y así definir la pertenencia territorial y asignación de equipo de cabecera y sector del Cesfam que le correspondía al grupo familiar. Previo a esta intervención se midieron indicadores de atingencia en la asignación territorial, atingencia en la asignación de sector y equipo de cabecera, % de visitas domiciliarias realizadas previa consulta a mapa territorial.

RESULTADOS

Luego de 3 meses de puesta en marcha la estrategia, se evidenció un aumento en la atingencia territorial de la inscripción de un 70 % a un 98%, además hubo un aumento de la correcta asignación del sector de un 65% a un 99%, ambos indicadores evaluados en población inscrita durante el trimestre anterior y posterior de instaurada la iniciativa. Las consultas a mapa territorial previo a las visitas aumentaron de un 5% a un 85%.

⁽¹⁾ Cesfam Angachilla. doc.delafuente@gmail.com

CONCLUSIONES

La estrategia generó un incremento en los indicadores evaluados. Mayor investigación se puede llevar a cabo para estudiar cada una de las variables que pudieron influir en este proceso; sin embargo, podemos inferir que existen herramientas tecnológicas de fácil acceso

en el actual contexto de la atención primaria de salud, que pueden ser usadas para influir positivamente en la gestión del modelo de salud familiar y su estrategia de acción territorial.

Palabras clave: Sistema de información geográfica-SIG, enfoque territorial, modelo de salud familiar.

Experiencia años 2007-2009 con la priorización de urgencias médicas y odontológicas (triage)

FIGUEROA LEIVA, VÍCTOR DOMINGO⁽¹⁾; REYDET VÁSQUEZ, CARLOS⁽²⁾; PAZ MUÑOZ, MARCO⁽²⁾; CORREA DÍAZ, LUIS⁽³⁾; AMIGO DÍAZ, CECÍLIA⁽¹⁾ y DEFAUR GUTIÉRREZ, FABIOLA ANDREA⁽²⁾

INTRODUCCIÓN

La práctica de la categorización de pacientes según su riesgo de gravedad en los servicios de urgencia es una práctica que se inició en los años 60. Actualmente existen 5 modelos de triage estructurado a nivel mundial.

A nivel nacional, la utilización de escalas de valoración para clasificar y priorizar a los pacientes que consultan en los servicios de urgencia existe desde el año 2004 como una estrategia definidas, para avanzar en el mejoramiento de la calidad de la atención en los hospitales de mayor complejidad.

OBJETIVOS

El objetivo de esta escala es organizar la demanda asistencial y priorizar la atención de los pacientes adultos (>15 años) según gravedad de la patología médica y odontológica mediante una valoración rápida, exhaustiva y

rigurosa. Además, provee de un modelo de clasificación estandarizado que disminuye la variabilidad entre pacientes y establecimientos. Esta experiencia sienta las bases para la instalación y perfeccionamiento de futuros protocolos de urgencias en diferentes establecimientos a nivel nacional.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo de la priorización realizada en la Unidad de Triage del Servicio de Urgencia (2007-2009) de la patología médica y odontológica de consulta espontánea en mayores de 15 años, excluyendo pacientes embarazadas. Se utilizó una escala que fue confeccionada por un equipo técnico Minsal-expertos de la red de salud, incorporada en los DAU de atención de urgencias desde el año 2006 en nuestro centro asistencial. Se especifican en una tabla los ejemplos de las diferentes patologías que se priorizan en las distintas categorías.

⁽¹⁾ Hospital Víctor Ríos Ruiz. vfigueroaleiva@gmail.com

⁽²⁾ Universidad San Sebastián.

RESULTADOS

El total de pacientes atendidos fue de 340.794. De ese total, 250.161 fueron priorizados por la Unidad de Triage (73,4%). Al 27,6% restante (n=90.633) no se les realizó priorización por estar fuera de su horario de funcionamiento. La distribución porcentual de los pacientes priorizados por año fue la siguiente: año 2007 (35,1%), año 2008 (19,5%) y año 2009 (23,2%). Se expone la distribución porcentual de los pacientes priorizados en las 4 categorías: C1 (0,1%), C2 (3,6%), C3 (36,9%) y C4 (59,4%). Se utilizan gráficos para mostrar el número total de pacientes priorizados en estos 3 años y su distribución porcentual.

CONCLUSIONES

El objetivo de la Unidad de Triage es mejorar la calidad y la oportuna atención de los pacientes más graves que asisten por consulta espontánea a la urgencia. El 26,6% de los pacientes que son atendidos son priorizados, y de este grupo más del 60% fue considerada consultas no pertinentes. El número total de horas debiese abarcar, al menos, el 60% del total de horas de funcionamiento del servicio de urgencia. Por último, debiese establecerse una alianza estratégica en la atención de pacientes de baja complejidad con los Sapu locales y así posicionar al triage como una unidad estratégica dentro de la red.

Palabras clave: Priorización urgencias, triage, escala valoración urgencias.

Hospitalización domiciliaria: experiencia en hospital de Talagante

VERA VERA, ENRIQUE⁽¹⁾; ALMAZAN ARCIL, CARLOS⁽¹⁾; BARBE PIMENTEL, LETICIA⁽¹⁾; LEIVA TRUJILLO, VERÓNICA⁽¹⁾; REYES MOLINA, PATRICIA⁽¹⁾ Y NÚÑEZ ROJAS, RICARDO⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

El Hospital de Talagante pertenece al Servicio de Salud Metropolitano Occidente. La población atendida corresponde a 136.000 personas, distribuidas en las comunas de Talagante, El Monte e Isla de Maipo, cada una con sus respectivos consultorios.

En el año 2004, el hospital de Talagante, como muchos otros, se encontraba sometido a una gran demanda de camas especialmente en el Servicio de Medicina que ocupaba espacios de otros servicios, particularmente camas qui-

rúrgicas para resolver esta alta demanda.

Se implementa, para tratar de mejorar esta situación, un programa de hospitalización domiciliaria, la cual se define como el otorgamiento organizado de un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en la calidad como en la cantidad, a los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisan la infraestructura hospitalaria, pero si necesitan vigilancia activa y asistencia compleja.

A la fecha está en su sexto año de desarrollo, experiencia que se expone en este trabajo.

⁽¹⁾ Hospital Talagante. enrique.vera@redsalud.gov.cl

OBJETIVOS

Presentar la experiencia del hospital de Talagante en la implementación de una unidad de hospitalización domiciliaria y los resultados obtenidos en seis años de actividades de ésta.

METODOLOGÍA

Se crea la unidad de hospitalización domiciliaria constituida por médico general con 22 hrs. y enfermera con 11 hrs. dedicadas a la actividad y se contrata un vehículo para transporte (taxi) de estos profesionales al domicilio de los pacientes, definiéndose cuáles de éstos podían ser sujetos de una atención de estas características y en modalidad de atención de visita una vez al día.

Hoy se cuenta con una unidad con 22 hrs. médicas, 22 hrs. de enfermería, cuarto turno de técnicos paramédicos y la compra externa de servicio de transporte pudiendo atender pacientes desde las 7 A.M. a 2 A.M. de lunes a domingo.

RESULTADOS

Entre los años 2004 al 2009, se ha atendido una importante cantidad de pacientes, siendo

el 2009 un total de 511, lo que representa una cifra equivalente al 25 % de los egresos del Servicio Médico- Quirúrgico Adulto del Hospital.

Esta actividad se realiza con un costo significativamente menor a la misma prestación en la modalidad atención cerrada: costo/día/paciente: \$ 20.280.- VS \$ 80416.-

A la fecha se ha privilegiado en la atención la patología infecciosa. Gran reconocimiento por la comunidad.

CONCLUSIONES

- Actividad posible de implementar y sustentable.
- Costo día paciente menor que igual actividad en atención cerrada.
- Posibilidad de incorporar otras patologías.
- Beneficiosa para el paciente y grupo familiar.
- Estimulante para el equipo de salud involucrado.

Palabras clave: Hospitalización domiciliaria, Talagante.

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a revistasp@med.uchile.cl