

REVISTA DE LA SOCIEDAD MÉDICA SEXTA REGIÓN

Vol. III, N°3, 2008

ISSN 0717 - 1889



Pichilemu, VI Región

EDITORIAL

- La nueva generación de médicos chilenos

HISTORIA DE LA MEDICINA

- La real expedición española para introducir la vacuna antivariólica en América

ARTÍCULO DE REVISIÓN

- Fisiopatología del daño hepático por esteatosis no alcohólica
- La oxigenoterapia crónica y calidad de vida en enfermedad pulmonar obstructiva crónica con insuficiencia respiratoria crónica
- Importancia de los factores sico-sociales, en relación a las enfermedades cardiovasculares

CASO CLÍNICO

- Acalasia esofágica en edad pediátrica. Presentación de un caso clínico
- Endocarditis recurrente en paciente portador de CIV: revisión de la bibliografía a propósito de un caso clínico
- Infección persistente de marcapaso implantable por Pseudomona Aeruginosa. Presentación de un caso clínico más revisión de tema
- Pioderma gangrenoso: revisión a propósito de un caso clínico

EXPERIENCIA CLÍNICA

- Evaluación de la calidad de atención en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Rancagua

TRABAJOS PREMIADOS DE IV JORNADAS CIENTÍFICAS EDF 2008

- Análisis descriptivo en cuidadores de personas postradas del consultorio Pedro Pulgar, comuna de Alto Hospicio
- Brote de enterovirus en una comuna de la VI Región
- Caracterización de lista de espera hospital tipo 4
- ¿Estamos indicando en forma correcta el uso de estatinas en atención primaria?
- Experiencia de ronda a Puerto Edén

RESÚMENES DE IV JORNADAS CIENTÍFICAS EDF 2008 "Presentación de Trabajos"

**DIRECTORIO
SOCIEDAD MEDICA
SEXTA REGION
2006-2008**

Presidente : DRA. LUCIA ALAMOS LARA
Vicepresidente : DR. RAÚL ALISTE PONCE
Secretaria : DRA. LUISA PRUSSING SANTIBÁÑEZ
Tesorero : DR. HÉCTOR LABBE SAFFA
Director : DR. JUAN LARRAÑAGA DOMEZ

**COMITÉ EDITORIAL
REVISTA SOCIEDAD MEDICA
SEXTA REGION**

Editora General

DRA. HEIDY LEIVA HENRÍQUEZ

Comité Editorial

DRA. LUCIA ALAMOS LARA
DR. HECTOR LABBE SAFFA
DR. RAÚL ALISTE PONCE

Secretaria

NORA VARGAS PALMA

Publicación Científica de la Sociedad Médica Sexta Región.

Las posibilidades de publicación se extiende a todos los profesionales de la Salud los que deberán atenerse a las normas de publicación que se detallan en cada número de la revista.

Los derechos de publicación son de propiedad de la Sociedad Médica Sexta Región.

Toda copia total o parcial de su contenido deberá consignar su procedencia, identificación del número de publicación y autor principal.

El contenido de los artículos publicados es de responsabilidad de los autores.

Diagramación e impresión:

Editorial Atenas Ltda.

EDITORIAL

- LA NUEVA GENERACIÓN DE MÉDICOS CHILENOS..... 813
Heidy Leiva H.

HISTORIA DE LA MEDICINA

- LA REAL EXPEDICIÓN ESPAÑOLA PARA INTRODUCIR LA VACUNA ANTIVARIÓLICA EN AMÉRICA..... 815
Heidy Leiva H.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

- FISIOPATOLOGÍA DEL DAÑO HEPÁTICO POR ESTEATOSIS NO ALCOHÓLICA..... 819
Iván Vidal C., María Landaeta M.
- LA OXIGENOTERAPIA CRÓNICA Y CALIDAD DE VIDA EN ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA..... 827
Carlos Peña, Raúl Smith, Soledad Ugarte
- IMPORTANCIA DE LOS FACTORES SICO-SOCIALES, EN RELACION A LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES..... 833
Fabián González V., Felipe González V.

CASO CLÍNICO

- ACALASIA ESOFÁGICA EN EDAD PEDIATRICA. PRESENTACION DE UN CASO CLÍNICO 838
Lucía Alamos L., Luisa Prussing S., Héctor Trautmann H., Cristian Dominguez Z., Matías Monje H.
- ENDOCARDITIS RECURRENTE EN PACIENTE PORTADOR DE CIV: REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO..... 842
Guillermina Ibazeta M., Pablo Riquelme, Julio Quilodrán, Constanza Rivera, Sebastián Saavedra
- INFECCIÓN PERSISTENTE DE MARCAPASOS IMPLANTABLE POR PSEUDOMONA AERUGINOSA PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO MÁS REVISIÓN DEL TEMA..... 847
Guillermina Ibazeta M., Julio Quilodrán, Pablo Riquelme, Constanza Rivera
- PIODERMA GANGRENOSO: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO..... 855
Roberto Parra F., Patricio Larraechea H., Arturo Escalona L., Marcelo Romero F., Maximiano Figueroa S.

EXPERIENCIA CLÍNICA

- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA..... 859
Heidy Leiva, Andrea Fuenzalida, Georgette Palominos, María José Rojas, Julio Rojas

TRABAJOS PREMIADOS DE IV JORNADAS CIENTÍFICAS EDF 2008

- ANÁLISIS DESCRIPTIVO EN CUIDADORES DE PERSONAS POSTRADAS DEL CONSULTORIO PEDRO PULGAR, COMUNA DE ALTO HOSPICIO..... 864
M. Jeannette Pizarro, Francisco Espinosa A., Leoncio Muñoz U., Elsa Peralta O., Mylenka Laferte

BROTE DE ENTEROVIRUS EN UNA COMUNA DE LA VI REGIÓN.....	870
<i>Rodrigo Terrada, Miguel Marín</i>	
CARACTERIZACIÓN DE LISTA DE ESPERA HOSPITAL TIPO 4.....	873
<i>Adolfo Aliaga, Oscar González, Haroldo Sánchez, Alex Muñoz, Carlos Riaño</i>	
¿ESTAMOS INDICANDO EN FORMA CORRECTA EL USO DE ESTATINAS EN ATENCIÓN PRIMARIA?	877
<i>Carola Mandioca G., Marla Silva C., Isabel Perez D., Macarena Monsalve R.</i>	
EXPERIENCIA DE RONDA A PUERTO EDÉN.....	883
<i>Daniela Cardemil, Paulina Folch, Ivan Blanco, Viviana Cardemil</i>	
RESUMENES DE IV JORNADAS CIENTÍFICAS EDF 2008	
“PRESENTACIÓN DE TRABAJOS”.....	886

La nueva generación de médicos chilenos

La experiencia de asistir a las IV Jornadas Científicas EDF 2008, realizadas en Pichilemu los días 4 y 5 de julio de este año, destinadas a médicos y profesionales de la salud, organizada por el Hospital de Pichilemu y la Sociedad Médica de la Sexta Región revitalizó mis expectativas en la nueva generación de médicos chilenos.

Conocí a doctores y doctoras jóvenes, de todo Chile y en la conversación con ellos pude apreciar, cabalmente, lo que significa trabajar en lugares aislados en que la labor del médico recuerda lo que aprendí de mis profesores en los lejanos años de universidad. El aislamiento puede ser geográfico pero, también social o de pobreza de los habitantes y de las condiciones en que viven nuestros colegas. Conocimos a médicos de Putre, médico único que tuvo la suerte de encontrar en la única dentista su alma gemela, de Alto Hospicio con toda una historia de pobreza y marginalidad, de San Pedro de Atacama en que las viviendas para profesionales son de extrema precariedad, de la Región de Araucanía en que el desafío es lograr establecer una relación médico-paciente con una comunidad étnica diferente, de Puerto Natales con su realidad de rondas a Puerto Edén que significan 24 horas de viaje en barco para atender a una población de Kaweskar que viven en la desesperanza afectados por alcoholismo y tuberculosis.

Y, entre toda esta carga de trabajo y a veces de soledad, estos colegas realizan el esfuerzo de investigar, de presentar 65 trabajos de investigación que tuvimos el privilegio de conocer.

Con gusto, la Sociedad Médica de la Sexta Región premió a los mejores con la publicación in extenso de sus trabajos y que ustedes tendrán la posibilidad de leer en este número de la revista.

Sólo queda decir, ¡Felicitaciones! a quienes organizaron y participaron en estas jornadas y agradecer la oportunidad de conocer a la generación nueva de médicos chilenos.

Dra. Heidy Leiva Henríquez
EDITORA GENERAL

La real expedición española para introducir la vacuna antivariólica en América

Heidy Leiva Henríquez

Médico Pediatra, Jefe Servicio Pediatría Hospital Regional Rancagua

Basado en la Monografía “En el nombre de los niños: la Real Expedición filantrópica de la vacuna (1803-1806)” de los autores Emilio Balaguer Perigüell y Rosa Ballester Añón de la Asociación Española de Pediatría

RESUMEN

Se relata la travesía de la expedición ordenada y financiada por el Rey de España Carlos IV a las Américas con el propósito de introducir la vacuna antivariólica y vacunar a las poblaciones de indios nativos que desde la introducción de esta enfermedad infecciosa, posterior a la llegada de los colonizadores españoles, asolaba las tierras americanas provocando la muerte de gran parte de la población nativa. Utilizando el conocimiento científico desarrollado por Jenner con la creación de la vacuna, la corona española organiza una expedición a cargo del médico Dr. Francisco Xavier de Balmis y a bordo de la Corbeta María Pita zarpó del puerto de La Coruña el 30 de noviembre de 1803, arribando a la Isla de Puerto Rico el 12 de marzo de 1804. Desde allí se extenderá esta peculiar expedición, salvando las vidas de muchos de nuestros antepasados.

ABSTRACT

This is the story of the Spanish expedition to the Americas, ordered and financed by the King Charles IV with the aim of introducing variolae vaccine and immunizing native population whom were suffering of smallpox with a high lethality after the introduction of smallpox from an African slave of Spanish troops. The Spanish crown organized an expedition led by Dr. Francisco Xavier de Balmis and boarding the ship María Pita left La Coruña on 30 November 1803, arriving to Puerto Rico on 12 March 1804. Since there, this peculiar expedition spread its action saving the lives of many of our ancestors.

INTRODUCCIÓN

La Viruela era una de las enfermedades infecciosas que asolaba al mundo en la época de la colonización de las Américas, causando una gran letalidad especialmente entre aquellos nativos que fueron afectados después de que un esclavo al servicio de las tropas de Pánfilo de Narváez en el año 1520, introdujeron la enfermedad en América.

La expedición organizada por España, por su Rey Carlos IV, representa una campaña preventiva eficaz para controlar esta peste que se extendió rápidamente por toda América luego de la introducción desde Europa.

Seguramente, es la campaña preventiva de inmunización más temprana en la historia de la Salud Pública.

La Viruela

Esta enfermedad infecciosa producida por el poxvirus, variola virus, presentaba un cuadro caracterizado por malestar general con fiebre, vómitos o dolor lumbar severos y especialmente por la aparición de un exantema y posteriormente la presencia de unas lesiones pustulosas purulentas, que cubren todo el cuerpo, que se ulceran e infectan con facilidad. Las pústulas pueden confluir y formar extensas zonas de piel con costras que luego de caer dejan secuelas imborrables, por lo que los enfermos sobrevivientes son llamados “picados de viruela”. La letalidad, antes de la vacuna, era de 30 a 60%. Baste mencionar que de los 18 millones de habitantes con que contaba México a la llegada de los conquistadores, en 1600 se convirtieron en poco más de un millón.

Incluso, la viruela tuvo importante repercusión política ya que afectaba por igual a ricos y pobres, a nobles y plebeyos. Es así como, la muerte por viruela del Duque de Gloucester, heredero del trono, eliminó la dinastía de los Estuardo y dio paso a los Hannover.

Variolización

La variolización fue el primer intento conocido para prevenir la enfermedad. En la medicina tradicional china, se conocía este método que consistía en insuflar en las fosas nasales de una persona sana, costras pulverizadas de una persona enferma en la última etapa de la viruela. También, se conocía de la inoculación realizada en Turquía e India desde donde fue conocida por médicos ingleses y de esta forma se sabe de la aplicación de esta técnica en el hijo de Lady Wortley Montagu que habiendo sufrido ella la enfermedad, y luego de conocer el procedimiento aplicado en Estambul donde estaba destinado su marido en misión diplomática, hizo inocular a su hijo y dio a conocer las ventajas de la inoculación en Europa.

Figura N° 1
EDWARD JENNER
(1749 – 1823)



Era un cirujano nacido en Berkeley que estudió con el afamado médico inglés John Hunter y que poseía un agudo espíritu observador. Al realizar prácticas de inoculación, se percató que aquellas personas que habían sufrido cowpox (viruela de las vacas) no desarrollaban viruela. Procedió con un experimento que consistió en inocular linfa procedente del brazo de una lechera afectada de cowpox a un niño llamado James Phipps, el día 14 de mayo de 1796. Luego, el 1 de junio inoculó a James Phipps pus de viruela humana y pudo comprobar que el niño no desarrolló la enfermedad. Había creado la primera vacuna. Luego de una época de detractores y partidarios, se impuso la evidencia y la vacuna de Jenner se extendió por Europa. Jenner murió en Londres, de donde había sido nombrado ciudadano de honor, y luego de haber regalado un cottage a James Phipps. Los londinenses erigieron una estatua en su honor en Trafalgar Square.

La Expedición a las América

La viruela asolaba en América y las noticias que llegaban a España daban cuenta de la terrible mortandad, que hacía que los indios que sobrevivían huyesen alejándose de los enfermos. Se había intentado practicar la inoculación y así es conocido el hecho que ésta se practicó por primera vez en 1777 en Buenos Aires, luego en Lima y Santa Fe

de Bogotá. Sin embargo, no se trataba de prácticas regladas y extendidas. Posterior a la aparición de la vacuna de Jenner, ésta es transportada a América en iniciativas aisladas, sin mayor valor epidemiológico. Por ejemplo, en Chile la vacuna fue encomendada al religioso de la Orden de San Juan de Dios Fray Manuel Chaparro, médico del fuerte de Valdivia que vacunara y logró inmunizar a 286 personas en el pórtico del Cabildo Metropolitano. También, se realizaron vacunaciones en Lima y Buenos Aires. Pero, no existía una organización metódica y rigurosa que permitiera alcanzar un buen resultado epidemiológico.

El 13 de marzo de 1803, el consejo de Indias solicita un informe en la materia al médico de Cámara José Felipe Flores, quien elabora una propuesta de realizar una expedición con tres actividades centrales: primero difundir la vacuna, segundo instruir a los médicos y personas interesadas en las poblaciones visitadas en la práctica de vacunación; y por último crear “Juntas de Vacunación” en las capitales y principales ciudades de los Virreinos, para que se encargaran de asegurar la conservación del fluido vacuno activo con el paso del tiempo.

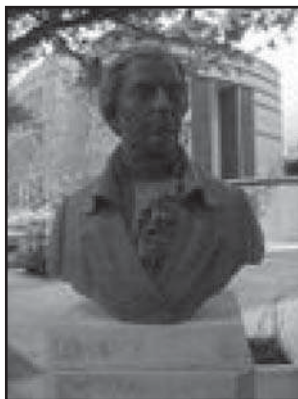
Se organiza la expedición y el financiamiento queda a cargo de la Real Hacienda, se contrata una corbeta, la María Pita en el puerto de La Coruña y se hace pública en el Colegio de San Carlos de Madrid la Real Orden de 6 de junio en la que se manifiesta el real deseo de propagar la vacuna en sus dominios de Indias. Carlos IV decide que “se envíe una expedición marítima, compuesta de facultativos hábiles y adictos a la empresa, dirigida por el Médico honorario de Cámara D. Francisco Xavier de Balmis”.

En la Real Orden, circular de 1 de septiembre de 1803, por la que se comunica la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna a todos los territorios hispanos de Ultramar, es muy destacable la recomendación de la Corona a cada uno de sus territorios sobre la

actitud que deben mantener ante la vacunación. Por ejemplo, al Presidente de Chile se le advierte “que favorezca la vacuna por los territorios más inhóspitos, al meridión”.

LOS PROTAGONISTAS

Figura N° 2
Francisco Xavier Balmis



La expedición estuvo dirigida por D. Francisco Xavier Balmis y Berenguer, médico hijo y nieto de cirujanos, nació en Alicante y con amplia experiencia en que destaca su pertenecía al Hospital Militar San Juan de Dios en México y supervisor de enfermedades venéreas en el Hospital de San Andrés. El subdirector era José Salvany y Lleopart y los ayudantes Antonio Gutiérrez Robredo y Manuel Julián Grajales. Este último era natural de Sonseca (Toledo) que se había licenciado como Médico-Cirujano en el Colegio San Carlos de Madrid y que continuó sus estudios en América, logrando el grado de doctor en Medicina en la Universidad literaria de Santiago de Chile. Componían la expedición, además de los nombrados, 2 practicantes, 3 enfermeros y, parte fundamental, la Rectora de la Casa de Expósitos de La Coruña, Isabel Sendales y Gómez y 26 niños de la Casa de Expósitos de Santiago. Estos niños eran “vacuníferos”, encargados de la conservación del fluido a vacunar. Sobre la actuación de la rectora, Balmis cita “La miserable Rectora que con excesivo trabajo y rigor de los diferentes

climas que hemos recorrido, perdió enteramente su salud, infatigable noche y día ha derramado todas las ternuras de la más sensible Madre sobre los 26 angelitos que tiene a su cuidado, del mismo modo que lo hizo desde La Coruña y en todos los viajes los ha asistido enteramente en sus continuadas enfermedades”.

El itinerario

La expedición sale de La Coruña y su primera detención es en Islas Canarias, el 6 de enero de 1804. Son muy bien recibidos y se hace el procedimiento que luego se repetirá. Se habilitan sitios especiales de vacunación, se recogen donativos para continuar la campaña, se inoculan niños para mantener la continuidad del proceso, se adiestra a personal sanitario y se instruye sobre los rudimentos teóricos y prácticos de la vacunación. Las siguientes escalas son Puerto Rico, la Capitanía de Venezuela, donde Andrés Bello escribe la Oda a la Vacuna y donde se constituyó la Junta Central de Vacuna que fue un modelo a replicar como organización sanitaria. Luego la expedición se divide y una parte sigue al mando de José Salvany y Lleopart a todo el Reino de Santa Fe, Perú y Buenos Aires y el segundo grupo, siempre al mando de Balmis se dirige a Centroamérica.

La expedición en Chile

A nuestro país llega la expedición dirigida por Manuel Julián Grajales, por la muerte de Salvany, y secundada por el enfermero Basilio Bolaños. La travesía marítima era riesgosa y podría suceder que se quedaran sin niños con las pústulas para transmitir de brazo a brazo. Afortunadamente, logran llegar a Valparaíso, donde se instauró la Junta de Vacuna y más tarde en Santiago donde permanecieron 8 meses para pasar luego a la provincia de Concepción. Llegaron hasta el sur, a Chiloé, desde donde debieron huir rápidamente a causa de la insurrección con-

tra la metrópoli que se daba en esos momentos. En enero de 1812 pusieron rumbo al puerto de El Callao y Lima.

Fin de la Expedición

Balmis, por su parte, recorre México, La Habana, Filipinas e incluso China y con su salud quebrantada, finalmente, regresa a España donde es recibido por el Rey Carlos IV el 7 de septiembre de 1806 quien le felicitó por el éxito de la empresa. Fue su gran día de gloria. El 12 de febrero de 1819 fallece en Madrid a los 66 años.

CONCLUSIÓN

Esta Expedición Filantrópica, no sólo introduce la vacunación en las Américas, sino constituye un ejemplo de organización sanitaria, con sus Juntas de Vacuna y de estrategia epidemiológica, conservando la vacuna y estableciendo una verdadera capacitación que permitió alcanzar eficacia en la acción preventiva.

Fisiopatología del daño hepático por esteatosis no alcohólica

Vidal C. Iván¹; Landaeta M. María²

¹Médico Cirujano en etapa de destinación y formación, Hospital de Curacaví.

²Médico Becada en Inmunología, Hospital Clínico Universidad de Chile.

RESUMEN

La hepatopatía grasa no alcohólica es una entidad patológica que afecta a una cifra incierta de chilenos, pero se ha descrito en el 30% de la población adulta en EE.UU. según algunos reportes. Pese a que fue recientemente caracterizada, muchos autores atribuyen a esta entidad hasta el 50% de las cirrosis hepáticas catalogadas como idiopáticas. El conocimiento de su fisiopatología aún es incompleto, sin embargo la teoría multimpacto es la más aceptada en la actualidad, ésta establece el daño en cuatro fases las cuales serían comandadas primero por el desarrollo de resistencia a la insulina a nivel de adipocitos y luego por el aumento de especies reactivas al oxígeno que generan un importante estrés oxidativo y finalmente por la transformación fenotípica de las células estrelladas. Los estudios actuales respecto al tema son numerosos y en ocasiones contradictorios, pero todos en función de dilucidar mejor las causas, mecanismos y tratamientos de la llamada afección hepática del síndrome metabólico.

SUMMARY

Nonalcoholic fatty liver disease is a pathological entity that affects an uncertain number of Chileans but has been described in 30% of the adult population of the USA according to some reports, in spite of that it was recently characterized, many authors attribute to this entity up to 50% of the hepatic cirrhosis catalogued like idiopathic. Knowledge of his pathophysiology even it is incomplete, Nevertheless the multimpact theory is most accepted at present, this one establishes the damage in four phases which would be commanded first by the development of insulin resistance at level of adipocytes and then for the increase of species reactivates to oxygen that they generate an important oxidative stress and finally for phenotypic transformation of the stellate cells. The current studies with regard to the topic are numerous and sometimes contradictory, but all according to elucidating better the causes, mechanisms and treatments of the so called hepatic affection of the metabolic syndrome.

Key words: nonalcoholic fatty liver disease, nonalcoholic steatohepatitis, insulin resistance, oxidative stress, stellate cell, hepatic cirrhosis, metabolic syndrome.

INTRODUCCIÓN

La esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) fue descrita por primera vez como entidad clínica recién en el año 1980, cuando el doctor Ludwig y sus colaboradores acuñaron éste término para informar de una serie de pacientes diabéticos que no ingerían alcohol en exceso y que presentaban una enfermedad hepática caracterizada por el acumulo de vesículas grasas en los hepatocitos asociado a la presencia de infiltración inflamatoria de predominio polimorfonuclear⁽¹⁾. Actualmente, esta enfermedad está plenamente reconocida e incluso se

le ha denominado como la afección hepática del síndrome metabólico^(2,3), y que tiene, en ocasiones, un carácter progresivo que lleva incluso al establecimiento de cirrosis y ciertas neoplasias hepáticas⁽⁴⁾. En el último tiempo, los avances de las investigaciones han logrado dilucidar muchos aspectos respecto a los mecanismos que responsables del daño hepatocelular en esta afección, avances que se intentarán abordar en esta revisión. Sin embargo se debe señalar que muchos aspectos del conocimiento de la patogénesis de la EHNA aún en la actualidad son incompletos, parcelados y objeto de numerosas discusiones e investigaciones.

Génesis del daño: Teoría multimpacto

Pese a las limitaciones del conocimiento ya mencionadas, se han descrito variadas teorías que explicarían los mecanismos de producción y perpetuación del daño por esteatosis no alcohólica, un ejemplo es la teoría del sobrecrecimiento bacteriano intestinal que se basa en reportes en donde este fenómeno es observado en pacientes portadores de EHNA⁽⁵⁾, siendo a su vez apoyado por la demostración de hipomotilidad intestinal⁽⁶⁾ y producción endógena de etanol en dichos pacientes⁽⁵⁾. Otra teoría que se ha formulado para explicar la patogénesis de la EHNA dice relación con un supuesto rol del hierro en el desarrollo de la enfermedad (por su alto potencial productor de radicales libres)^(7,8). Sin embargo, la teoría con mayor asidero según la evidencia y actualmente más aceptada es la teoría multimpacto diseñada por Day y James en 1998⁽⁹⁾, según ésta el daño se generaría por una serie de eventos concadenados y dependientes que determinan la evolución de un hígado anatómica y funcionalmente normal al desarrollo de esteatosis (primer impacto) y EHNA (segundo impacto), este enunciado fue complementado por Diehl el año 2003 agregando un tercer y cuarto impacto que serían el desarrollo de cirrosis

y neoplasias hepáticas, respectivamente⁽⁴⁾. Es de suma importancia señalar que si bien es cierto lo planteado por Diehl en cuanto al potencial desarrollo de más impactos (ya descritos), estos no son fenómenos propios de la EHNA, si no más bien una respuesta estereotipada del hígado a la agresión, independiente de los mecanismos causantes del daño (EHNA, alcohol, autoinmunidad, enfermedades de depósito, etc...), pero que de igual forma serán tratados en esta revisión.

Primer impacto: Rol de la resistencia a la insulina

El proceso que inicia la EHNA sería el producto de la interacción de variables tanto genéticas^(2,4,10-12) (obesidad, isoformas de receptores y enzimas, etc...) como ambientales^(2,4,10-12) (principalmente la vida sedentaria y las dietas ricas en grasas y escasas en vitaminas antioxidantes) que aumentarían la oferta corporal de triglicéridos, los cuales se acumularían en los adipocitos, determinándose un aumento de la masa de los mismos tanto por hipertrofia e hiperplasia^(4,10-12) y que, dado un momento y por mecanismos no del todo aclarados, los adipocitos viscerales (no subcutáneos) al verse sobrecargados de lípidos buscarán defenderse del mayor ingreso de triglicéridos generando un cambio en su interacción con la hormona insulina, cambio que provocará una *resistencia a la acción insulínica* a nivel del adipocito⁽¹³⁻¹⁸⁾, evento que constituye la clave del primer impacto, lo cual determina alteraciones a nivel del metabolismo adipocitario (aumento de la lipólisis con disminución de los triglicéridos almacenados para formar ácidos grasos libres)^(4,10-12) y a nivel hormonal sistémico (básicamente el desarrollo de hiperinsulinismo)^(2,4,9-12); sin embargo este efecto de insulinoresistencia (mediado por mecanismos postreceptor aún no del todo aclarados)⁽¹⁰⁾ (Figura 1) no es generalizado y así, a nivel hepático, es sen-

sado un aumento del flujo de ácidos grasos periféricos (principalmente de triglicéridos, en forma de VLDL) estimulándose todos sus mecanismos de betaoxidación para así obtener un mayor aclaramiento de los lípidos plasmáticos, sin embargo esta activación suele no ser plena, pues al mantener el hepatocito una sensibilidad insulínica normal y ser dicha hormona de corte anabólico principalmente (todo esto en presencia de hiperinsulinismo por las vías ya descritas) determinan un freno relativo de la betaoxidación mitocondrial^(2,4,9-12). Finalmente, la oferta de ácidos grasos sobrepasa la maquinaria metabólica del hepatocito (siendo la limitante la disponibilidad de los factores coenzimáticos NAD y FAD) y comienza entonces la acumulación de los triglicéridos en vesículas intracelulares (determinando con esto el desarrollo de esteatosis hepatocitaria)^(2,4,9-12).

Segundo impacto: Inicio del daño hepatocelular

Este evento se inicia una vez que la esteatosis no alcohólica ya se ha establecido y dice relación con la generación del daño inflamatorio hepatocitario conocido como esteatohepatitis⁽⁹⁾. Así tenemos que la esteatosis hepática debido a la saturación y freno insulínico relativo de los mecanismos de aclaramiento de ácidos grasos (principalmente la beta oxidación a nivel mitocondrial)^(4,13,15) permite que estos sustratos sean desviados a vías alternativas de degradación como los microsomas CYP 2E1 y 4A (que a su vez están aumentados tanto en cantidad como en actividad por efecto de la retroalimentación positiva que significa la presencia de grandes cantidades de lípidos intracelulares), donde los ácidos grasos se degradan por procesos de omega oxidación^(19,20), o bien a otros sitios intracelulares alternativos (beta oxidación incompleta a nivel de los peroxisomas)⁽²¹⁾; lo anterior provoca la generación de grandes cantidades de radicales libres intracelulares lo cual demanda, de parte del hepatocito, el

poner en marcha los mecanismos depuradores de éstos tóxicos. Sin embargo, las grandes cantidades de especies reactivas al oxígeno generan un desequilibrio pro oxidante en desmedro de los mecanismos antioxidantes generándose así el denominado *estrés oxidativo* (evento clave del segundo impacto)^(2,4,9,10,12,22,23) lo que genera daño hepatocelular por al menos tres fenómenos conocidos como peroxidación lipídica^(4,24), inducción de citoquinas^(4,25) y expresión del ligando Fas⁽⁴⁾ (esquema 1).

Se conoce como peroxidación lipídica al fenómeno de oxidación de los ácidos grasos polinsaturados de los fosfolípidos y lipoproteínas de las membranas lo que altera la permeabilidad normal de la membrana generando degeneración hidrópica y necrosis hepatocelular^(4,24); el evento anteriormente descrito da origen a numerosos subproductos secundarios a la ruptura de los enlaces dobles o triples de carbono que se denominan aldehídos reactivos, estos son capaces de generar conglomerados proteicos (formando los llamados cuerpos de Mallory) y activar las células estrelladas promoviendo la síntesis de colágeno tipo 1 y la secreción de citoquinas por parte de las células de Kupffer que atraen neutrófilos y generan daño celular, junto con mayor cantidad de especies reactivas de oxígeno, conformándose así un círculo vicioso^(4,24).

La síntesis de citoquinas, además de las vías indirecta comentada en el párrafo anterior, puede ser promovida directamente por los radicales libres vía la activación de factores de transcripción⁽⁴⁾ (siendo el más conocido el factor nuclear kappa beta) que estimulan la producción de variadas citoquinas como los factores de necrosis tumoral alfa, beta, interleucina 8, factor transformador del crecimiento de fibroblastos beta, etc... generando atracción de células inmunes y daño directo^(4,25). (Figura 2).

Finalmente, una tercera vía de daño por radicales libres es por la inducción de

la expresión del ligando Fas por parte del hepatocito, este receptor, al interactuar con su homónimo presente en otro hepatocito genera un fenómeno llamado “muerte fratricida” por activación de las vías apoptóticas de ambas células implicadas⁽⁴⁾.

Cabe agregar a todo lo anteriormente descrito que del total de pacientes padecedores de esteatosis no alcohólica, apenas el 20% evolucionan hacia el desarrollo de esteatohepatitis no alcohólica (el 80% restante queda estacionario en el proceso del primer impacto) (10); se desconocen actualmente los factores o condiciones que determinan el desarrollo o no de los fenómenos inflamatorios previamente descritos.

(Esquema N°1) (Figura N°2)

Tercer y cuarto impactos: Desarrollo de fibrosis y el riesgo neoplásico

Este ambiente hepático con alzas importantes de su contenido inmune (tanto celular, en base a polimorfonucleares de forma aguda y por linfocitos en la etapa crónica; como humoral, en base a citoquinas)⁽²⁵⁾ genera alteraciones en las expresiones fenotípicas de los constituyentes normales del parénquima hepático por fenómenos auto-crinos y paracrinos^(4,25), es así, que es posible observar a nivel de hepatocitos, además de la infiltración grasa, la pérdida de las microvellosidades características de estas células y con otras características más bien aberrantes⁽²⁶⁾, a nivel de los vasos sanguíneos autorregulación del flujo arteriolar ineficaz⁽²⁶⁾, pero por sobre todo, cambio en la estructura fenotípica de las células estrelladas (también llamadas células Ito), las cuales pasan de ser estructuras de reserva relativamente quiescentes a células con escasa capacidad almacenadora y gran actividad de síntesis llamadas miofibroblastos^(4,10,11,25,27). En esta alteración (clave de los impactos tercero y cuarto), cumplen un rol central dichos miofibroblastos, apoyados además por tres células que van a ser la base del proceso de

transformación antes mencionado, las células endoteliales encabezando el proceso de iniciación de la transformación por medio de la citoquina factor transformador del crecimiento beta (FTC β) y de fibronectina⁽²⁸⁾ que provocarán la activación inicial de las células estrelladas, proceso que se perpetuará por la acción de las células de Kupffer, a través de la secreción de factores estimuladores del crecimiento epidérmico (FECE) entre otros⁽²⁹⁾ y finalmente los trombocitos, que provocarán un aumento en la población de estas células estrelladas activas (fenómeno de proliferación) por medio de factores del crecimiento derivados de plaquetas (FCDP) además de otros factores⁽³⁰⁾. Si bien es conocido el rol de otros factores en el proceso de transformación de las células estrelladas como radicales libres, FNT α , ciertas interleucinas y otros, se desconocen sus efectos exactos.

Las células estrelladas ya transformadas provocarán una serie de descalabros a nivel hepático, así, tenemos que su capacidad contráctil recientemente adquirida, sumado a su estratégica disposición presinusoidal de las mismas hacen inevitable un aumento de la presión de perfusión de estos territorios determinando el desarrollo de hipertensión portal, fenómeno que se ve a su vez potenciado por la aparición de fibrosis propia de la capacidad de síntesis de colágeno tipo 1 de las mismas células⁽³¹⁾. Estos fenómenos de fibrosis se ven acompañados también de eventos de regeneración hepatocitaria, que conformarán los llamados nódulos de regeneración⁽³²⁾, patognomónicos de cirrosis hepática. Paralelamente, la transformación celular que comanda este proceso desempeñaría un rol no menor en lo que ha sido denominado como el cuarto impacto a través de la expresión aumentada de protooncogenes y supresión de genes antitumorales con lo cual aumentan las posibilidades de desarrollar cualquier tipo de neoplasias hepáticas^(4,10-12,32). Finalmente este proceso

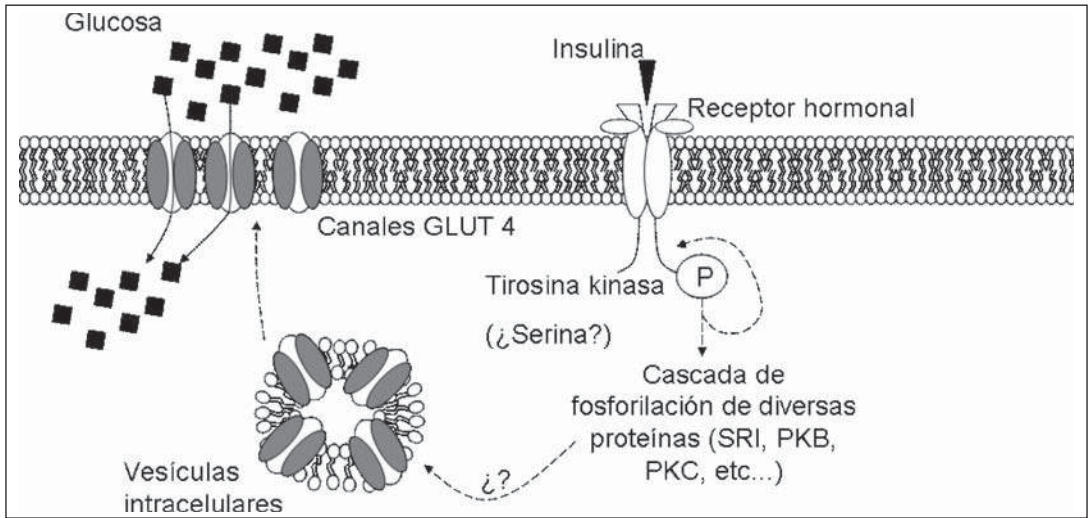
tiene capacidad auto-perpetuadora por medio de la secreción de citoquinas quimiotácticas que atraen células inflamatorias que a su vez secretan mayores cantidades de las mismas citoquinas por parte de las células estrelladas y de ellas mismas (fenómenos auto y paracrinos)^(10,25,32), generándose así un verdadero círculo vicioso. (Esquema 2)

REFERENCIAS

- 1.- Ludwig J, Viggiano Tr, McGill Db, Oh BJ. Nonalcoholic steatohepatitis: Mayo Clinic experiences with a hitherto unnamed disease. *Mayo Clin Proc.* 1980; 55(7):434-8.
- 2.- J Caballería. Esteatohepatitis no alcohólica. *Medicine* 2004; 9(7): 459-65.
- 3.- Marchesini G, Brizi M, Bianchi G, et al. Nonalcoholic fatty liver disease: a feature of the metabolic syndrome. *Diabetes* 2001; 50(8):1844-50.
- 4.- Diego Moreno Sánchez. Patogenia de la hepatopatía grasa no alcohólica primaria. *Med Clin (Barc).* 2005; 124(17):668-77.
- 5.- Nair S, Cope K, Risby Th, Diehl Am, Terence RH. Obesity and female gender increase breath ethanol concentration: Potential implications for the pathogenesis of nonalcoholic steatohepatitis. *Am J Gastroenterol.* 2001;96: 1200-04.
- 6.- Nazim M, Stamp G, Hodgson HJ. Non-alcoholic steatohepatitis associated with small intestinal diverticulosis and bacterial overgrowth. *Hepatogastroenterology* 1988; 36:349-51.
- 7.- Chittuti S, George J. Interaction of iron, insulin resistance, and nonalcoholic steatohepatitis. *Curr Gastroenterol Rep.* 2003; 5:18-25
- 8.- Bugianesi E, Manzini P, D'antico S, Vanni E, Longo F, Leone N, et al. Relative contribution of iron burden, HFE mutations, and insulin resistance to fibrosis in nonalcoholic fatty liver. *Hepatology* 2004; 39:179-87.
- 9.- Day CP, James OFW. Steatohepatitis: a tale of two "hits"? *Gastroenterology* 1998; 114:842-5.
- 10.- Arthur J. McCullough, MD. Pathophysiology of Nonalcoholic Steatohepatitis. *J Clin Gastroenterol* 2006; 40: S17-S29.
- 11.- Diehl AM, Poordad F. Nonalcoholic fatty liver disease. En: Feldman Bruce F, Scharschmidt Marvin H, Sleisenger, John S. Fordtran, Richard Zorab. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology/Diagnosis/Management. séptima edición: Filadelfia, editorial Elsevier science, 2002; 1393-1401
- 12.- Paul Angulo, MD. Non alcoholic fatty liver disease. *N Engl J Med* 2002; 346:1221-31.
- 13.- Marchesini G, Brizi M, Morselli-labate AM, Bianchi G, Bugianesi E, McCullough AJ, et al. Association of nonalcoholic fatty liver disease with insulin resistance. *Am J Med.* 1999; 107:450-5.
- 14.- Marchesini G, Brizi M, Bianchi G, Tomassetti S, Bugianesi E, Lenzi M, et al. Nonalcoholic fatty liver disease. A feature of the metabolic syndrome. *Diabetes.* 2001; 50:1844-50.
- 15.- Chitturi S, Abeygunasekera S, Farrell GC, Holmes-Walker J, Hui JM, Fung C, et al. Nash and insulin resistance: insulin hypersecretion and specific association with insulin resistance syndrome. *Hepatology* 2002; 35:373-9.
- 16.- Pagano G, Pacini G, Musso G, Gambino R, Mecca F, Depetris N, et al. Nonalcoholic steatohepatitis, insulin resistance, and metabolic syndrome. Further evidence for an etiologic association. *Hepatology* 2002; 35: 367-72.
- 17.- Marchesini G, Bugianesi E, Forlani G, Cerrelli F, Lenzi M, Manini R, et al. Nonalcoholic fatty liver, steatohepatitis, and the metabolic syndrome. *Hepatology.* 2003; 37:917-23.
- 18.- Loguercio C, de Girolamo V, De Sio I, Tuccillo C, Ascione A, Baldi F, et al. Non-alcoholic fatty liver disease in an area of southern Italy: main clinical, histological, and pathophysiological aspects. *J Hepatol.* 2001; 25:568-74.
- 19.- Weltman MD, Farrell GC, Liddle C. Increased hepatocyte CYP2E1 expression in

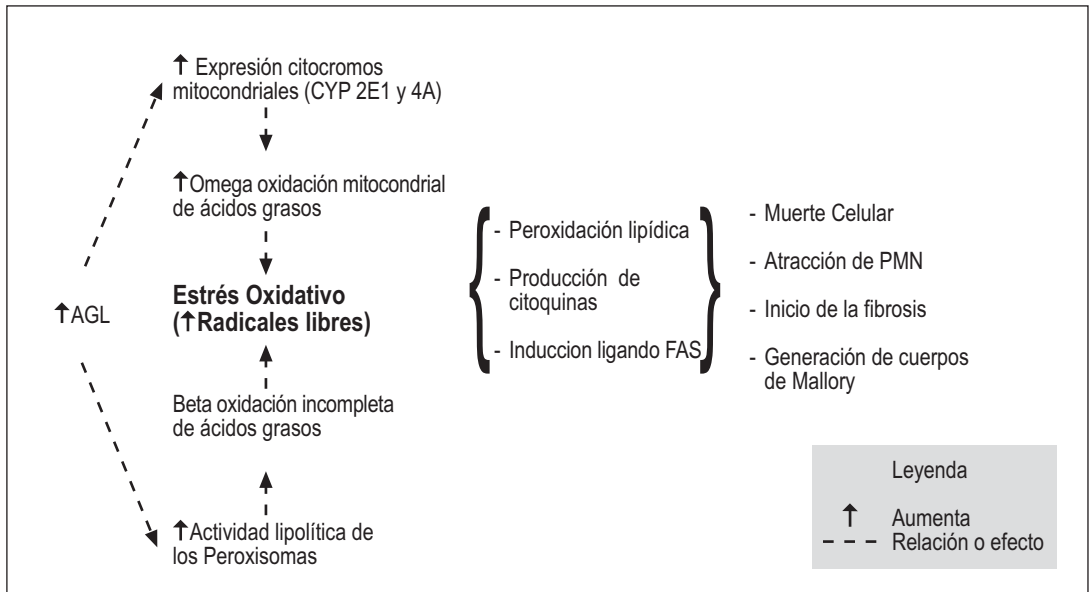
- a rat nutritional model of hepatic steatosis with inflammation. *Gastroenterology* 1996; 116:1645-1653.
- 20.-Weltman MD, Farrell GC, Hall P, Ingelman-Sundberg M, Liddle C. Hepatic cytochrome P450 2E1 is increased in patients with nonalcoholic steatohepatitis. *Hepatology* 1998; 27:128-33.
 - 21.-Rao MS, Reddy JK. Peroxisomal beta-oxidation and steatohepatitis. *Semin Liver Dis.* 2001; 21:43-55.
 - 22.-Koruk M, Taysi S, Savas Mc, Vilmaz O, Akcay F, Karakok M. Oxidative stress and enzymatic antioxidant status in patients with nonalcoholic steatohepatitis. *Ann Clin Lab Sci.* 2004; 34:57-67.
 - 23.-Perlemuter G, Davit-Spraul A, Cosson C, Conti M, Bigorgne A, Paradis V, et al. Increase in liver antioxidant enzyme activities in non-alcoholic fatty liver disease. *Liver Int.* 2005; 25(5):946-53.
 - 24.-Seki S, Kitada T, Yamada T, Sakaguchi H, Nakatani K, Wakasa K. In situ detection of lipid peroxidation and oxidative DNA damage in non-alcoholic fatty liver disease. *J Hepatol.* 2002; 37:56-62.
 - 25.-Herbert Tilg, MD., Anna Maediehl, MD. Cytokines in alcoholic and non alcoholic steatohepatitis. *N Engl J Med* 2000; 343:1467-76.
 - 26.-McGuire RF; Bissell DM; Boyles J; Roll FJ. Role of extracellular matrix in regulating fenestrations of sinusoidal endothelial cells isolated from normal rat liver. *Hepatology* 1992 Jun; 15(6):989-97.
 - 27.-Washington K, Wright K, Shyr Y, Hunter EB, Olson S, Raiford DS. Hepatic stellate cell activation in nonalcoholic steatohepatitis and fatty liver. *Hum Pathol.* 2000; 31:822-828.
 - 28.-Jarnagin WR; Rockey DC; Koteliansky VE; Wang SS; Bissell DM. Expression of variant fibronectins in wound healing; cellular source and biological activity of the EIIIA segment in rat hepatic fibrogenesis. *J Cell Biol* 1994; 127:2037-48.
 - 29.-Diehl AM. Nonalcoholic fatty liver disease abnormalities in macrophage function and cytokines. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol.* 2002; 282:G1-G5.
 - 30.-Pinzani M; Marra F. Cytokine receptors and signaling in hepatic stellate cells. *Semin Liver Dis* 2001; 21:397-416.
 - 31.-Scott L Friedman, MD. Pathogenesis of hepatic fibrosis. Up to Date version 14.2. Disponible en www.uptodate.com (Consultado el día 18 de Septiembre de 2006).
 - 32.-Bugianesi E, Leone A, Vanni E, Marchesini G, Brunello F, Carucci P, et al. Expanding the natural history of nonalcoholic steatohepatitis: from cryptogenic cirrhosis to hepatocellular cancer. *Gastroenterology.* 2002; 123:375-8.

Figura 1



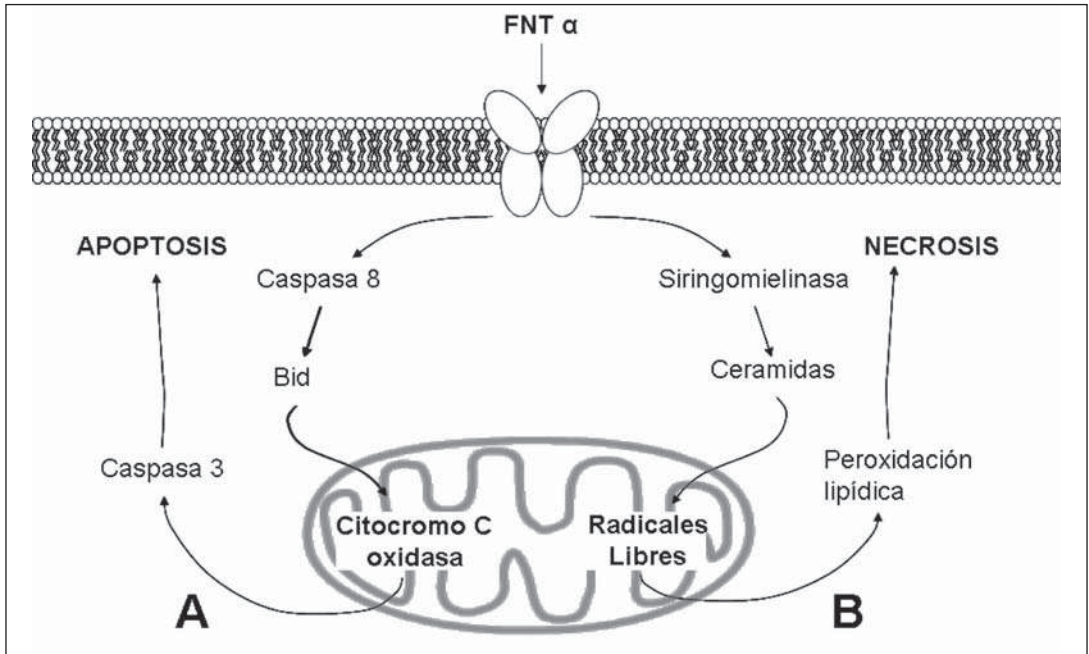
Representación de los mecanismos intracelulares que determinan la acción de la insulina a nivel periférico (adipocitos y células musculares estriadas principalmente), nótese que si bien no está del todo aclarado los mecanismos que determinan la resistencia insulínica postreceptor, las investigaciones apuntan a la sustitución de serina a nivel intracelular de los receptores tirosina quinasa. (Mecanismo post receptor). (SRI: Sustrato del receptor de insulina, PKB-PKC: Fosfatidil quinasa B-C).

Esquema 1



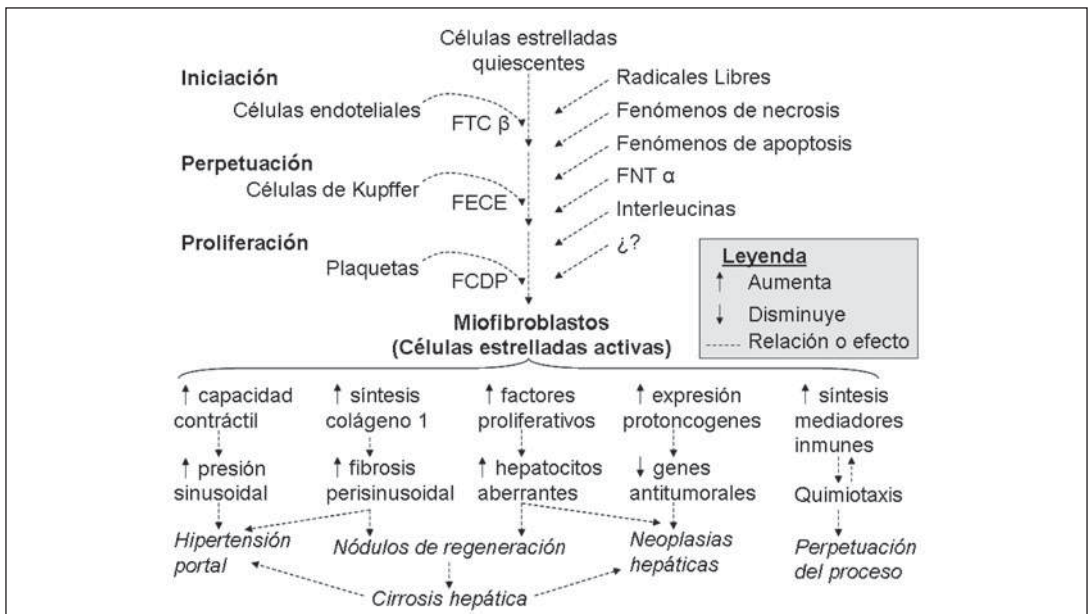
Mecanismos de desarrollo e inicio de agresión por estrés oxidativo, proceso denominado, según Day y James, segundo impacto. (AGL: ácidos grasos libres, CYP: citocromo P450, PMN: polimorfonucleares)

Figura 2



Rol del factor de necrosis tumoral alfa (FNT α)⁽²⁵⁾. Se evidencia, el rol fundamental que desempeña dicha citoquina en el daño por EHNA, esquema A muestra la activación de la vía que culminará con fenómenos apoptóticos (donde Bid corresponde a un subgrupo de proteínas correspondientes al grupo de proteínas derivadas del protooncogén Bcl-2) y el esquema B a la cascada responsable de la necrosis hepatocitaria mediada por FNT α.

Esquema 2



Cascada de eventos característicos del tercer y cuarto impacto. (FTC β: Factor transformador del crecimiento beta, FECE: Factores estimuladores del crecimiento epidérmico, FCDP: Factores de crecimiento derivados de plaquetas, TNF α: Factor de necrosis tumoral alfa)

La oxigenoterapia crónica y calidad de vida en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con Insuficiencia Respiratoria Crónica

Carlos Peña¹, Raúl Smith², Soledad Ugarte².

¹Medico Servicio de Medicina Complejo de Salud San Borja Arriarán, Santiago.

² Internos Escuela de Medicina, Universidad de Chile, Campus Centro.

RESUMEN

Introducción: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se caracteriza por una limitación crónica al flujo aéreo no completamente reversible, habitualmente progresiva y que en etapas de deterioro avanzado produce insuficiencia respiratoria crónica (IRC), que acentúa el deterioro clínico y reduce la autovalencia.. La aplicación de oxígeno ambulatorio crónico (OAC) podría significar cambios en la calidad de vida de pacientes con EPOC e IRC.

Objetivo: Evaluar el impacto en la calidad de vida del uso de OAC en pacientes con EPOC e IRC.

Material y método: Estudio prospectivo de cohortes. Se evaluó durante 6 meses a pacientes con EPOC e IRC con indicación de OAC pertenecientes al Complejo de Salud San Borja Arriarán (CSSBA). Se aplicó el "Cuestionario Abreviado de Dificultad Respiratoria" (SRQ) a pacientes con OAC y un grupo en lista de espera, a los 0 y 6 meses.

Resultados: Cumplieron criterios de inclusión 22 pacientes, 12 con OAC y 10 en espera. Los puntajes obtenidos en el SRQ fueron a los 0 y 6 meses: $49,33 \pm 16.53$ y $50,16 \pm 14.83$ ($p=0,89$) con OAC y $54,8 \pm 18.12$ con $58,4 \pm 15.66$ ($p=0,64$) sin oxígeno. La diferencia de deterioro entre ambos grupos fue de 2,77 puntos a los 6 meses ($p=0,0501$).

Conclusión: La oxigenoterapia durante 6 meses mostró reducción en la progresión del deterioro de la calidad de vida asociada a EPOC e IRC.

Palabras claves: Calidad de vida, EPOC, oxigenoterapia.

SUMMARY

Background: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is an inflammatory process due to inhaled irritants characterized by a not completely reversible impaired air flow which is usually progressive and in late stages usually develops a chronic respiratory failure (CRF) with decline in clinical status and self management. Chronic ambulatory oxygen (CAO) could change patient's quality of life (QoL).

Aim: Evaluate the impact of CAO in patients with severe COPD and CRF

Methods: Cohort prospective study. During 6 months COPD patients with CRF and CAO criteria from San Borja Arriaran Health Complex (SBAHC) were evaluated. The Spanish version of the Short Respiratory Questionnaire (SRQ) was applied to COPD patients receiving CAO and to a group in a waiting list at 0 and 6 months.

Results: 22 patients fit the inclusion's criteria, 12 with CAO and 10 without it. SRQ scores obtained at 0 and 6 months were: $49,33 \pm 16.53$ and $50,16 \pm 14.83$ ($p=0,89$) for CAO patients and $54,8 \pm 18.12$ with $58,4 \pm 15.66$ at 6 months control ($p=0,64$) without it. The difference between the decline in both groups was of 2,77 points at 6 months control ($p=0,0501$).

Conclusion: Oxygen therapy during a 6 months period revealed a reduction in the progression of QoL decline observed in COPD with CRF. **Key-Words:** quality of life, COPD, oxygen therapy.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Pulmonar Obstruc-tiva Crónica (EPOC) es reconocida como un proceso patológico caracterizado por una limitación del flujo aéreo no completamente reversible y por lo general progresiva¹, se asocia con una respuesta inflamatoria pulmonar anormal a partículas o gases nocivos, dentro de los cuales destaca el humo del tabaco²⁻⁴. En su etapa más severa se asocia a Insuficiencia Respiratoria Crónica (IRC), definida como una presión parcial de oxígeno arterial (PaO₂) inferior a 60 mmHg con o sin presión parcial de CO₂ arterial (PaCO₂) superior a 50 mmHg, en reposo y respirando aire ambiente a nivel del mar.

La EPOC es un problema de salud pública, debido a su alta prevalencia y gran impacto económico producido en las personas y los sistemas de salud^{5,6}. Frecuentemente es subdiagnosticada, lo que se traduce en una subestimación de la magnitud real de esta enfermedad⁶. La EPOC ocasiona que en Chile mueran anualmente entre 1.500 a 1.700 personas por esta patología, lo que representa una tasa de mortalidad entre 14,9 y 16,9/100.000 para personas mayores de 14 años⁷. La EPOC es la cuarta causa de muerte en el mundo¹ y se espera que para el año 2020 ocupe el tercer lugar, además de ser la quinta causa mundial de pérdidas DALY⁸.

Se debe considerar el diagnóstico de EPOC en todo paciente que presente síntomas como tos, producción de esputo o disnea persistentes, en especial si existen antecedentes de exposición a los factores de riesgo de la enfermedad. El diagnóstico se confirma por medio de la espirometría y la severidad se estima según el valor de VEF₁ post broncodilatador como muestra la clasificación "Estrategia Global de Enfermedad Pulmonar Obstruc-tiva"¹ (GOLD, tabla 1).

La oxigenoterapia ambulatoria crónica (OAC) se ha convertido en una de las formas más importantes de tratamiento

en la EPOC con IRC⁹, su prescripción ha demostrado prolongar la vida en pacientes con EPOC severo además de disminuir su sintomatología^{10,11}. La OAC retarda la progresión de la hipertensión pulmonar, que se ha asociado a una menor expectativa de vida en pacientes con EPOC¹². Sin embargo, este tratamiento no es capaz de volver los valores de presión arterial pulmonar a sus rangos de normalidad ni revertir las anormalidades estructurales¹². El correcto uso de la oxigenoterapia podría permitir en pacientes con EPOC y cor pulmonar asociado, hasta duplicar su expectativa de vida respecto a lo que sería su evolución natural a dos años plazo si no recibieran suministro de oxígeno continuo más de quince horas al día¹³.

El ingreso a los programas de OAC se basa en los niveles de PaO₂ (tabla 2).

Estudios en nuestro país sobre OAC señalan una disminución en el número de hospitalizaciones y días camas utilizadas por estos pacientes¹⁴ junto con una disminución de síntomas angustiosos y depresivos, como también de los elementos de deterioro psico-orgánico.

Una de las características destacadas de la enfermedad es su importante impacto en la calidad de vida^{15,16}, la cual no tiene una clara relación con las pruebas de función pulmonar^{17,19}. Debido a esto se han desarrollado cuestionarios que miden la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en estos pacientes, los cuales pueden ser genéricos o de enfermedad específica²⁰⁻²². La CVRS incluye aspectos tanto físicos como psicológicos y sociales, que son únicos para cada individuo²³. La medición del concepto incluye las percepciones del paciente relacionadas con el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento sobre el sentimiento de bienestar y la capacidad de desempeño^{24,25}.

Dentro de los factores que se relacionan con la CVRS en los pacientes con EPOC se destacan la insuficiencia respiratoria, la limitación al flujo aéreo, el estado

nutricional, la capacidad de ejercicio, la severidad de la enfermedad y el nivel socioeconómico²⁶. En pacientes con EPOC severo, la calidad de vida se encuentra relacionada con la gravedad de la hipoxemia¹⁵ y en una mayor medida con el grado de disnea^{27,28}.

Material y Método

Se identificaron los pacientes con IRC en control en el departamento broncopulmonar del Complejo de Salud San Borja Arriarán (CSSBA) entre julio del 2004 y julio del 2005. Se incluyeron en el estudio sólo los pacientes con EPOC severo. Se excluyeron los pacientes con cáncer, fibrosis pulmonar y secuelas de tuberculosis. Se consideró pacientes en OAC aquellos que recibían oxígeno por un mínimo de 15 horas diarias en forma continua y controlada por especialista.

Los pacientes que aceptaron su participación fueron evaluados clínicamente, controlados con oximetría de pulso y se les efectuó el "Cuestionario Abreviado de Dificultad Respiratoria" (SRQ) si se encontraban en condiciones estables de su patología. El SRQ (tabla 3) es un cuestionario de enfermedad específica que consta de 24 preguntas, 21 de actividades y 3 sobre aspectos psicológicos, con 6 posibles respuestas (0-5) según el grado de dificultad respiratoria que causen diferentes actividades planteadas. El puntaje mínimo es 0 (sin dificultad respiratoria) y máximo 120 (máxima dificultad respiratoria). Mientras mayor es el puntaje del cuestionario mayor es el deterioro de calidad de vida, lo que es de utilidad para comparar distintos pacientes y al mismo paciente en diferentes periodos de observación. Es posible por lo tanto evaluar la efectividad de las diferentes intervenciones terapéuticas por la variación del puntaje de este cuestionario, y aunque no está definida la variación significativa, esta se puede estimar a través de la variación estadística. Algunos cuestionarios han definido el puntaje de variación clíni-

camente significativo, como el caso del St. George Respiratory Questionary (4 puntos) y otros.

A los seis meses se volvió a efectuar la evaluación clínica, la determinación de SpO₂ y se repitió la encuesta SRQ. Los pacientes con OAC impedidos de asistir al hospital fueron visitados en sus domicilios para realizar la evaluación.

Los datos fueron analizados con el software computacional Intercooled STATA 7.0, utilizando la prueba estadística para variables con distribución normal t-student, considerando como significancia estadística valores en p-value menor a 0,05. Los resultados fueron graficados con el software GraphPad Prism 4.03 para Windows.

Resultados

De un total de 64 pacientes con IRC se ingresaron a estudio 22 casos con EPOC severo. 12 pacientes con EPOC se encontraban en programa de OAC y 10 no recibían oxígeno.

El promedio de edad fue de $68 \pm 7,26$ años, no existiendo diferencia significativa entre los grupos con o sin OAC ($p=0,69$). El puntaje de calidad de vida (SRQ) fue:

1. Grupo con OAC: $49,33 \pm 16,53$ al ingreso de estudio y $50,16 \pm 14,83$ a los seis meses, no existiendo cambio significativo ($p=0,89$).
2. Grupo sin OAC: $54,8 \pm 18,12$ al ingreso de estudio y $58,4 \pm 15,66$ a los seis meses, no existiendo cambio significativo ($p=0,64$).

A los 6 meses ambos grupos aumentaron el puntaje de calidad de vida ($2,09 \pm 3,34$ puntos). El grupo con OAC aumento $0,834 \pm 2,55$ puntos y el grupo sin OAC $3,6 \pm 3,65$ puntos (figura 1). La diferencia de cambio de los promedios de calidad de vida entre ambos grupos (figura 2) fue de 2,77 puntos a los 6 meses ($p=0,0501$).

DISCUSIÓN

En la actualidad se está utilizando cada vez más la evaluación del impacto de las intervenciones en la EPOC a través de los cambios en la calidad de vida y no tan solo en las escalas de síntomas como la disnea ó en los cambios en la función pulmonar, lo que en definitiva resulta más importante para los pacientes. Estos cambios con frecuencia se deben a la mejor tolerancia a la actividad física, al mejor control de las exacerbaciones y a la reducción de las hospitalizaciones.

Nuestro grupo con oxígeno fue evaluado cuando ya estaba recibiendo oxígeno por más de 6 meses en forma permanente lo que afecta la interpretación inicial de sus condiciones de calidad de vida y eso puede explicar la relativa mejor calidad de vida con respecto al grupo que aún no recibía oxígeno. Sin embargo en este grupo el programa de OAC para pacientes con EPOC demostró una tendencia a reducir el deterioro de calidad de vida a los seis meses en relación a pacientes sin el uso de oxígeno crónico. Esta es una demostración más del efecto beneficioso del uso de oxígeno estandarizado en el manejo de IRC para pacientes EPOC. En una etapa posterior será de interés evaluar los cambios en la calidad de vida de los pacientes que aún no recibían oxígeno y que ingresarán al programa de OAC.

REFERENCIAS

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO Workshop Report. Update 2006.
2. Hunninghake GW, Crystal RG. Cigarette smoking and lung destruction: accumulation of neutrophils in the lungs of cigarette smokers. *Am Rev Respir Dis*, 1983; 128: 833-838.
3. Feenstra TL, Van Genugten MLL, Hoogenveen RT, Wouters EF, Rutten-van Mölken MPMH. The impact of aging and smoking on the future burden of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*, 2001; 164: 590-596.
4. Amigo CH, Erazo BM, Oyarzun GM, Bello SS, Peruga UA. Smoking and chronic obstructive pulmonary disease: attributable risk determination. *Rev Med Chil*, 2006; 134(10):1275-82.
5. Guía Clínica Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de Tratamiento Ambulatorio 2006, MINSAL Chile.
6. Pauwels RA, Rabe KF. Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Lancet*, 2004; 364: 613-20.
7. Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias. Consenso Nacional en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Epidemiología. *Rev Chil Enf Respir*, 1998; 14: 71-72
8. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 1997; 349: 1498-1504.
9. Cranston JM, Crockett AJ, Moss JR, Alpers JH. Domiciliary oxygen for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005; 19(4):CD001744.
10. Crockett AJ, Cranston JM, Moss JR, Alpers JH. A review of long-term oxygen therapy for chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med*, 2001; 95(6):437-43.
11. Nocturnal Oxygen Therapy Group. Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive lung disease: a clinical trial. *Ann Intern Med*, 1980; 93:391-398.
12. Barberà JA, Peinado VI, Santos S. Pulmonary hypertension in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*, 2003;21(5):892-905.
13. Cooper CB, Waterhouse J, Howard P. Twelve year clinical study of patients with hypoxic cor pulmonale given long term domiciliary oxygen therapy. *Thorax*, 1987; 42: 105-110.

14. Bello S, Naranjo S, Hinrichsen CL. Oxigenoterapia domiciliaria a largo plazo, necesidad apremiante en enfermos con insuficiencia respiratoria crónica. *Rev. chil. enferm. Respir*, 2002; 18(3):175-181.
15. Okubadejo AA, Jones PW, Wedzicha JA. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and severe hypoxemia. *Thorax* 1996;51:44-7.
16. Carrasco Garrido P, de Miguel Diez J, Rejas Gutierrez J, Centeno AM, Gobartt Vazquez E, Gil de Miguel A, Garcia Carballo M, Jimenez Garcia R. Negative impact of chronic obstructive pulmonary disease on the health-related quality of life of patients. Results of the EPIDEPOC study. *Health Qual Life Outcomes*, 2006; 4:31
17. Ferrer M, Alonso J, Morera J, Marrades RM, Khalaf A, Aguar MC, Plaza V, Prieto L, Anto JM. Chronic obstructive pulmonary disease stage and health-related quality of life. The Quality of Life of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Study Group. *Ann Intern Med*. 1997;127(12):1072-9.
18. Yohannes AM, Roomi J, Waters K, Connolly MJ. Quality of life in elderly patients with COPD: measurement and predictive factors. *Respir Med*. 1998; 92(10):1231-6.
19. Hajiro T, Nishimura K, Tsukino M, Ikeda A, Oga T, Izumi T. A comparison of the level of dyspnea vs disease severity in indicating the health-related quality of life of patients with COPD. *Chest*. 1999;116(6):1632-7.
20. Maly M, Vondra V. Generic versus disease-specific instruments in quality-of-life assessment of chronic obstructive pulmonary disease. *Methods Inf Med*. 2006;45(2):211-5.
21. Reardon JZ, Lareau SC, ZuWallack R. Functional status and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Med*, 2006;119 (10):32-7.
22. Nishimura K, Tsukino M, Hajiro T. Health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Curr Opin Pulm Med*, 1998;4(2):107-15.
23. Sánchez M. Ed. Masson, Barcelona, 1998. Calidad de vida: concepto, medición y aplicaciones. Historia, teoría y metodología de la medicina: introducción al pensamiento médico.
24. Fernández JA, Hernández R, Siegrist J. El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica, *Aten Primaria*, 2001; 28 (10): 680-689
25. Serón P, Riedemann P, Sanhueza A, Doussoulin A y Villarroel P. Validación del cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica en pacientes chilenos con limitación crónica al flujo aéreo. *Rev Méd Chile* 2003; 131:1243-1250.
26. De La Fuente R, De La Iglesia F, Ramos V. Factor analysis of the health related quality of life of patients with stable chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Bronconeumol*, 2001;37(10):411-416.
27. Katsura H, Yamada K, Wakabayashi R, Kida K. The impact of dyspnoea and leg fatigue during exercise on health-related quality of life in patients with COPD. *Respirology*, 2005;10(4):485-90.
- 28.-Sant'Anna CA, Stelmach R, Zanetti Feltrin MI, Filho WJ, Chiba T, Cukier A. Evaluation of health-related quality of life in low-income patients with COPD receiving long-term oxygen therapy. *Chest*, 2003;123(1):136-41

Tabla N°1
Clasificación de la Severidad en EPOC
GOLD 2006

Estadio	Características
I: EPOC leve	VEF1/FVC <70% VEF1 <80% ref. Con o sin síntomas crónicos
II: EPOC moderada	VEF1/FVC < 70% 50% < WVEF1 < 80%af. Con o sin síntomas crónicos
III: EPOC grave	VEF1/FVC <70% 30% < WVEF1 < 50%af. Con o sin síntomas crónicos
IV: EPOC severo	VEF1/FVC < 70% VEF1 < 30% o > 50% Wmás IRC
<i>VEF1</i> : volumen espiratorio máximo en el primer segundo; <i>ref</i> : valor de referencia; <i>FVC</i> : capacidad vital forzada; <i>IRC</i> : Insuficiencia Respiratoria Crónica.	

Tabla N°2
Criterios de Ingreso a Programa de Oxígeno Ambulatorio Crónico

1. Aceptación y comprensión del paciente
2. Acceso geográfico adecuado para un suministro periódico.
3. Cese del tabaquismo
4. Insuficiencia Respiratoria Crónica (IRC):
 - a) PaO₂ < 55 mmHg o SaO₂ <88%, con o sin hipercapnia en reposo; o
 - b) PaO₂ entre 55 mmHg y 60 mmHg o SaO₂ de 89%, si existen evidencias de hipertensión pulmonar, edema periférico por insuficiencia cardiaca congestiva o policitemia (hematocrito >55%)
 - c) Podría considerarse en pacientes que desaturan a niveles de IRC frente a un mínimo de esfuerzo o durante las actividades habituales de la vida doméstica y/o autocuidado.

Tabla N°3
Cuestionario Abreviado de Dificultad Respiratoria (SRQ)

Grado de Dificultad Respiratoria durante las siguientes actividades:

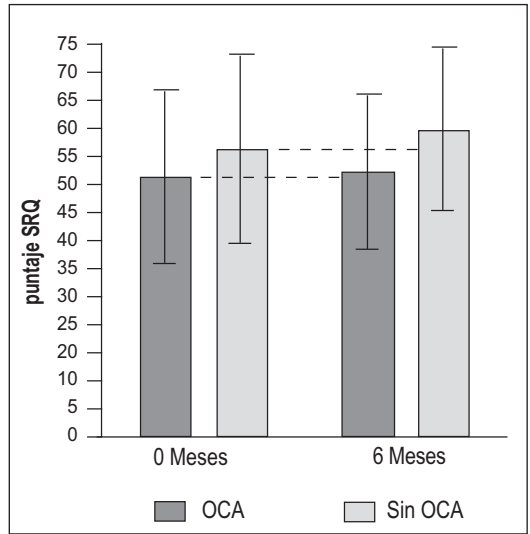
- 0 Ninguna
- 1 Leve
- 2 Leve-Moderado
- 3 Moderada
- 4 Severa
- 5 Máxima o imposible de realizar debido a la dificultad respiratoria

- 1.- En reposo
- 2.- Caminar por una superficie plana a mi ritmo normal
- 3.- Caminar por una superficie plana con otras personas de mi edad
- 4.- Subir un cerro
- 5.- Subir escaleras
- 6.- Mientras como
- 7.- Ponerme de pie al estar sentado en una silla
- 8.- Lavarme los dientes
- 9.- Afeitarme y/o cepillarme el pelo
- 10.- Ducharme/bañarme
- 11.- Vestirme
- 12.- Ordenar y arreglar las cosas de mi casa
- 13.- Lavar la loza
- 14.- Barrer/ pasar la aspiradora
- 15.- Hacer la cama
- 16.- Salir a comprar
- 17.- Lavar la ropa
- 18.- Lavar el auto
- 19.- Cortar el pasto
- 20.- Regar el jardín
- 21.- Actividades sexuales

¿En qué medida los siguientes factores limitan sus actividades de la vida diaria?

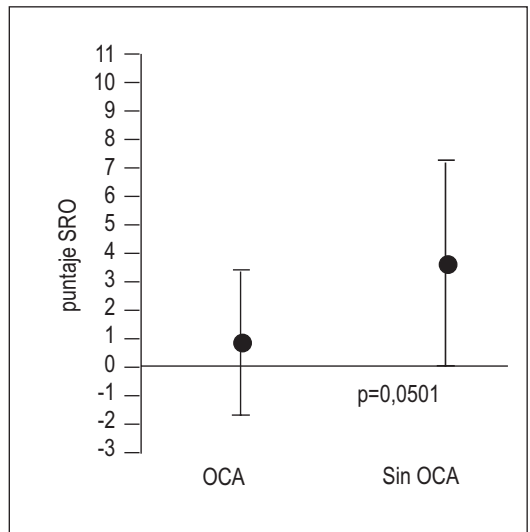
- 22.- Falta de aire
- 23.- Miedo a “sentirme mal” por hacer mucho esfuerzo
- 24.- Miedo a la falta de aire

Figura N°1
Calidad de Vida a los seis meses, según uso de Oxígeno



No existió diferencia significativa entre los grupos a los 0 y 6 meses de estudio; el grupo Sin OCA, según el cuestionario SRQ, mostró una tendencia al deterioro en la calidad de vida, fenómeno que no se observó en el grupo con OCA.

Figura N°2
Cambios en la Calidad de Vida a los seis meses, según Uso de Oxígeno



Variación del puntaje en el cuestionario SRQ entre los 0 y 6 meses de estudio. La variación del grupo sin OCA fue mayor a la del grupo con OCA con una significancia estadística de p=0,0501.

Importancia de los factores sico-sociales en relación a las enfermedades cardiovasculares

Fabián González Vargas¹, Felipe González Vargas²
¹Médico Cirujano Servicio de Medicina Interna
 Hospital Claudio Vicuña San Antonio V región Chile
²Alumno Medicina Universidad Diego Portales

RESUMEN

Los grandes cambios sociales y demográficos que nuestro país ha experimentado en las últimas décadas están generando una elevada carga de enfermedad asociada a los estilos de vida, hábitos y conductas, sino que también han condicionado la forma en cómo la persona y la familia se enfrenta a estas problemáticas.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la causa de muerte más importante en nuestro país, superando a los cánceres, traumatismos y enfermedades respiratorias.

Además, provocan una alta morbilidad y discapacidad, ya sea porque aquellos que sobreviven al evento agudo resultan con secuelas incapacitantes, o porque, sin haber sufrido un evento agudo, se deterioran progresivamente como consecuencia del curso crónico de la enfermedad

Sin embargo se ha visto que los factores de riesgo tradicionales como el tabaco, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia. Por si solos, no logran explicar el aumento de ECV, ya que las intervenciones sobre estos no han sido efectivas.

Debido a esto se ha reconocido últimamente la importancia de otros factores como el estrés, la depresión, estados emocionales negativos, estresores sicosociales, y la importancia de las redes sociales, que producen cambios fisiológicos tales como: activación del eje hipotálamo- hipófisis- suprarrenal y nervios autonómicos, disfunción serotoninérgica y secreción de citokinas. Las cuales influyen en la presencia de ECV.

ABSTRACT

The great social and demographic changes that our country has experienced in last decades are generating an elevated load of correlated disease the lifestyles, habits and conducts.

Diseases cardiovasculares (ECV) are the cause more important of death at country, Surpassing cancers, traumatisms and respiratory diseases.

Besides, a loud morbidity and disability provoke, either because those that outlive the intense event work out with crippling sequelae, or because, without having suffered an intense event, they deteriorate progressively as a consequence of the chronic course of the disease

However you have seen yourself than the traditional factors of risk like tobacco, diabetes, hypertension, hypercholesterolemia. For if solos, they do not manage to explain ECV's increase, since the interventions on these have not been effective .

Due to this has recognized him lately the importance of another factors like the stress, the depression, emotional negative statuses, sicosocial stress, and the importance of the social nets, the fact that physiological changes produce: Activation of the axle hypothalamus suprarenal hypophysis and autonomic nerves, dysfunction serotoninérgica and secretion of citokinas. That they are influence ECV's presence.

Los grandes cambios sociales y demográficos que Chile ha experimentado en las últimas décadas están generando no sólo una elevada carga de enfermedad asociada a los estilos de vida, hábitos y conductas, sino que también han condicionado la forma en cómo la persona y la familia se enfrenta a éstas problemáticas.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) continúan siendo la principal causa de muerte en la población adulta chilena, superando a los cánceres, traumatismos y enfermedades respiratorias. Entre ellas destaca la enfermedad de las arterias coronarias (angina e infarto del miocardio), de las cerebrales (accidentes vasculares cerebrales) y de las arterias periféricas (aneurisma aórtico y enfermedad cardiovascular periférica).

Las ECV equivalen al 20% del total de fallecimientos, constituyendo la primera causa en hombres mayores de 35 años y mujeres mayores de 50 años. Se asocia también a una alta morbilidad y discapacidad, ya sea porque aquellos que sobreviven al evento agudo (isquemia miocárdica, accidente vascular) resultan con secuelas incapacitantes, o porque, sin haber sufrido un evento agudo, se deterioran progresivamente como consecuencia del curso crónico de la enfermedad¹

Además, son la tercera causa de pérdida prematura de años de vida. Son por tanto una gran carga económica para el individuo, su familia y para la sociedad, por cuanto requieren de atención especializada de gran complejidad tecnológica de ahí su denominación de enfermedades catastróficas y la necesidad de implementar medidas y estrategias para reducir su mortalidad y morbilidad²

La observación a través del tiempo de distintas poblaciones ha permitido identificar en forma creciente, factores de riesgo modificables asociados a esta patología, entre los cuales destacan la dislipidemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus y tabaquismo. Otros factores han sido definidos como con-

dicionantes, ya que su rol directo no está claro, pero sí que son capaces de inducir la expresión de los factores de riesgo anteriormente mencionados. Entre ellos se destacan la obesidad, el sedentarismo, la dieta y el estrés.³

La prevalencia de FRCV en Chile es elevada; sólo un 20 a 25% de la población adulta chilena está libre de factores de riesgo.

En la mayoría de los casos la expresión de los factores de riesgo personales, depende de la interacción de defectos genéticos y del estilo de vida del paciente, de ahí la importancia de adoptar un estilo de vida saludable para prevenir la aparición.

Las organizaciones internacionales han definido tres niveles de prevención:

Primordial: cuyo objetivo es evitar la aparición de factores de riesgo en la población, ella pretende a través de la educación familiar, adquirir hábitos de vida desde la niñez, como ser una dieta saludable, involucrarse en actividad física y evitar el tabaquismo.

Prevención Primaria: cuyo objetivo es identificar y corregir los factores de riesgo en poblaciones sanas, para evitar la aparición de la enfermedad.

Prevención Secundaria: cuyo objetivo es identificar y corregir los factores de riesgo en población enferma para evitar su recurrencia y/o muerte.

Existe acuerdo de que una prevención efectiva de las enfermedades cardiovasculares debe considerar las tres estrategias, esto es educar a la población para que asuma un estilo de vida saludable, pesquisar y corregir los factores de riesgo tanto en la población sana como enferma.

Si bien estos FRCV son importantes, no logran explicar por sí solo el aumento de ECV, ya que las intervenciones sobre estos no han sido efectivas. Debido a esto se ha reconocido últimamente la importancia de otros factores como el estrés, la depresión,

estados emocionales negativos, estresores sicosociales, la personalidad tipo A y la importancia de las redes sociales.⁴⁻⁵

Los mecanismos fisiopatológicos que podrían explicar la enfermedad cardiaca estarían dados por los efectos negativos del estrés, emociones negativas, y factores sociales, que producen cambios fisiológicos en el organismo, tales como: activación del eje hipotálamo-hipófisis suprarrenal y nervios autonómicos, disfunción serotoninérgica, secreción de citocinas y activación plaquetaria.

El eje H-H-S y el SNA se activan frente al stress, miedo, ansiedad, ira. Una desregulación crónica de este eje puede ocurrir en la depresión. Estas alteraciones neuroendocrinas, se traducen en hipercortisolemia y elevación de catecolamina.

Esto produce:

1. insulina resistencia
2. HTA
3. obesidad Visceral
4. alteraciones en la coagulación
5. aumento de niveles de lípidos

Todo esto contribuye a la aterogénesis. La relación entre factores sicosociales y ECV es altamente compleja y multifactorial.

La Serotonina esta relacionada con la regulación del humor, emociones y conducta. También tiene propiedades vaso activas, se relaciona con la trombogénesis, activación plaquetaria y HTA. En caso de una injuria las plaquetas secretan serotonina. En pacientes con altos niveles de ansiedad, stress, etc. hay desregulación en la secreción de serotonina

Los procesos inflamatorios juegan un rol fundamental en la aterogénesis e injuria endotelial. Cuando esta es producida por el gradiente de shear stress en la pared vascular se producen citocinas y sustancias vaso activas con propiedades pro coagulantes.

Los estados emocionales negativos puede afectar la secreción de citocinas

(IL-1 IL-6) y éstas pueden estimular el eje HHS. Por lo tanto juegan un rol en la hemostasia, trombosis, desarrollo de aterosclerosis y síndromes coronarios agudos. A si también síndromes depresivos y estado ansiosos se han relacionado a activación plaquetaria⁶ (Fig. 1)

Revisando literatura internacional, se ha podido definir 3 dominios psicosociales

a) Estados emocionales negativos

1. síntomas de depresión
2. rabia y hostilidad
3. ansiedad

b) Estresores sicosociales

1. estresores relacionados con el trabajo
2. estresores sicosociales agudos
3. estresores sicosociales crónicos

c) Factores sociales

1. redes sociales
2. soporte social
3. conflictos sociales

Los cuales estarían muy ligados a la incidencia y prevalencia de ECV. El apoyo social se considera un constructo multidimensional. Donde se distinguen tres redes sociales fundamentales: familia, amigos y los otros, cada una de ellas influye de diferente forma en la salud del individuo. Hay varias formas de apoyo social: apoyo emocional, que representa la habilidad de encontrar tranquilidad y seguridad en los periodos de estrés; integración social, que son los sentimientos de un individuo al sentirse parte de un grupo con el cual comparte intereses en común; apoyo de estima, el individuo se siente querido y competente; apoyo tangible, es la ayuda instrumental física o económica, y el apoyo motivacional corresponde a los consejos de parte de los demás para resolver un problema.⁷

El apoyo social, puede estudiarse desde dos perspectivas; en relación a los aspectos estructurales y los aspectos funcionales.

Los aspectos estructurales, se refieren a los aspectos físicos como el tamaño (número de individuos que ocupan la red), complejidad (número de roles que desempeña el individuo en la red y actividades en las que se halla implicado). Describen la existencia de los vínculos sociales de un individuo (Fig. 2), recogiendo así todos los datos sobre sus relaciones interpersonales (estado civil, interacciones con la familia y los amigos). El aspecto funcional del apoyo social hace referencia a la percepción de disponibilidad de apoyo; se distingue entre el apoyo recibido (objetivo) y apoyo percibido (subjetivo).

Hay que tener en cuenta que no todo el apoyo proporcionado puede ser percibido como suficiente y adecuado para el sujeto. El apoyo percibido es más importante que el recibido, ya que es el que determina el bienestar físico y psicológico del sujeto. Sin embargo, el apoyo recibido es efectivo en periodos puntuales de experimentación de estrés.⁸

Por esto el apoyo social sirve como modulador de los efectos negativos de otras variables en la salud cardiovascular, éste se explica porque: ayuda al individuo a evitar aquellas conductas perjudiciales para la salud y potencia aquellas saludables, media la relación entre determinadas variables de personalidad y comportamientos y la reactividad cardiaca (patrón de conducta tipo A, altas dosis de hostilidad). El apoyo social podría actuar sobre estas variables mitigando el riesgo de los trastornos coronarios. Los individuos con apoyo social perciben las situaciones amenazantes como menos estresantes que aquellos que carecen de ésta.⁹ (17)

El capital social es una forma de analizar las características individuales de un ambiente en forma global, pero no puede ser visto o medido directamente. Es una fuerza de cohesión con la población. El capital social se mide por indicadores de eficacia colectiva, y nos orienta en las relaciones

individuales y familiares que se adquieren o se pierden en cada momento.¹⁰ el hacer un análisis individual es inapropiado si se esta buscando determinar las causas socio ambientales de una enfermedad.

El análisis de Rose¹¹ muestra que cambios en los estilos de vida y de ambiente social deber ser hechos con objetivos pragmáticos, no utópicos y que a pesar de obtener beneficios pequeños a nivel individual, el beneficio colectivo es grande. Por esto es importante determinar como estos factores estresores, inciden en la aparición de ECV y como la presencia de redes sociales y de apoyo, en pacientes de programas de control cardiovascular en atención primaria, influyen tanto en la morbilidad y mortalidad cardiaca. De esta manera se podría conocer, cuales son las intervenciones costo efectivas mas ventajosas, que se deberían implementar, para disminuir las altas tasas de enfermedad CV en la población Chilena.¹²

REFERENCIAS

- 1.- Philio A, Ades, M.D Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease;; The New England Journal Of Medicine; Vol 345, No 12 September 20, 2001; 892-901
- 2.- MD, FRCPC, MSc (HRM); Heather M. Arthur, PhD .Social Support and Its Relationship to Morbidity and Mortality Alter Acute Myocardial Infarction; Farouk Mookadam., NFESC; ARCHINTERN MED/VOL 164 JULY 26, 2004; 1514-1518
- 3.- Factores Psicosociales de riesgo para enfermedad Cardiovascular; Elena Crespo, Sonia Benages; Jornades de Foment de la Investigació; Universitat Jaume-I; Vol. 2, 1-7
- 4.- Humberlina Robles, Maria Nieves Perez, Gustavo Reyes, Rosario Fernandez-Figares Psychological and Psychophysiological Indicators of Coronary Risk: A Cross-Sectional Study In Cardiac Patients; Facultad de Psicología. Universidad de Granada Campus Universitario de Cartuja. 18071 GRANADA. SPAIN

- 5.- Patrick G, O'Malley, M.D.; M.P.H, David L Jones M.D.; M.P.H.; Irwin M. Feverstein, M.D., and Allen J. Taylor, M.D Lack Of Correlation Between Psychological Factors and Subclinical Coronary Artery Disease;; The New England Journal Of Medicine; November 2. 2000, Vol 343 Number 18; 1299-1303
- 6.- Susan A. Everson-Rose, Tene T. Lewis. Psychosocial Factors and Cardiovascular Diseases; Rev Public Health 2005. 26:469-500
- 7.- Manuel Nebot, José Manuel La fuente, Zoa Tomas, Carme Borrell, Josep Ferrado. Efecto Protector del apoyo Social en la Mortalidad en población anciana: Un estudio Longitudinal; Rev. Española de Salud Publica 2002;76: 673-682;
- 8.- Lisa F. Berkman, Thomas Glass, Ian Brissette, Teresa E. Seeman From social Integration to Health: Durkheim in the new millennium; Social Science and Medicina, vol 51, 2000. 843-857
- 9.- Sonia Benages, Elena Crespo. El apoyo Social como modulador de Riesgo Coronario;; Jornades de Foment de la Investigació;; Universitat Jaume-I; Vol. 1, 1-7
- 10.- Social capital and mental health The Lancet Vol. 362 August 16, 2003 505-506
- 11.- Improvement of social Environment to improve health; Michael G Marmot; The Lancet vol 351 January 3, 1998; 57-60
- 12.- Stephen J Bunker, David M Colquhoun, Murray D Esler, Ian B Hickie, David Hunt, V Michael Jelinek, Brian F Oldenburg, Hedley G Peach, Denise Ruth, Christopher C Tennant and Andrew M Tonkin "Stress" and Coronary Herat disease: psychosocial risk factors;; The Medical Journal of Australia; 2003, vol 178; 272-276

Figura 1
Factores psico-sociales y activación de mecanismos fisiopatológicos

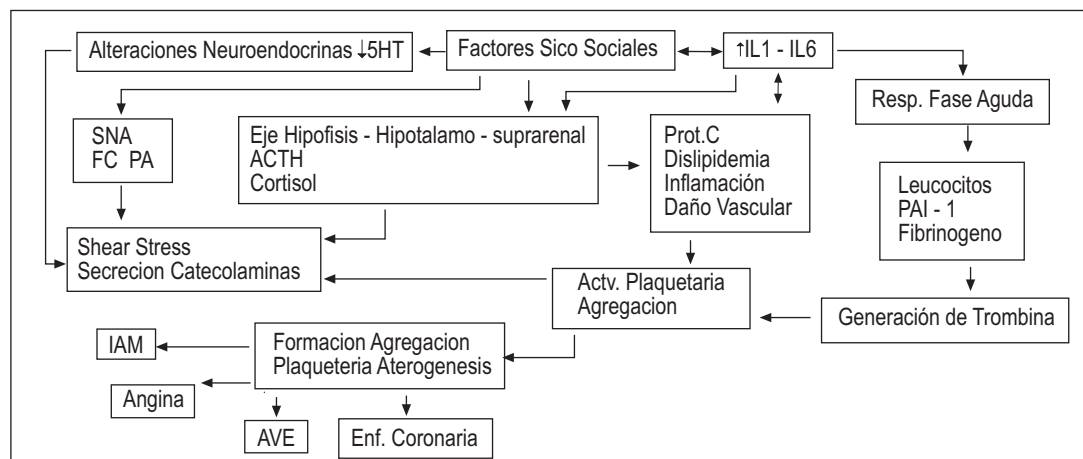
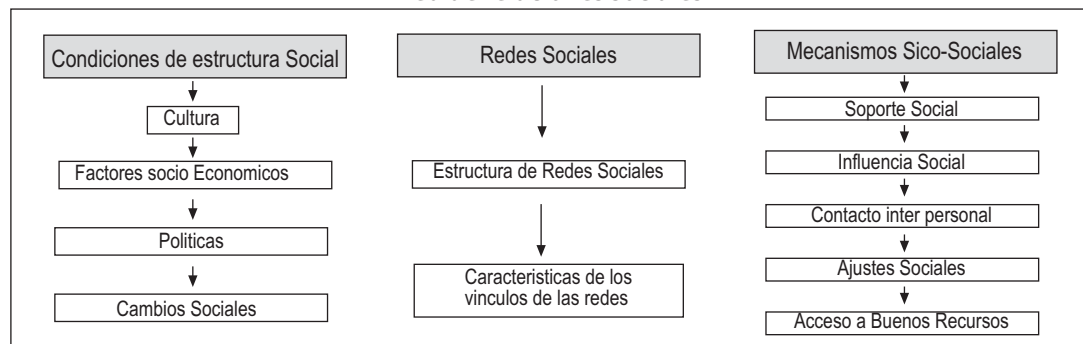


Figura 2
Red de relaciones sociales



Acalasia esofágica en edad pediátrica. Presentación de un caso clínico

Lucía Alamos L.¹, Luisa Prüssing S.¹, Héctor Trautmann H.², Cristián Domínguez Z.³, Matías Monje H.³

¹Médico Pediatra. Servicio Pediatría Hospital Regional Rancagua

²Médico Cirujano Infantil Hospital Regional

³Interno 7º año Escuela de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Diego Portales

RESUMEN

Acalasia es un trastorno de la motilidad esofágica, descrita por primera vez en 1694. Los factores que dan inicio a la enfermedad y los mecanismos de base que llevan a sus presentaciones características, la ausencia de peristalsis esofágica distal y la relajación anormal del esfínter esofágico inferior, aún no se encuentran muy bien dilucidados. La baja incidencia en niños hace que sea necesario estudiar grandes poblaciones pediátricas y realizar estudios multicéntricos para utilizar cohortes de pacientes de diferentes centros. El diagnóstico se inicia con una endoscopia digestiva alta, con la cual se puede apreciar la falta de relajación del esfínter esofágico inferior y una esofagitis secundaria en el tercio inferior. La manometría esofágica confirma el diagnóstico al mostrar una incompleta relajación del esfínter y aperistalsis. Se puede solicitar una radiografía de esófago, estómago y duodeno, para definir en mayor detalle la anatomía esofágica. El estancamiento de los alimentos causa dilatación progresiva del segmento afectado. Los síntomas son de comienzo insidioso, progresivo y variado, desde vómitos postprandiales, disfagia progresiva de sólidos a líquidos hasta compromiso ponderoestatural y cuadros respiratorios infecciosos a repetición. El objetivo principal del tratamiento es disminuir la presión del esfínter, para permitir el paso de alimentos. Esto se logra, mediante un balón periódicamente o con cirugía. En la presente publicación se realiza una descripción de los síntomas, evolución y alternativas terapéuticas de esta patología, en un caso clínico diagnosticado en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Rancagua

SUMMARY

Achalasia is a disorder of the esophageal motility, described by the first time in 1694. The factors that cause the disease and the base mechanisms that lead to its typical presentation, the absence of distal esophageal peristalsis and the abnormal relaxation of the lower esophageal sphincter, are still not very well explained. Because the low incidence in children it is necessary to study great pediatric population and to do multicentre studies to use patient's cohorts of different centers. Usually, the diagnosis begins with a high digestive endoscopy, in which is possible to appreciate the lack of relaxation of the lower esophageal sphincter and a secondary esophagitis in the low third. The esophageal manometry confirms the diagnosis when shows an incomplete relaxation of the sphincter and aperistalsis. Besides, it is possible to perform an X-ray exam of esophageal, stomach and duodenum, to define in greater detail the esophageal anatomy. The stagnation causes a progressive dilatation of the affected segment. The symptoms have a insidious, progressive and varied beginning, from after-lunch vomits, solid to liquid's progressive dysphagia until a damage of weight and height and repetitive infectious respiratory diseases. The principal objective of the achalasia treatment is to decrease the pressure of the sphincter, to allow the pass of the food. This is obtained with the expansion of the sphincter using a ball, periodically, or with surgery. We show a description of the symptoms, clinical evolution and therapeutic alternatives, in reference to an inpatient of the Pediatrics Service of Hospital Regional Rancagua

INTRODUCCIÓN

Acalasia corresponde a un trastorno motor primario que afecta al esófago, documentado hace 300 años¹, caracterizado por una hipertonía del EEI más una ausencia del normal peristaltismo esofágico² lo que produce una disfunción en el correcto tránsito del bolo alimenticio a través de ese segmento del tubo digestivo produciendo una retención esofágica con el consiguiente reflujo y disfagia asociada. Su incidencia a nivel mundial es baja y más aún en la edad pediátrica³. En la literatura figuran solo pequeñas series de casos en donde se estima que la incidencia en niños es alrededor de 1 caso por 100.000 habitantes y 3 a 4% de estos presentan síntomas antes de los 15 años⁴. Como forma de presentación lo más clásico es que se presenten con síntomas digestivos como disfagia, dispepsia y reflujo, existen casos en donde la principal forma de presentación corresponde a manifestaciones respiratorias como tos crónica, SBO y neumonía^{5,6}. No existe un tratamiento curativo, sin embargo, existen diversas terapias tanto médicas como quirúrgicas que han demostrado mejoría clínica significativa en los pacientes seleccionados. Dentro de los tratamientos con mejores resultados se encuentran la dilatación neumática del EEI y la cardiomiectomía de Heller⁷, Ambas técnicas tienen como objetivo lograr disminuir la hiperpresión del EEI.

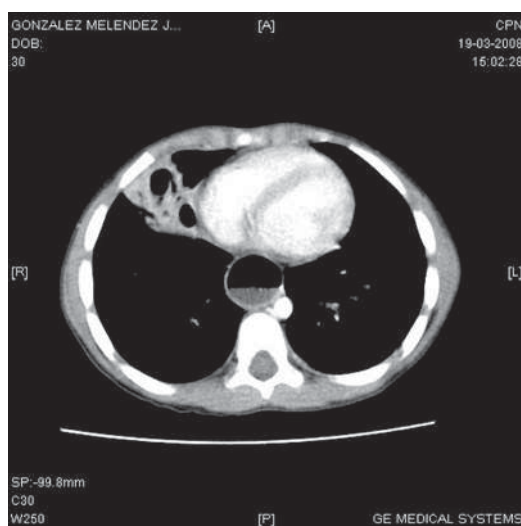
Presentación del caso

Preescolar, sexo masculino, de 4 años de edad. RNTPEG de 38s con peso de 2.550grs y talla 46cm. Con antecedentes mórbidos previos de reflujo gastro-esofágico patológico desde el año de edad, retraso pondero-estatural, 3 episodios de OMA y 3 episodios de SBO leve-moderado en período de lactante. Sin antecedentes quirúrgicos.

Ingresa al servicio de Pediatría del H.R.R derivado desde el H. de Rengo el día 18/03/08 con diagnósticos de Neumonía resistente a tratamiento, RGE Severo, Desnutrición C-P y antecedentes de 2 semanas de hospitalización

por cuadro de tos ++, CEG y fiebre, presentando una mala respuesta clínica al tratamiento con cefotaxima y cloxacilina ev. En dosis adecuadas. Al ingreso paciente febril 38,5°C axilar, PA: 112/73 mmHg, pulso 134 por min. Regular, frecuencia respiratoria de 30 por min. Peso 14Kg, talla: 1mt. Al examen físico destaca paciente con déficit de masa muscular y tejido adiposo, murmullo pulmonar disminuido en ambos campos, roncus bilaterales y crépitos bibasales, hipocratismo digital y caries visibles en la mayoría de las piezas dentarias. Coulter normal y PCR: 7mg/dl. Con estos elementos se hospitaliza con los diagnósticos de 1.- Neumonía derecha, 2.- Obs daño pulmonar crónico secundario: Fibrosis quística?, Sd. Cilio inmóvil?, 3.- RGE Severo, 4.- Riesgo de desnutrición. Se inicia tratamiento antibiótico con ciprofloxacino 200mg c/ 12hrs ev y solicitan exámenes de control y complementarios de los que destacan PCR: 8,6mg/dl, Test del sudor (-) y Tac de tórax informado como anormal con un proceso de condensación en lob. Medio derecho cavitado, compromiso alveolar bilateral de tipo condensación multifocal y **DILATACIÓN ESÓFAGICA CON NIVELES HIDROAEREOS**. (Fig. 1)

Figura N° 1
TAC de Tórax



El paciente evoluciona afebril con buen estado general sat. 95% sin O₂, presentando vómitos post prandiales precoces frecuentes asociados a episodios de tos, se decide agregar vancomicina 140mg C/6hrs ev. Con el resultado del Tac de tórax se pos-

tula el diagnóstico de ACALASIA ESÓFÁGICA, por lo que se solicita una EDA que sugiere acalasia por lo que se indica realizar una radiografía de esófago-estómago-duodeno. (Fig. 2) en donde se aprecian signos característicos de la patología, como la imagen en “pico de ave” que muestra la hipertonía del EEI y el paso lento del medio de contraste desde esófago a estómago. Dado el diagnóstico se solicitan serología para T. Cruzii (-) e interconsulta a Cirugía Infantil.

Figura N° 2
Radiografía de Esófago-estómago-duodeno



El día 02/04/08 al cumplir 15 días de hospitalización e igual número de día de tratamiento antibiótico es evaluado por cirugía infantil programándose una dilatación esofágica que se realiza sin incidentes (Fig. 3 y 4) y se indica una 2° dilatación en 10 días.

Figura N°3
Imagen por fluoroscopia de Dilatación esofágica con balón.

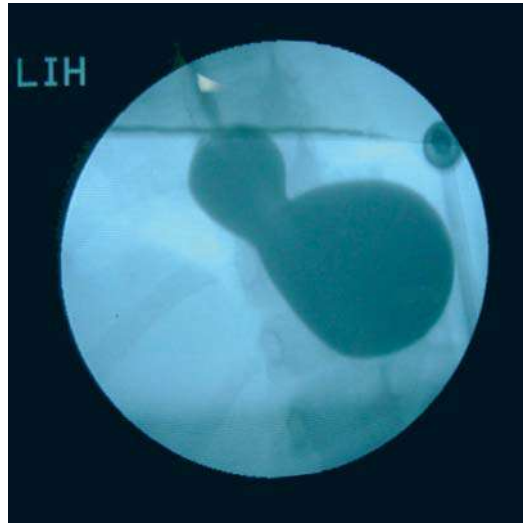
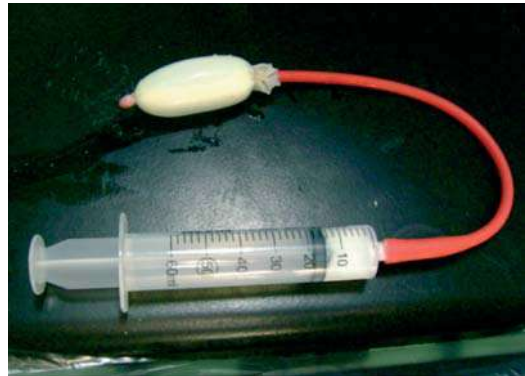


Figura N° 4
Balón de Dilatación



El día 04/04/08 se decide el ALTA con diagnósticos de 1.-Acalasia esofágica primaria, 2.-RGE patológico secundario, 3.-Neumonía cavitada por aspiración crónica, 4.-Riesgo de desnutrición. El día 16/04/08 es controlado en policlínico de cirugía infantil en donde se aprecia una clara mejoría del paciente con disminución casi en un 80% de los episodios de vómitos post prandiales y de tos, se indica control en 1 mes para evaluar necesidad de nueva dilatación. Posteriormente la respuesta no ha sido satisfactoria por lo cual será necesaria la intervención quirúrgica.

Discusión

La acalasia esofágica es una falla en el mecanismo de relajación muscular del esfínter esofágico inferior, después de una contracción peristáltica del cuerpo esofágico, previamente estimulado por la deglución. La etiología de la enfermedad es incierta y es poco frecuente en edad pediátrica, además no existe asociación familiar, afectando en una mayor proporción al sexo masculino⁸.

Clínicamente la presentación varía entre episodios de regurgitación postprandial con vómitos alimentarios, compromiso pondoestatural, y disfagia. Además como muchos otros cuadros clínicos se puede presentar con sintomatología atípica, siendo los cuadros respiratorios del tipo Neumonía o Síndrome Bronquial Obstructivo los más prevalentes, dificultando el proceso diagnóstico, Por estos últimos síntomas y porque se encuentra relacionado con Reflujo Gastroesofágico es que la acalasia esofágica se ha tendido a subdiagnosticar. En nuestro caso expuesto el paciente contaba con una historia mórbida de numerosos cuadros infecciosos respiratorios y retraso pondoestatural. Dentro de este ambiente patológico más la resistencia al tratamiento óptimo antibiótico del cuadro respiratorio con que fue ingresado es que nace la sospecha de una etiología secundaria de su morbilidad respiratoria.

En un primer acercamiento al paciente se solicitó una Tomografía Axial Computada de Tórax la que evidenció un daño pulmonar crónico y una imagen de dilatación esofágica con lo que comienza la sospecha del cuadro clínico subyacente. Posteriormente en su estudio, la radiografía de estómago-esófago-duodeno fue fundamental para realizar el diagnóstico ya que era patente la clásica imagen de "pico de ave".

El examen de elección para el diagnóstico de Acalasia esofágica es la manometría esofágica, examen que no pudo ser realizado en nuestro caso.

El tratamiento continúa siendo una interrogante, como primera etapa se sugie-

ren medidas no invasivas como medicación con bloqueadores de canales de calcio, que relajan el esfínter esofágico inferior, pero estos tipos de tratamientos no han sido utilizados en población pediátrica⁸, por lo que clásicamente la dilatación y la miotomía esofágica han sido de elección. En nuestro caso la opción terapéutica fue la dilatación con balón, tratamiento que ha demostrado beneficios en un comienzo solamente por lo que deberá ser operado, confirmando lo que dice la literatura, que el mejor tratamiento es la cirugía.

REFERENCIAS

- 1.- Torres, A. Chacon F. Acalasia en niños: análisis de casos relacionados con corrección laparoscópica por miotomía de Heller, clínica Fundación Valle de Lili. Rev. Col. Anest. [online]. jul./set. 2007, vol.35, no.3, p.239-242.
- 2.- Garzi A. Valla J. Molinaro F. Amato G. Messina M. Minimally Invasive Surgery for Achalasia: Combined 2007, Vol.44 no.5, p. 587-91.
- 3.- Ibañez A. Pérez B. Guzmán B. *et al.* Tratamiento laparoscópico de la acalasia esofágica en niños: Análisis de 4 casos. Rev. chil. pediatr. [online]. mar. 2004, vol.75, no.2, p.153-158.
- 4.- Berquist WE, Byrne WJ, Ament ME, Fonkalsrud EW, Euler AR. Achalasia: diagnosis, management, and clinical course in 16 children. Pediatrics. May 1983, Vol.71,no.5, p. 798-805.
- 5.- Schultz M.D.E.H. Achalasia in children as a cause of recurrent pulmonary disease. Pediatrics, Oct. 1961, Vol. 59, no.4, p. 522-528
- 6.- Judson R. Commentary on achalasia. Pediatrics in Rev. 1980, Vol. 1, p. 245-246
- 7.- Jafri M. Alonso M. Kaul A. Dierig J. y Cols. Intraoperative Manometry during laparoscopic Heller myotomy improves outcome in pediatric achalasia. Journal of Pediatric Surgery Ene. 2008, Vol. 43, no. 1: p. 66-70.
- 8.- Fernandez P. Lucio L. Pollachi F. Esophageal achalasia of unknown etiology in children. Jornal de Pediatria. 2004. Sociedade Brasileira de Pediatria.

Endocarditis recurrente en paciente portador de CIV: Revisión de la bibliografía a propósito de un caso clínico

Guillermina Ibazeta M.¹, Pablo Riquelme² Julio Quilodrán², Constanza Rivera², Sebastián Saavedra²

¹Médico Infectólogo Hospital San José

² Licenciado en Medicina Interno VII año Medicina; Universidad de Santiago de Chile.

RESUMEN

*Se presenta el caso clínico de un paciente en su tercer episodio de endocarditis infecciosa sobre válvula tricúspide secundaria a comunicación interventricular congénita no corregida. La comunicación interventricular (CIV) es una de las malformaciones cardíacas congénitas (MCC) más frecuentes. La CIV se clasifica de acuerdo a la localización del defecto y el tamaño de éste, siendo más frecuentes los defectos membranosos pequeños, que suelen cerrarse antes de los 2 años de edad. Los defectos pequeños que persistentes pueden ser manejados en forma médica en pacientes seleccionados. De estos pacientes, hasta un 25% puede presentar complicaciones derivadas de una CIV no corregida, siendo la endocarditis infecciosa la más frecuente (11%). Las lesiones a menudo se ubican en las valvas tricuspideas (en relación al defecto), en la pared libre del ventrículo derecho y en la CIV misma. Los microorganismos involucrados no varían de los de EI sobre válvula nativa, correspondiendo en su mayoría a *S. viridans*, *S. aureus* y otros estreptococos. El tratamiento específico y su duración no varían respecto a la EI en válvula nativa, como también las indicaciones quirúrgicas por complicaciones de la EI. El cierre del defecto interventricular está indicado en casos de un shunt izquierda a derecha mayor al 50%, la aparición de sobrecarga ventricular derecha, hipertensión pulmonar, insuficiencia aórtica o el desarrollo de complicaciones, tales como EI. Las recomendaciones actuales de profilaxis antibiótica no excluyen la CIV por sí misma, pero sí se recomienda profilaxis para todo paciente con antecedentes de EI, independiente de la causa*

Palabras clave: (endocarditis, infecciosa, recurrencia, comunicación interventricular)

ABSTRACT

*A third episode of infective endocarditis on a patient with no corrected ventricular septal defect (VSD). The VSD is one of the most common congenital heart defects. It can be classified according to its size and localization, being the small membranous defects the most prevalent. These small defects closes spontaneously by age 2. The persistent small VSD might receive medical treatment without surgery in selected patients. Of these patients, up to 25% present complications, being infective endocarditis the most frequent (11%). The vegetations can be found most often on the tricuspid valve, the right ventricle wall and on the VSD itself. The microbiology is mostly the same than native valve endocarditis, with *S. viridans*, *S. aureus* and others streptococci leading the prevalence. Specific antibiotic treatment and surgical indications are also similar. Surgical repair of VSD is indicated when left to right shunt is higher than 50%, signs of right ventricle overload, pulmonary hypertension, aortic regurgitation and complications, such as infective endocarditis. Current guidelines of endocarditis profilaxis do not include uncomplicated VSD, but recurrence of endocarditis is an indication on every circumstance.*

Key words: (endocarditis, infective, recurrence, ventricular septal defect)

INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa (EI) es una patología grave que aún tiene una importante morbimortalidad a pesar de los avances en diagnóstico y terapia antibiótica. En nuestro medio la mortalidad alcanza a un 29% en el contexto hospitalario (2). El perfil epidemiológico de la enfermedad ha presentado variaciones las últimas décadas. De constituir una enfermedad que afectaba principalmente a personas con secuelas de enfermedad reumática, actualmente ha aumentado la proporción de de pacientes con valvulopatía degenerativa, reemplazo valvular por otras patologías y malformaciones cardíacas congénitas (MCC) (1). Este cambio epidemiológico parece estar instalándose también en Chile, donde la etiología reumática, las prótesis valvulares y las malformaciones cardíacas representan el 25%, 14% y 13% de las causas de EI (2). Las MCC cobran cada vez mayor importancia en el paciente adulto a medida que mejora el manejo de estas patologías y aumenta la sobrevida de los pacientes que se someten a cirugía y el mejor seguimiento de aquellos que se manejan en forma médica. En el contexto de las MCC en el adulto, la EI puede asentarse sobre anomalías anatómicas residuales de una MCC corregida quirúrgicamente o sobre una malformación no corregida (ya sea corresponde a una MCC asintomática que se diagnostica tardíamente o a una lesión pequeña en la que se decide manejo conservador)

A continuación se presenta el caso de un paciente con CIV no operada, diagnosticada durante la infancia, en su tercer episodio de EI de válvula tricúspide secundario a la CIV.

Presentación del Caso:

Paciente de 65 años, sexo masculino, con antecedentes mórbidos de obesidad, diabetes mellitus tipo 2 insulino requiriente, hipertensión arterial de larga data en trata-

miento con atenolol, furosemida y losartan, colecistectomía (1980), comunicación inter-ventricular (CIV) perimembranosa diagnosticada a los 5 años (no operada), dos episodios de endocarditis infecciosa tratados; el primero en 1981 y el segundo en 2004 (solo se obtiene dato que germen aislado correspondió a *S. Viridans*).

Consulta por primera vez en Hospital de Chanco por cuadro de 2 días de evolución caracterizado por fiebre mantenida y compromiso del estado general. Se le realizan radiografía de tórax y exámenes generales de sangre y orina, resultando todos dentro de parámetros normales.

Por persistencia del cuadro, el paciente es trasladado por familiares a Santiago, ingresando al Servicio de Urgencia de Hospital San José. Al momento del ingreso presentaba cuadro de 17 días de evolución, destacando al examen físico temperatura de 37,8° C, frecuencia cardíaca de 58 lpm, presión arterial de 90/59 mmHg, piel pálida, auscultación cardíaca con ruidos regulares en 2 tiempos con soplo holosistólico en mesocardio, de intensidad IV/VI irradiado a cuello y axila. En exámenes de laboratorio destacan PCR 44 mg/dl y leucocitos 12.600 x mm³. Se traslada a Unidad Coronaria, donde se realiza ecocardiograma transtorácico que informa presencia de CIV pequeña a nivel perimembranoso de válvula aórtica e imagen sugerente de vegetación en velo septal de la tricúspide (en relación a la CIV). Se solicitan hemocultivos y se inicia tratamiento antibiótico empírico con ampicilina más gentamicina. Al día siguiente es trasladado a Servicio de Medicina Interna y estando hospitalizado en ese servicio se reciben 4 hemocultivos (+) para *Streptococcus Beta Hemolítico Grupo G* (SBHGG) resistente a oxacilina, siendo evaluado el mismo día por infectología sugiriendo cambio de esquema antibiótico a ceftriaxona más gentamicina, en espera de confirmación del germen y

concentración inhibitoria mínima (CIM) desde ISP, para ajuste de tratamiento.

Es evaluado por odontología para buscar posible foco dentario, hallándose periodontitis crónica moderada generalizada, descartándose foco infeccioso agudo e indicando control ambulatorio posterior al alta.

Quince días posterior a la toma de hemocultivos llega informe desde ISP, informando *Streptococcus Salivarius* (del grupo de *S. Viridans*), con CIM de 0,25 µg/ml para penicilina (sensibilidad intermedia), por lo que se decide continuar con el tratamiento antibiótico en la misma dosis hasta completar 1 mes.

Cursando el día 33 de tratamiento ATB con ceftriaxona y gentamicina el paciente evoluciona favorablemente, en buenas condiciones generales, asintomático, afebril, hemodinámica y metabólicamente estable. Se solicita colonoscopia para descartar neoplasia. Ese mismo día, se solicitó evaluación por cardiocirugía, para programar cierre de CIV. Se le explica a paciente riesgo y beneficio de intervención quirúrgica, pero rechaza operación.

El paciente rechaza, además, realización de colonoscopia, por lo que tras haber cumplido 51 días de Hospitalización, 49 días de tratamiento ATB con ceftriaxona y gentamicina, es dado de alta en buenas condiciones generales, asintomático, con control ambulatorio en policlínico de cardiología.

Discusión

Las anomalías anatómicas cardiacas constituyen el principal factor de riesgo para endocarditis infecciosa (EI), representando el 75% de los casos (3). Las anomalías más frecuentes corresponden a valvulopatías degenerativas y secuelas de enfermedad reumática, siendo mucho menor la proporción de malformaciones cardiacas congénitas (MCC) como causa de EI en el adulto, estimándose alrededor de un 10-13% de

los casos de EI (3,4). Sin embargo, el perfil epidemiológico parece estar cambiando durante los últimos años, disminuyendo la importancia de las secuelas de enfermedad reumática respecto a las valvulopatías degenerativas y las MCC. De las MCC, las más se asocian a EI son la válvula aórtica bicúspide, ductus arterioso persistente, comunicación interventricular (CIV), coartación aórtica y tetralogía de Fallot.

La CIV es la MCC más frecuente exceptuando a la válvula aórtica bicúspide (12). Puede presentarse en forma aislada o asociada a otras alteraciones estructurales (principalmente válvula aórtica bicúspide, coartación aórtica y obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho). La CIV aislada representa el 20% al 30% de las MCC.

La clasificación se basa en la localización anatómica del defecto. Los defectos membranosos son los más comunes, corresponden al 75% de los casos. A menudo se cierran por la aposición de la valva septal tricúspide. Le siguen en frecuencia los defectos musculares (15%), que a menudo cierran espontáneamente. El tercer tipo en frecuencia (5%) es el canal AV (CIV de entrada; "inlet"). Se ubican en la parte posterior del septo, se asocian frecuentemente a anomalías en las válvulas auriculoventriculares y no cierran espontáneamente. Por último, los defectos de salida ("outlet"), también llamados subpulmonares, supracristales o infundibulares, afectan al 5% de los pacientes. Rara vez cierran espontáneamente. (7, 12)

La historia natural de la CIV depende del tamaño del defecto (7). El 75% de las CIV pequeñas se cierran antes de los 2 años espontáneamente (4). Los pacientes que llegan a la vida adulta con una CIV generalmente presentan un defecto pequeño, puesto que los defectos moderados y grandes suelen hacerse sintomáticos durante la infancia con insuficiencia cardiaca o hipertensión pulmonar (12). Los defectos suelen ser membrano-

tos, con shunt izquierda a derecha pequeño a moderado y sin hipertensión pulmonar (13)

Existen reportes contradictorios respecto a la evolución de la CIV no reparada en el adulto. Los defectos pequeños sin repercusión hemodinámica que persisten hasta la vida adulta generalmente tienen una evolución benigna. El cierre espontáneo ocurre entre el 6 y el 13% (8, 9). De los pacientes en quienes persiste la CIV hasta la adultez, el 75% se mantiene asintomático, mientras que hasta el 25% (10) presentan complicaciones, aunque el riesgo parece variar según las distintas series. En un estudio de cohorte en el que se siguió a niños con CIV pequeñas manejados médicamente hasta la adultez (30 años), el riesgo de desarrollar endocarditis durante el seguimiento fue de un 1,8% (9). En otro estudio, en el que se siguió a pacientes entre 17 a 72 años con CIV pequeña, derivados a una unidad especializada en MCC en el adulto, un 25% presentó complicaciones potencialmente graves, siendo las más frecuentes la endocarditis bacterianas (11%), arritmias sintomáticas (8,5%) y la más frecuente corresponde a fibrilación auricular e insuficiencia aórtica progresiva en un 5% (10); sin embargo, los hallazgos de este estudio podrían ser discutibles por el sesgo de derivación.

Dentro de las complicaciones de la CIV no reparada en el adulto se mencionó la EI como la de mayor frecuencia (hasta un 11%) (10). Al igual que en otras anomalías anatómicas predisponentes, el flujo turbulento a través del defecto determinará lesión endocárdica, sobre la que se desarrollará una lesión trombótica no bacteriana. Tras una bacteremia transitoria, esta vegetación puede ser colonizada, determinando el origen de la EI (14). El lugar donde se asientan las vegetaciones suele ser la pared libre del ventrículo derecho, la válvula tricúspide (como en el caso clínico) y el mismo defecto septal (15). Los gérmenes causales, criterios diagnósticos y tratamiento no son distintos de los de otros

tipos de EI en válvula nativa (13). En nuestro medio los principales microorganismos involucrados son *Staphylococcus Aureus* y *Streptococcus Viridans*, con un 30% y 24% de aislamiento en los cultivos, respectivamente (2)

Respecto al cierre quirúrgico de la CIV en adultos, se han descrito como indicaciones un shunt izquierda a derecha mayor al 50%, la aparición de sobrecarga ventricular derecha, hipertensión pulmonar, insuficiencia aórtica o el desarrollo de complicaciones, tales como la EI (9). Las indicaciones de intervención quirúrgica por complicaciones de EI no varían respecto a las indicaciones de cirugía de EI sobre válvula nativa, a saber: insuficiencia o estenosis valvular que produzca insuficiencia cardíaca, insuficiencia aórtica o mitral que produzca elevación de la presión ventricular de fin de diástole, gérmenes de difícil manejo o resistentes (infección fúngica), complicaciones tales como alteraciones de la conducción (bloqueos), absceso anular aórtico, lesiones destructivas (perforaciones ruptura valvular, fistulas, etc.), embolia recurrente y vegetaciones móviles de más de 10 mm. de diámetro. (11)

La probabilidad de recurrencia de la endocarditis va de un 1 a un 12% según la serie (3, 4), sin embargo, la recurrencia en más de dos ocasiones es extremadamente baja, 0,2% tras 6 años de seguimiento (6). Los factores más asociados a recurrencia corresponden al sexo masculino, la edad avanzada y la presencia de anomalías anatómicas

Los pacientes con CIV pequeñas sin compromiso hemodinámico ya no forman parte de las indicaciones de profilaxis antibiótica según las nuevas guías de prevención de EI de la American Heart Association (solo se considera en los siguientes casos de MCC: cardiopatías cianóticas no reparadas, durante los 6 primeros meses tras la reparación de una MCC con material protésico y anomalías anatómicas residuales) (14). Los episodios previos de EI si constituyen indi-

cación, por lo que el paciente del caso clínico debe recibir profilaxis a futuro, según el procedimiento a realizar (14).

REFERENCIAS

- 1.- Sexton D. Infective endocarditis: Epidemiology and risk factors. UpToDate 2006, v15.1
- 2.- Oyonarte M, Montagna R. Endocarditis Infecciosa: Morbimortalidad en Chile. Resultados del Estudio Cooperativo Nacional de Endocarditis Infecciosa (ECNEI: 1998-2002) Rev Méd Chile 2003; 131: 237-250
- 3.- McKinsey DS, Ratts TE, Bisno AL. Underlying cardiac lesions in adults with infective endocarditis. The changing spectrum. Am J Med 1987; 82:681.
- 4.- Bansal, RC. Infective endocarditis. Med Clin North Am 1995; 79:1205.
- 5.- Van der Meer J, Thompson J, Valkenburg H, Michel M. Epidemiology of bacterial endocarditis in the Netherlands. Arch Intern Med 1992; 152: 1863-1868.
- 6.- Mansur, A. Relapses, recurrences, valve replacements, and mortality during the long-term follow-up after infective endocarditis. Am Heart J. 2001 Vol. 141(1):78-86,
- 7.- Bourke, K. Pathophysiology and clinical features of isolated ventricular septal defects in infants and children. UpToDate 2006, v 15.1
- 8.- Kidd, L, Driscoll, DJ, Gersony, WM, et al. Second natural history study of congenital heart defects. Results of treatment of patients with ventricular septal defects. Circulation 1993; 87:138.
- 9.- Harald M. Gabriel, HM, Heger, M, Innerhofer, P, et al. Long-term outcome of patients with ventricular septal defect considered not to require surgical closure during childhood. J Am Coll Cardiol 2002; 39:1066.
- 10.-Neumayer, U, Stone, S, Smerville, J. Small ventricular septal defects in adults. Eur Heart J 1998; 19:1573.
- 11.-Baddour L. Wilson W. Infective Endocarditis: Diagnosis, Antimicrobial Therapy, and Management of Complications: A Statement for Healthcare Professionals From the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Councils on Clinical Cardiology, Stroke, and Cardiovascular Surgery and Anesthesia, American Heart Association. Circulation. 2005;111:e394-e434
- 12.- Russell, A. Congenital Heart Disease in the Adult: A Review with Internet-Accessible Transesophageal Echocardiographic Images. Anesth Analg 2006;102:694-723
- 13.-Calleja Subirán, M. Endocarditis bacteriana en un adulto sobre la propia comunicación interventricular congénita. An Med Intern 2005; 22 (1)
- 14.-Wilson W. Taubert, K. Prevention of Infective endocarditis. Guidelines from the American heart association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. J Am Dent Assoc. 2007 138 (6): 756
- 15.-Sexton D, Pathogenesis of vegetation formation in infective endocarditis. Up To Date, 2006, v15.1

Infeción persistente de marcapasos implantable por *Pseudomona Aeruginosa*. Presentación de un caso clínico más revisión de tema

Guillermina Ibazeta M.¹, Julio Quilodrán², Pablo Riquelme², Constanza Rivera²,

¹Médico Infectóloga Hospital San José

²Interno VII año Medicina, Licenciado en medicina, Escuela de Medicina Universidad de Santiago de Chile

RESUMEN

*Los dispositivos marcapasos han aumentado su importancia y frecuencia a lo largo del tiempo. Estos no están exentos de complicaciones. Entre estas se encuentran las infecciones de estos dispositivos, las que si no tienen un manejo adecuado puede llegar a altas tasas de morbimortalidad. La infección de estos dispositivos puede ser superficial o más profunda provocando endocarditis asociada a marcapasos. Estos dispositivos son colonizados por su manipulación, por la erosión de la piel subyacente y en forma más rara como lugar de implante secundario debido a sepsis de otro foco. Los agentes principalmente aislados son los del género *Staphylococcus Aureus* y *Coagulasa negativo*, siendo de menos frecuencia los del género *Streptococcus*, *Corynebacterium*, *Pseudomona* entre otros. La presentación clínica va desde cambios inflamatorios superficiales a afección sistémica y sepsis en casos más graves, siendo frecuente en esta última los procesos embólicos pulmonares sépticos. El manejo fundamental de estos pacientes parte del pronto tratamiento antibiótico según agente identificado y el retiro del dispositivo marcapasos. La técnicas de retiro de los dispositivos van de extracción a través de catéteres, fundas laser excimer y cardiotoromía. Es necesario el control del proceso séptico para reinstalar un nuevo dispositivo. A continuación se presentará un caso clínico y una revisión del tema.*

Palabras claves: marcapasos, manipulación, bolsillo, endocarditis, extracción.

ABSTRACT

*The pacemaker device has increased its importance and frequency through the time. These are not exempt of complications, like the infections of these devices, which if not treated properly, comes to high rates of morbidity and mortality. The infection of these devices can be located in surface, affecting only the pocket or involve deep structures producing associated endocarditis. These devices are colonized by pathogenic agents in the moment of its insertion, by the erosion of the underlying skin, and in strange form as place of secondary implant due to sepsis. The main agents are strains of *Staphylococcus aureus* and *coagulasa negative Streptococcus*, being less frequent strains of *Streptococcus*, *Corynebacterium*, *Pseudomonas*, and others.*

The clinical presentation goes from inflammatory changes in superficial infections to systemic affection and sepsis in more serious cases, being frequent in the later embolic pulmonary septic process. The fundamentals of management in these patients starts with early antibiotic treatment according to identified agent and the retirement of the pacemaker device. Extraction techniques range from extraction using catheters, laser excimer and cardiotoromy. It is necessary the control of the septic process before reinstalling a new device. Following we present a clinical case and a review of the topic.

Keywords: Pacemaker, manipulation, pocket, endocarditis, extraction

INTRODUCCIÓN

Los marcapasos son importantes dispositivos que estimulan el corazón con impulsos eléctricos para mantener o restaurar una frecuencia cardíaca normal. Estos son cada vez más habituales en la práctica clínica y han adquirido mayor relevancia en el último tiempo. Si consideramos el incremento en la población geriátrica en las últimas décadas, además de la estrecha relación que existe con la edad de disturbios de la conducción y arritmias, el número de marcapasos circulante continuará en aumento (2, 8, 13, 14,17). Reportes de trabajos en personas mayores muestran aumentos que van desde 150.000 a 174.000 procedimientos de instalación de marcapasos entre los años 1983-1987 (2), estimándose actualmente en el mundo que existan cerca de 3.25 millón de pacientes con marcapasos funcionando.(15) Estos dispositivos no están exentos de complicaciones, éstas van de aquellas relacionadas con el funcionamiento intrínseco del marcapaso a nivel del hardware, software o aquellas relacionadas a un marcapaso con función normal (3). Dentro de las complicaciones que pueden afectar al dispositivo de marcapaso normal se encuentran las infecciones, las que pueden estar limitadas al bolsillo del generador de impulsos y /o la porción subcutánea del electrodo y aquellas infecciones de la porción intravascular del electrodo dentro de la que se encuentra la endocarditis asociada a marcapasos (1, 4, 13). La infección de marcapasos destaca entonces por su frecuencia, entre un 2 a 8% (3) y su alta mortalidad si ésta no es removida, llega hasta un 66%(3) en algunas series. Esta problemática involucra lograr una mejor caracterización de la infección de estos dispositivos en los distintos grupos etarios, disminuir el umbral de sospecha y así optimizar su detección como complicación con el fin de disminuir su mortalidad. A continuación se presenta un caso clínico y revisión de la literatura.

Presentación de caso clínico

Paciente de 67 años, sexo masculino, con antecedentes de miocardiopatía dilatada de etiología alcohólica (1994), insuficiencia cardíaca, capacidad funcional I-II (NYHA) e hipertensión arterial. Portador de marcapasos implantable con desfibrilador automático y re sincronizador biventricular (2002). Ingresa a Unidad Coronaria (UC) del Hospital San José (HSJ) para cambio de fuente de poder de marcapasos, la cual se realiza sin incidentes. Posteriormente en domicilio evoluciona con dolor, prurito y enrojecimiento en región subclavia izquierda (zona del bolsillo), consultando en Servicio de Urgencia (SU) del HSJ dos semanas post alta de recambio de batería. Destaca al examen salida de secreción purulenta por bolsillo de marcapasos. Paciente luego de toma de cultivos se traslada a Unidad Coronaria para manejo. Se decide al 4to día de hospitalización retiro de sistema marcapasos y electrodo auricular, dejando electrodo ventricular in situ por dificultad técnica. En cultivos tomados al ingreso se aísla *P. Aeruginosa* multisensible, por lo que inicia tratamiento antibiótico (ATB) con ceftazidima más amikacina. Se completan 21 días de tratamiento ATB y se reinstala marcapasos (en bolsillo subclavio derecho), dejando electrodo de seno coronario para segundo tiempo. Evoluciona favorablemente hasta el 6º día de hospitalización en Servicio de Medicina, donde presenta compromiso del estado general y taquipnea. Se pesquisa exudado seroso y exposición de cables de electrodo ventricular. En exámenes de laboratorio destaca PCR de 119 mg/L y en nuevo cultivo de secreción desarrollo de *P. Aeruginosa* multisensible reiniciándose tratamiento ATB con ceftazidima y amikacina, completando 33 días de tratamiento en total. Curando 56 días de hospitalización, se decide aseo quirúrgico de bolsillo izquierdo infectado sin inconvenientes. Cuatro días después es trasladado nuevamente a sala de

Medicina Interna, donde presenta clínica compatible con neumonía nosocomial, reiniciándose tratamiento ATB (ceftazidima más amikacina).

Se redefine conducta en equipo y se decide extracción del marcapaso y de electrodos por colonización. Posterior a extracción paciente evoluciona en forma tórpida con gran compromiso respiratorio por neumonía lobar extensa, shock séptico y shock cardiogénico, requiriendo apoyo con ventilación mecánica, drogas vasoactivas y sonda marcapasos transitoria. Se sobre agrega falla renal aguda, por lo que a las 72 hrs. del postoperatorio es trasladado a UCI. Nuevos cultivos de bolsillo izquierdo se aísla *Staphylococcus Coagulasa negativo*, ajustándose tratamiento ATB (carbapenémicos mas vancomicina). Se sobre agrega además, neumonía asociada a ventilación mecánica con asilamiento de *A. Bausana* en aspirado traqueal cuantitativo por lo que se ajusta nuevo tratamiento (cefoperazona-sulbactam). Evoluciona con mejoría de parámetros hemodinámicas, ventilatorios y de función renal, con disminución de requerimientos ventilatorios y drogas vasoactivas en forma progresiva. Evolución posterior favorable, completando 27 días de tratamiento antibiótico con último esquema, posterior a lo cual se instala marcapasos con desfibrilador automático y se inicia anticoagulación. Es dado de alta en buenas condiciones de UC después de larga hospitalización.

Revisión de tema

La real incidencia de infección de marcapasos es difícil de precisar con los estudios actuales. Strauss y Brevik en la década del 90 reportaban incidencias de infección de marcapasos que fluctuaban entre 0-19.9%, adjudicando infección asociada a personas mayores entre 2,5 a 2,8%.(2, 14, 15,16). Estudios mas recientes, en una revisión de 21 estudios, la tasa de infección fluctuaba desde 0.8-5.7% (8-13). La mortalidad tam-

bién varia según las distintas publicaciones, siendo hasta un 66% en casos de infección persistente por no remoción de los dispositivos. En los casos en que son correctamente tratados se presenta una mortalidad que va de entre el 7 y 27%.(13) En las series con mayor incidencia (8303 inserciones de marcapasos) solo un 0.5% era definidos como endocarditis asociada a marcapasos, el 10% del total de infecciones (5, 8, 13,15)

Existen varios factores de riesgo o condiciones comórbidas en la infección asociada a marcapasos (3,7,8,13), dentro de los cuales la que esta claramente identificada como factor de riesgo causal es la manipulación reciente de marcapasos, ya sea como antecedente de instalación de dispositivo transvenoso temporal previo al definitivo, intercambio de batería o múltiples intentos de inserción previa (8) etc..

Dentro de la etiopatogenia se ha encontrado rol a la contaminación de la piel en el momento de la cirugía, la que podría derivar a infección del dispositivo (2,8). Da Costa y col demostraron que las bacterias que colonizaban la piel axilar en el momento de la implantación del dispositivo eran las mismas que provocaban infecciones luego de entre 6 semanas y 16 meses. (1). La erosión de algún componente del marcapasos a través de la piel puede ser debido a trauma de presión de la piel subyacente con infección secundaria. (8). Electrodo epicárdicos se pueden infectar como resultado de contaminación intraoperatoria o menos probable de diseminación de infección a lo largo de los electrodos de marcapaso desde un bolsillo del generador infectado (8,15). Klug y col en series de 105 pacientes que presentaron signos locales de infección demostraron contaminación bacteriana de la porción intravascular del catéter en un 79,3% de los casos (2,12). La infección del componente intravascular ocurre en forma primaria en la porción del electrodo que es intracardiaca a lo largo de la aurícula derecha, válvula tri-

cuspeida o el punto de contacto de el ventrículo derecho, derivada de la infección del componente subcutáneo o en forma excepcional de bacteriemia de sitios remotos (1, 8,13) derivando de esta forma a endocarditis relacionadas al marcapaso. Camus y col demostraron que bacteremias por *Staphylococcus Aureus* originados en sitios distantes, si se producían en periodos cercanos a la colocación de marcapasos podían infectar los electrodos intravascular (1). Chamis y col en forma prospectiva evaluaron la relación de las bacteremias en pacientes con marcapasos y determinaron que en un 75% de las bacteremias tempranas y en un 29% de las tardías se asociaban a infección del dispositivo. (1). Existen factores en el organismo que protegen del desarrollo de una infección. Alrededor de una semana después de la inserción se produce la incorporación parcial a la pared de la vena del electrodo, por tejido conectivo y endotelial, además de la proliferación fibrosa de algunos sitios de la vena cava y aurícula derecha, uniendo los electrodos a estos puntos (1,8). Esto hace más difícil la adherencia bacteriana. Por otra parte estos cambios hacen más difícil la futura extracción de éstos. (1,8). Por su parte en el caso de producirse la contaminación bacteriana en el catéter, existen factores del agente que impiden su erradicación con antibióticos, entre éstas se encuentra materiales generados por los agentes como el biofilm que logra proteger a las bacterias de los antibióticos y defensas del organismos (12)

En el análisis microbiológico los agentes *Staphylococcus Aureus* y *Staphylococcus Coagulasa* negativa se reportan como los responsables del 65 al 75% de infecciones del bolsillo de marcapaso (8, 13,17). En el caso de infección tardía de bolsillo de marcapaso (mas de 12 meses después del implante) el agente mas frecuentemente aislado es *Staphylococcus Coagulasa* negativa mas específicamente *Epidermidis* (2). Otros agentes menos frecuentemente involucrados

tenemos *Streptococcus*, *Corynebacterium* spp, *Propionibacterium* acnés, bacilos gram negativos, *Cándida* spp.(4,8,13) En el caso de infecciones mas profundas, mas específicamente endocarditis asociada a marcapasos en series de 162 pacientes un 61% de ellos correspondían a *Staphylococcus Coagulasa* negativa y un 30% a *Staphylococcus Aureus*. El resto de los agentes se distribuyen con un 5% en enterobacterias, 4% *Streptococcus* y *Pseudomonas*, *Cándida* y enterococo con un 2%, *Corynebacterium* con un 1%, y menos del 1% de esas series para *Propionibacterium* acnés, *Listeria*, *Micrococci*. (4, 8, 13,15); resultados similares arrojan otras publicaciones (1,7).

En el caso de *Pseudomonas*, su presencia es mas vista en usuarios de drogas iv, afectando las válvulas normales, asociando embolismo séptico pulmonar y falla derecha en forma frecuente. En casos de endocarditis izquierda por *pseudomonas* es mas frecuente la embolización sistémica refractaria a tratamiento. (4).

Las presentaciones clínicas van a depender del grado de profundidad de la infección. No existe mayor consenso, algunos las dividen en precoces y tardías, en cambio otros autores la clasifican en precoz, subaguda y tardía. Siendo el límite de doce meses desde la implantación del marcapasos para las infecciones precoces (1, 2, 4,13). Se clasifican por lo tanto en infecciones superficiales las que afectan solo el bolsillo del marcapasos y aquellas más profundas donde encontramos la infección de los electrodos epicárdicos y la endocarditis a asociada a marcapasos.

Las más frecuentes son infecciones del bolsillo, la cuales se pueden presentar en forma temprana o tardía, en relación a la inserción del marcapasos o en el cambio de batería. La infección se caracteriza por presentación de infección de la piel en forma aguda o subaguda con edema, eritema, dolor, y exudado a través de la herida en forma oca-

sional. (2, 8, 16) Si la infección es localizada al bolsillo la fiebre y síntomas sistémicos en general son ausentes. Presentaciones mas tardías ocurren cuando algún componente del generador erosiona la piel subyacente, y este tipo de infección se pueden presentar con síntomas mínimos (8). Esta descrito (Choo 1981) el absceso de bolsillos de marcapaso hasta en el 72% de los casos de infección de bolsillo de marcapasos, y siendo un 39% como manifestación solitaria (2).

Cuando la afectación es profunda a nivel de los electrodos epicárdicos, aparecen mas claramente fiebre, síntomas constitucionales, pudiendo ocurrir signos de pericarditis o mediastinitis. En estos casos la bacteremia es común.

En el caso de compromiso de electrodos intracardiacos es habitual las endocarditis de lado derecho, y mas raramente las de lado izquierdo principalmente debido a mal posición del electrodo en esta. Alrededor de un tercio de los casos son sintomáticos en las dos primeras semanas tras la implantación del marcapasos (13) alrededor de dos tercios de los pacientes son sintomáticos dentro de 12 meses del procedimiento, su presentación es subaguda por lo que hay que sospecharla (13). Los síntomas más comunes son fiebre y escalofríos descritos en dos tercios de los casos. (4, 8,13). Pueden además presentar astenia, anorexia, artralgias o espondilodiscitis (13) La presentación más grave en forma de sepsis y shock como cuadro inicial se observa en el 9% de los casos (1,4). Entre un 20 a un 45% de los pacientes tienen sintomatología pulmonar o hallazgos compatibles con neumonía, bronquitis, abscesos pulmonares o embolismos, encontrándose este ultimo en un 30 a 40% de los casos.(4,8,13) y esta presentación es mas común en caso de infección tardía(1,4). En la cuarta parte de los pacientes se desarrolla regurgitación tricuspídea, en raras ocasiones se puede encontrar estenosis de la válvula debido a una vegetación obstructiva o esplenomegalia.

(1-4-8) La presencia de signos inflamatorios locales y exteriorización va desde un 23% al 76% en algunas series, secundario probablemente a manipulaciones antes de llegar al diagnóstico (13)

La presentación clínica es fundamental para sospechar el diagnóstico en infecciones superficiales, en cambio las infecciones mas profundas el diagnóstico se hace mas difícil. Cuando existen cambios inflamatorios o zonas erosionadas en la región del bolsillo del marcapasos una debería considerar una infección en esa zona. Por lo que la toma de cultivos de material aspirado con técnica estéril desde el sitio inflamado confirma el diagnóstico (8). El bolsillo del marcapaso es el sitio con mayor positividad de cultivos, diversos reportes informan una alta positividad. Choo MH por ejemplo muestra un 94% de los casos, Lemire en un 78.2% de 23 pacientes. (2, 12,13). La positividad de los hemocultivos que se reportan cuando existía además infección del bolsillo de marcapasos es de un 32,5%

En caso de endocarditis asociada a marcapasos se presenta principalmente como una endocarditis de lado derecho, con más de la mitad de los casos con hallazgos de vegetaciones sobre las válvulas principalmente tricúspide (8,13). Se ha reportado en algunas series afección tricuspídea de hasta un 32%, mientras que la afección valvular del lado izquierdo se reporta hasta en un 18,2% (13).

Los criterios de Duke para endocarditis infecciosa pueden ser usados pero con algunas modificaciones (5, 8, 9,15). Se agregan a los criterios mayores la embolia pulmonar y anomalías en el bolsillo del marcapasos, además debería realizarse un eco transesofágico si el transtorácico no es diagnóstico. La sensibilidades de la ecografía es muy superior para la técnica transesofágicos, siendo de entre un 20-45% aprox para la transtorácica y de entre 91-96% aprox para la transesofágica, en diversos estudios (1, 6, 8, 13, 15, 16,17). La superioridad reportada

es debido a la mala ventana acústica de los pacientes que tienen este tipo de infecciones, las reverberancias del cable, y la dificultad para observar aurícula derecha y vena cava superior. (13).

Entre los hallazgos de laboratorio relevantes que se pueden contar se encuentran la velocidad de sedimentación, la proteína c reactiva, leucocitosis con desviación izquierrda. Esta última esta presente solo en el 14% de los pacientes que tienen solo síntomas locales, y elevaciones de reactantes de fase aguda en el 37%.

La infección de marcapasos puede ocurrir sola o ser asociada con infección valvular concomitante, incluso puede el marcapaso no verse infectado en algunos casos de endocarditis valvular (8)

Importante es el diagnostico diferencial, el cual incluye principalmente tromboflebitis yugular séptica y tromboflebitis de venas de extremidades inferiores o venas pélvicas las que también cursan con eventos embólicos pulmonares. (8, 10,11)

El tratamiento sin duda consiste en la remoción de todo el sistema infectado y la administración de antibioterapia dirigida a los organismos aislados, siendo muy importante también el tiempo de la remoción del marcapasos y la instalación de uno nuevo. (1, 8, 12,13, 14, 16,17).

En lo casos de infecciones superficiales se puede tratar con antibioterapia ajustada a los agentes aislados, una vez controlada esta se realizara la extracción del marcapasos y durante el mismo procedimiento la instalación de uno nuevo, se debe ocupar además un nuevo sitio de inserción. El bolsillo infectado es abierto y tratado con medidas locales y antibioterapia que se prolongan entre 10-14 días. En la mayoría de las ocasiones los electrodos potencialmente contaminados con la infección del bolsillo deben ser extraídos. Se describen tazas de persistencia de entre el 17 y 77% de los casos en que solo se retiro el generador (1) En ocasiones se prefiere un periodo de separación entre la colocación de un nuevo marcapasos,

usando en el intertanto un marcapasos transitorio.

Los marcapasos que presentan erosiones de piel aparentemente no infectadas, se podría ofrecer un manejo expectante. En algunos casos además puede tener éxito la reinstalación del marcapasos en un plano más profundo asociado a terapia antibiótica con el riesgo de que falle y de que sea necesaria la instalación de uno nuevo (8)

En casos de infecciones más profundas, las recomendaciones establecen la combinación de terapia parenteral específica además de la remoción del sistema de marcapasos (8). Cuando la remoción de los electrodos intracardiacos no se efectúa se asocia una alta taza de mortalidad y permanencia de infección a pesar de terapia. Estudios arrojan mayor taza de mortalidad en aquellos pacientes tratados solo con antibióticos sin remoción de electrodos versus aquellos que se decide la terapia combinada 41 versus 19% recolectado de ensayos retrospectivos. Molina por ejemplo reportó tasas hasta de un 100% de fracaso en casos que solo se trato con antibióticos (1,14). Por lo tanto pacientes que tengan evidencia clínica de infección del dispositivo, en ausencia de fuente de bacteremia incluso con apariencia normal del dispositivo, y cuando las bacteremias por agentes como *S. Aureus* recurren cuando se decidió mantener el dispositivo, deben ser tratados todos con antibioterapia y extracción del dispositivo. (8)

En los casos de bacteremias por *S. Aureus* desde sitios remotos sin compromiso de los dispositivos clínicos ni ecográficos, se podría realizar un seguimiento estricto y manejo solo con antibióticos (8,13). En aquellos casos con manipulación reciente del dispositivo y bacteremias por agentes distintos de *S. Aureus*, y sin evidencia clínica ni ecográfica de compromiso intracardiaca podrían ser tratados solo con antibióticos sin remover el dispositivo.

La extracción del marcapasos es dificultosa, aun más en aquellos casos que los electrodos llevan mas de 18 meses. (1, 8,15).

El tejido fibroso puede ser suficiente como para obstruir las venas y si supera los 8 años puede tener bandas circunferenciales calcificadas. (12). Entre las técnicas descritas actualmente para la extracción de los dispositivos se encuentran aquellas que se realizan a cielo abierto o técnicas percutáneas con lazos, canastillas, estiletos fijadores, y vainas. La extracción puede ser por tracción directa, usando estiletos que se cierran hacia distal de los electrodos, vainas telescópadas de polipropileno, tracción continua asistida por laser pueden ser utilizados en la mayoría de los pacientes. (3, 8, 13,15) Se reportan tasas de éxito en manos expertas de entre un 81 a un 93% (1,8), sin embargo extracciones parciales y complicaciones mayores pueden ocurrir hasta en el 20% de los casos. Vainas laser excimer disuelven más que romper las adherencias fibrosas de los electrodos, resultando ser mas efectivas que las vainas telescópadas por si sola, reportes muestras una efectividad de 94 vs 64% (8). Otros estudios muestran que con extracción con esta técnica la tasa de complicaciones va entre un 0,6 a un 3,3%. Complicaciones que se pueden mencionar de este tipo de extracción se encuentran flebitis secundaria a la extracción, extracción incompleta del cable, taponamiento cardiaco, neumotórax, hemotórax, hemonemotórax, trombosis de subclavia y vena cava superior, desgarró auricular, avulsión miocárdica, lesión de válvula tricúspide, embolismo pulmonar, arritmias ventriculares graves, perforación vascular, perforación miocárdica y muerte súbita (3, 12,13). La presencia de vegetaciones en el momento de la extracción del marcapasos puede estar relacionada con embolismo pulmonar séptico. Sin embargo este parece no ser relevante incluso con vegetaciones mayores de 10 mm(1,7,8,13). Otros reportes informan embolismo con compromiso hemodinámico en pacientes con grandes vegetaciones de alrededor de 40 mm. Si la remoción a través de sondas no es efectiva se debe realizar remoción quirúrgica a través de cardiotoromía. Esta técnica sería recomen-

dable en casos de alteraciones valvulares, dos o mas cables, vegetaciones de gran tamaño, o marcapasos que llevan periodos prolongados en su sitio (1,13). Se realiza a través de toracotomía y circulación extracorpórea. Tiene una tasa de mortalidad que oscila entre un 12.5 a un 21% (13).Un numero de pacientes que va entre un 13 a un 52% no necesitan un nuevo dispositivo (13) La instalación de un nuevo marcapasos debería ser inmediata si la extracción se realiza por cardiotoromía (1,8), en el caso de ser extraídos a través de sondas es necesario la negativización de cultivos y cuando la infección endocárdica haya sido controlada (alrededor de 2 a 4 semanas de tratamiento post procedimiento) (1,8,13). El sitio de inserción del nuevo dispositivo debe ser uno nuevo (1).

Se considera la administración intravenosa de drogas con propiedad anti estafilocócicas cuando se produce la colocación o sustitución de marcapasos, para disminuir la incidencia de infección de herida quirúrgica, inflamación y erosión de la piel, no quedando claro si previene de la producción de bacteriemias o infecciones profundas. Se debe administrar una hora antes, utilizando cefazolina o vancomicina en pacientes alérgicos. Evidencia de 7 ensayos randomizados con un total de 2023 pacientes, demostraban un efecto protector a corto tiempo para la infecciones de bolsillo, erosión de piel o septicemia (8, 13,15).

Como conclusión, con la alta prevalencia que han adquirido en el último tiempo los trastornos del ritmo, se hace necesario el conocimiento completo de los dispositivos marcapasos junto con la consideración de las complicaciones que conllevan el uso y la manipulación de estos. Hay que desarrollar un alto índice de sospecha frente a cuadros infecciosos en pacientes que sean usuarios de estos dispositivos, ya que existe una alta morbimortalidad si el diagnóstico es tardío. La intervención oportuna y un óptimo tratamiento (que en estos casos correspondería a la remoción y tratamiento antibiótico), hacen que las tasas de morbimortalidad

disminuyan. Se hace importante además la optimización de las medidas de asepsia y la profilaxis antibiótica en la manipulación de estos dispositivos, para evitar que las tazas de infección asociada a dispositivos marcapasos sigan en aumento.

REFERENCIAS

1. Montagnini M, M.D., Terpenning M, M.D. Pacemaker infection in the Elderly: Analysis de 22 cases. *Clinical Geriatrics* - ISSN: 1070-1389 - Volume 07 - Issue 01 - January 1999.
2. Pavia, Stephen MD; Wilkoff, Bruce MD, The management of surgical complications of pacemaker and implantable cardioverter-defibrillators. *Current Opinion in Cardiology*. 16(1):66-71, January 2001.
3. Carlson D, Maroni M, Ronco J, García M, Parodi R, Greca A. Endocarditis asociada a marcapaso A propósito de un caso. *Rev. Med. Rosario* 73: 21-26, 2007.
4. Chacko T, Chandy T, Abraham C, Swaminathan S, Varghese M, Priscilla R, Mathai D. Pacemaker endocarditis caused by *Pseudomonas aeruginosa* treated successfully. *J Assoc Physicians India* 2003; 51:1021-1022.
5. Marciano B Lee MD, Ramakrishnan S. Lyer, MD, Edmundo E. Figueroa MD. Infected Dual-Chamber Pacemaker leads. *Circulation* 1998; 97:2473
6. Matthias R Schulze, Ralf Ostermaier, Yvonne Franke, Klaus Matschke, Martin U Braun, Ruth H Strasser. Aortic Endocarditis caused by inadvertent left ventricular Pacemaker lead placement. *Circulation* 2005; 112:e361-e363.
7. Del Rio A, Anguera I, Miro JM, Mont L, Fowler VG Jr, Azqueta M, et al; Hospital Clinic Endocarditis Study Group. Surgical treatment of pacemaker and defibrillator lead endocarditis: the impact of electrode lead extraction on outcome. *Chest* 2003;124:1451-9.
8. AdolfWKarchmer,MD. Infection of implanted pacemakers *UpToDate* 2007, v 15.2
9. Daniel J Sexton, MD, G Ralph Corey, MD. Infective endocarditis: Historical and Duke criteria. *UpToDate* 2007, v 15.2

10. Denis Spelman, MBBS, FRACP, FRCPA, MPH. Suppurative (septic) thrombophlebitis. *UpToDate* 2007, v 15.2
11. Charles H Livengood, III, MD. Septic pelvic thrombophlebitis and ovarian vein thrombosis. *UpToDate* 2007, v 15.2
12. Mazzetti H, Mascheroni O. Doce años de extracciones de catéteres endocavitarios de marcapasos y desfibriladores en la Argentina- *Revista argentina de cardiología*, vol 74 N° 2, 117-122, año 2006
13. R. López Rodríguez et al. Endocarditis del marcapasos. *An Med Interna (Madrid)*, 2006; 23:187-192.
14. Daniel Z et al. Frequency of permanent pacemaker o implantable cardioverter-defibrillator infection in patients with gram-negative bacteremia. *Clinical infection disease* 2006; 43:731-6
15. Baddour L, MD et al. Nonvalvular cardiovascular device- related infections. *Circulation* 2003;102:2015-2031
16. Dumont E et al. Suspected pacemaker or defibrillator tranvenous lead infection. Prospective assessment of a TEE-guided therapeutic strategy. *European heart journal* (2003) 24, 1779-1787.
17. Erdinler I, MD, et al. Pacemaker related endocarditis, Analysis of seven cases. *Jpn Heart J* 2002 Sep; 43(5):475-85.

Factores de riesgo (7,8,13)

Diabetes Mellitus
Cardiopatía congénita con o sin defecto estructural cardiaco
Inexperiencia del operador
Malignidad subyacente
Edad avanzada
Previo tratamiento con Anticoagulantes o corticoides
Cirugía reciente y manipulaciones recientes (intercambio de batería)
Numero de electrodos insertados previamente
Alcoholismo
Hemodiálisis
Presencia de hematomas o seromas post implantación

Pioderma Gangrenoso: Revisión a propósito de un caso clínico

Roberto Parra F.¹, Patricio Larrachea H.¹, Arturo Escalona L.², Marcelo Romero F.¹, Maximiliano Figueroa S.³

¹Servicio de Cirugía Hospital Regional de Rancagua. Convenio Docente Universidad de Santiago de Chile.

²Servicio de Anatomía Patológica Hospital Clínico FUSAT. Rancagua.

³Becado de Cirugía General, Universidad de Santiago de Chile.

RESUMEN

El Pioderma gangrenoso es una enfermedad caracterizada por úlceras cutáneas de crecimiento rápido, dolorosas, poco frecuentes y de etiología desconocida. Reportamos el caso de una paciente de 59 años con diagnóstico de pioderma gangrenoso, tratado con corticosteroides y se revisa la literatura actual.

Palabras Clave: Pioderma gangrenoso, corticosteroides.

ABSTRACT

Pyoderma gangrenosum, is a disease characterized by cutaneous ulcers of fast growth, painful, of low frequency and unknown etiology. We reported one case of a 59 years old female patient, with Pyoderma gangrenosum treated with corticosteroids.

Key Words : Pyoderma Gangrenosum, corticosteroids.

INTRODUCCIÓN

El Pioderma gangrenoso (P.G) es un cuadro caracterizado por lesiones ulcerativas cutáneas de origen desconocido y que puede llegar a ser muy agresivo (1,2). Desde 1930 fue considerado como una entidad nosológica, cuando fue descrita por Brunsting y col. Se asocia a veces a enfermedades sistémicas como la colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, leucemia, cáncer, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoidea, entre otras (3,4,5).

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico caracterizado por lesiones ulceradas de la piel, a veces con el antecedente de traumatismo cutáneo previo, las úlceras son de bordes bien definidos, muy dolorosas y la histología permite descartar otras patologías. El tratamiento es local, en base a curacio-

nes y sistémico, en base a corticoesteroides a veces asociados a inmunosupresores.

La baja frecuencia del cuadro (0,1%), hace que exista un subdiagnóstico. Dado que esta enfermedad es motivo de consulta en Medicina, Dermatología y Cirugía, nos parece interesante analizar el tema, destacando la relevancia de este cuadro en el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas ulceradas, esto a propósito de un caso recibido en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Rancagua.

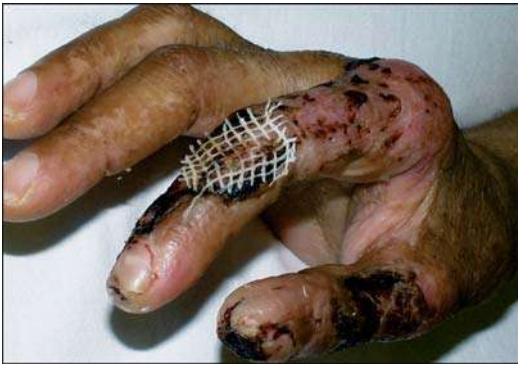
Caso Clínico

Paciente de 58 años, sexo femenino, procedente de Rancagua que en Octubre del 2001 secundario a traumatismo presenta una herida en la rodilla derecha, con múltiples consultas médicas previas sin mayores resultados. En Abril del 2002 es ingresada

al Servicio de Cirugía del Hospital Regional Rancagua, luego de una prolongada hospitalización en centro de salud periférico donde se trata la lesión con curaciones y antibióticos, sin respuesta favorable. Estudio histológico de la lesión ulcerada revela un granuloma piógeno.

Al ingreso su anamnesis revela el haber sido tratada en el 2001 por un cuadro de ulceración de la mano derecha secundaria a una herida punzante por aguja de coser.

Figura N° 1



Lesiones de la mano el año 2001. Se aprecia la reacción inflamatoria secundaria de la piel.

Al examen destaca lesión ulcerada extensa de bordes definidos eritemato-violáceos, dolorosas, de aproximadamente 5% de superficie corporal total (SCT), localizado desde la rodilla derecha hacia distal, sin adenopatías regionales y con pulsos arteriales distales simétricos, la movilidad articular de la rodilla y el tobillo se encuentran limitadas por dolor.

Figura N° 2



Lesiones úlceroescamativas de pierna derecha

Figura N° 3



Figura 2-3. *Lesiones al ingreso y 5 días luego del comienzo de terapia corticoidal.*

Exámenes de laboratorio e histopatología

En los exámenes de laboratorio destaca: Un Hemograma con Hto. de 26%, Hb 8 gr/dl, sin leucocitosis y VHS de 100mm/h, proteínas totales de 6gr/dl, Albúmina de 3,3gr/dl, glicemia de 90 mg/dl, pruebas hepáticas normales, proteína C Reactiva de 8.32 mg/dl, enema baritado normal, orina completa: eritrocitos 20-30/c. Los cultivos de superficie revelan *Estaphilococcus Aereus* y *Corynebacterium sp*, lo que fue interpretado como colonización.

Pieza anatómica: fragmento de piel de 2,5 cm. de eje mayor, biopsiado de borde lesional.

Figura N° 4

Diagnóstico diferencial y tratamiento

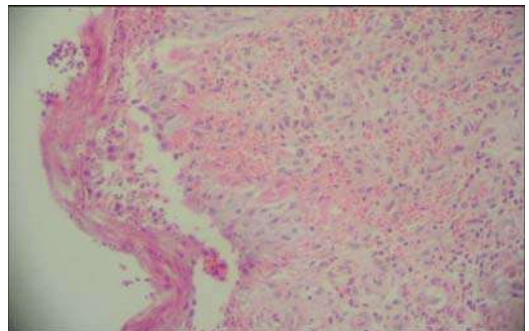


Figura 4. *Visión a la microscopía de tejido lesional. Tinción de hematoxilina Eosina*

Histología: piel con una úlcera superficial, parcialmente cubierta por costra y por exudado poli nuclear neutrófilo. La epidermis muestra signos de regeneración en la zona lateral a la ulceración. La dermis muestra un extenso proceso inflamatorio con mezcla de células en el infiltrado; entre éstas destacan polimorfonucleares neutrófilos, linfocitos y células plasmáticas. Los vasos de la zona muestran compromiso con edema y ruptura de la pared. Hay extensa extravasación de eritrocitos. En las áreas sin ulceración predomina el edema y el infiltrado es linfoplasmocitario.

El diagnóstico diferencial es con patologías de la esfera dermatológico-infecciosas (dermatitis, rash urticariales, celulitis, erisipela, etc) y lesiones cutáneas asociadas a algunas patologías sistémicas (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, LES, AR, leucemia, cáncer, etc).

Planteado el diagnóstico de Pioderma gangrenoso y descartadas patologías concomitantes, se inicia corticoterapia con prednisona 40 mg/día, manteniéndolo por 2 meses 9 días, observando detención inmediata del crecimiento de la úlcera, pero al suspenderse el tratamiento en forma involuntaria se observa recaída de la enfermedad, lo que fue corregido al retomar el tratamiento, observándose disminución del tamaño lesional y ulterior cobertura con injerto dermo epidérmico. La paciente fue evaluada por última vez en junio del 2002, encontrándose en buenas condiciones generales y locales, sin presentar recaídas.

Discusión

El Pioderma gangrenoso es una enfermedad de muy baja frecuencia, en adultos se presenta en general hacia los 40 años y en los niños a los 10 años en promedio (6), probablemente subdiagnosticada ya que requiere de un alto grado de sospecha clínica dado a que la histología y los exámenes de laboratorio son inespecíficos y están orientados

a descartar otras condiciones ulcerativas cutáneas y a pesquisar cuadros sistémicos asociados (7). Esta paciente no se encuentra en el promedio de edad, probablemente por un retardo en el diagnóstico. Un 20-30% de los casos no tienen patología concomitante al momento de la primera lesión cutánea, pero en muchos de estos la enfermedad subyacente se hace evidente durante la evolución (8). En nuestra paciente no se pesquisó patología concomitante. Una característica importante de la enfermedad es el fenómeno denominado **patergia**, que consiste en la reproducción de la lesión en cualquier sitio de trauma en un mismo paciente, se ve en un 20-30% de los casos (9, 10). En esta paciente se presentó este fenómeno, lo que sumado al antecedente de haber presentado lesiones similares de la mano, orientó a sospechar el diagnóstico.

El tratamiento se basa en la administración de corticoides a dosis elevadas, asociados a inmunosupresores como ciclosporina y ciclofosfamida (11,12). La dosis recomendada de prednisona es de 40 a 120 mg/día (1-2mg/kg/día), en dosis única matinal (1,13), más protectores gástricos adecuados.

REFERENCIAS

1. Peter i. Long., Pyoderma gangrenosum. JAMA 1964;187:336-33
2. Brunssiting LA. Pyoderma gangrenosum. Arch of Derm physiology 1930:656-80
3. Powell FC, Schroeter AL, Su WPO, Perry HO. Pyoderma gangrenosum : a review of 86 patients. Am J Med 1985; 55:173-86.
4. Stolman LP, Rosenthal D, Yaworsky R, Horan F. Pyoderma gangrenosum and rheumatoid arthritis. Arch Dermatol 1975;111:1020-3.
5. Gilman AL, Chen BA, Urbach AH. Pyoderma gangrenosum as a manifestation of leukemia in childhood. Pediatrics 1988; 81: 846-8.
6. Ruiz MR, Berrón PR, Duran MC. Pyoderma gangrenosum in children. Report of eight cases and review of the literature. Eur J Dermatol 1994; 4: 541-20.

7. Powell FC, Su WP, Perry HO. Pyoderma gangrenosum: Classification and management. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 395-409.
8. Schwaegerle SM, Bergfel W, senitzar D, Tidrik RT. Pyoderma Gangrenosum: a review. *J Am Acad Dermatol* 1988; 18: 559-68.
9. Kitagawa N, Ikeda M, Kodama H. Acute form of Pyoderma Gangrenosum induced by traumatic injury. *J Dermatol* 1996; 23:11.
10. Bennet ML, Mark JJ. Pyoderma gangrenosum: a comparison of typical and atypical forms with an emphasis on time to remission. Review of 86 patients from 2 institutions. Lippincott Williams & Wilkins, Inc 2000; 79: 37-46.
11. Robert KP, Treatment of Pyoderma gangrenosum. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 1047-60.
12. Federman G. Recalcitrant pyoderma gangrenosum treated with thalidomide. *Mayo Clin Proc* 2000; 75: 824-44.
13. Brooklyn T, Dunnill G, Probert C. Diagnosis and treatment of Pyoderma gangrenosum. *BMJ* July 2006; 22 333 (7560): 181-184
14. Ahanadi S, Powell F.C., Pyoderma gangrenosum: uncommon presentation. Regional Dermatology Center. Mater misericordial Hospital. Dublín. *Clinic Dermatology* 2005; 6: 612-620.
15. López de Maturana D, ., Pioderma gangrenoso, experiencia clínica en 11 pacientes. Servicio dermatología HBLT. *Revista Médica de Chile* Septiembre 2001; 129: 1944-1950.

Evaluación de la calidad de atención en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Rancagua

Heidy Leiva¹, Andrea Fuenzalida², Georgette Palominos², María José Rojas², Julio Rojas².

¹Médico Pediatra. Servicio de Pediatría, Hospital Regional de Rancagua.

²Internos 7º año Escuela Medicina Universidad Diego Portales

RESUMEN

La satisfacción de los usuarios debe constituir un objetivo central en la gestión de los servicios de atención de salud públicos y privados. La relación médico-paciente y en el caso de los servicios pediátricos incluyendo a los padres, es muy importante en la consecución del propósito de recuperar la salud de los niños hospitalizados. El propósito de este estudio fue evaluar la calidad de la atención, percibida por los familiares, brindada en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Rancagua. Material y método: Se aplicó una encuesta a los padres o familiares que asistieron a la visita diaria a los niños internos, al momento del alta, usando como validación la misma encuesta respondida por 59 personas el año 2006. La encuesta fue anónima y sólo se solicitó que se explicitara la sala en que estuvo hospitalizado el niño. La información se recogió en una base de datos Access y se procesó mediante SPSS. Resultados: La población en estudio fue conformada por 402 respuestas. El 52% de los niños procedían de Urgencia, el 57% de los familiares identificó a un equipo como receptor del paciente al ingreso. Las calificaciones obtenidas por los integrantes del equipo fueron muy satisfactorias y la evaluación general fue buena. Conclusiones: La medición de la satisfacción de los usuarios reveló que la atención entregada por el Servicio de Pediatría era percibida como de buena calidad y el déficit más importante se refiere a la falta de identificación de los funcionarios que dan atención directa.

ABSTRACT

The purpose of healthcare management in public and private systems should be to achieve user satisfaction. Relationship between pediatrician and parents is so important because influences the possibility to reach the principal goal in pediatric services that is children recovery. The aim of this study was to assess the perceived quality of healthcare into the Pediatric Service of Hospital Rancagua. Material and Method: A questionnaire was used to measure user satisfaction. The questionnaire was piloted in 59 parents during 2006. After probing the reliability of questionnaire, we applied this to 340 parents and the data was analyzed into a database using SPSS. Results: Population under study was 402 questionnaires answered by parents of children hospitalized in Pediatric Service in the period 2006 – 2008. 52% of admissions came from Emergency Room. 57% of people identified a team as the receptor of the inpatient and team qualifications were very good as well the evaluation of the global quality of healthcare. Conclusions: The measurement performed showed the perception of healthcare quality was good and the mayor problem detected was related with the identification of caregivers which was partial.

INTRODUCCIÓN

La hospitalización hace al individuo vulnerable a variados estímulos, no sólo provenientes de la enfermedad que le afecta, sino también del medio ambiente y relaciones que se establecen durante este período. El paciente pediátrico no queda exento de esta condición. Sentimientos de soledad o desconfianza, asociados al tratamiento despersonalizado de los procesos diagnósticos, terapéuticos y asistenciales a los que se ve sometido, podrían ir en desmedro de su salud.

Sin embargo, la entrega de una atención en salud basada en el respeto y la dignidad hacia los usuarios, permite al paciente desarrollarse de una forma positiva, actitud que podría predisponerlo a una pronta mejoría (1).

La evaluación periódica de nuestros Servicios de Salud nos permite analizar la atención entregada, generando resultados susceptibles de mejorar, con el fin de asegurar una atención de mejor calidad a nuestros pacientes, además de una rápida mejoría clínica. Es así como, a nivel mundial, se ha desarrollado un gran interés en temas relacionados a la satisfacción usuaria y calidad en salud. Ya en 1993, Arenas define la satisfacción en salud como “el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción de éste del servicio que recibió” (2). La calidad de atención, por su parte, se define, según la Real Academia de la Lengua Española, como “cualidad”, una “manera de ser”, “alguien que goza de la estimación general”, o “lo mejor dentro de su especie” (3). En medicina y educación, como en otras áreas del conocimiento, el término se aplica a la excelencia de una disciplina, a la perfección de un proceso, a la obtención de buenos resultados con una determinada técnica o procedimiento. Otra definición es la dada por el Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos de

Norteamérica, que se refirió a calidad como “el grado por el cual los Servicios de Salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y éste es consistente con el conocimiento profesional actual” (3).

Actualmente, en instituciones tanto públicas como privadas del Sector Salud, existe un creciente interés por adquirir conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención. Entre las estrategias diseñadas encontramos la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios (4). Estudios de otros países latinoamericanos han revelado que la mayoría de los pacientes están conformes con la atención recibida (4). Sin embargo, estos trabajos posiblemente no reflejan la realidad de nuestro país, o atienden a objetivos distintos, por lo que no podemos basarnos en sus conclusiones para mejorar la calidad de nuestra atención.

El Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Rancagua de Chile, se ha preocupado en inculcar a sus trabajadores, valores que permitan una relación basada en el respeto y la cordialidad; es así como su visión es contribuir a la felicidad y desarrollo de los niños de la región mediante la actitud colaboradora, leal, honesta, solidaria y sensible de los profesionales que ahí trabajan. Por otra parte, tiene como misión recuperar la salud de los niños que ingresan, en el menor tiempo posible, mediante el trabajo en equipo, aplicando las mejores técnicas diagnósticas y terapéuticas en un ambiente cordial y con participación activa de los padres, dándole gran importancia a la evaluación y retroalimentación por parte de los familiares y/o padres de los menores para lograr las metas deseadas. Es por eso, que se realizó una encuesta de satisfacción usuaria a los padres o tutores de todo niño dado de alta del servicio, con el fin de adquirir el conocimiento necesario que permita en el futuro plantear cursos de acción que mejoren las falencias y mantengan las virtudes.

Objetivo General

Evaluar la calidad de la atención, percibida por los familiares, entregada a los niños ingresados en nuestro servicio.

Objetivos Específicos

Conocer la opinión de los padres respecto de los procesos principales de la atención de salud y de los integrantes del equipo del Servicio de Pediatría.

Materiales y Método

Se aplicó una encuesta a los padres o familiares que asistieron a la visita diaria a los niños internos en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Rancagua al momento del alta, anónima, a 59 egresos el año 2006. Esta muestra se usó como piloto y se probó su aplicabilidad, la que fue aceptable. Las preguntas fueron comprendidas y se obtuvo resultados consistentes. La encuesta está inserta en un tríptico en que se explica la misión y valores del servicio y el propósito de realizar esta evaluación para mejorar la calidad de la atención que se brinda a los pacientes. Está compuesta de 19 preguntas, 14 de alternativas, 4 de calificación con notas de 1 a 7 y un espacio para recoger comentarios. Se identifica la sala en que permaneció el paciente. Luego de la aplicación a 59 pacientes en el año 2006, fue respondida por 243 personas en el 2007 (10,5% del total de egresos) y a la fecha hay 100 encuestas respondidas en el presente año, que corresponde al 23,4% de los egresos. La encuesta está dividida en 6 secciones: Ingreso en que consigna la procedencia del paciente, la calificación del proceso ingreso propiamente tal, la identificación del establecimiento del o los funcionarios que recibieron al niño, las explicaciones que se entregaron al momento del ingreso y se indaga sobre la existencia de experiencia previa en hospitalización. La segunda sección es relativa a la información que recibió el familiar durante la estadía, por funcionario y sala. En la ter-

cera sección se califica la atención en forma de concepto y nota. La cuarta sección se refiere al momento del alta, los documentos y la explicación entregados y se evalúa el proceso de recaudación. En la quinta sección se califica al equipo que atendió los pacientes mediante una nota y el conocimiento que tuvo el familiar de la identidad de cada funcionario. Finalmente, se identifica la sala o salas en que permaneció hospitalizado el niño. Los resultados obtenidos se analizaron mediante el programa SPSS 12.0 y se usaron *t* de student, Levene para comparación de medias. Considerando un *p* estadísticamente significativo < 0,05

Resultados

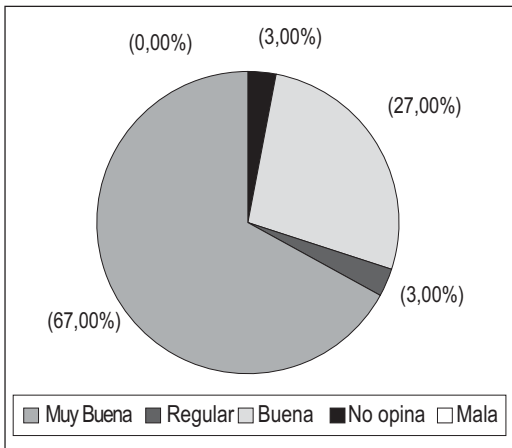
Se presentan por sección de la encuesta

- a. Ingreso:
 - i. Procedencia: El 52,2% de los niños ingresaron luego de una consulta de urgencia y sólo el 28,6% venía derivado por otro profesional desde la APS u otro establecimiento de la región.
 - ii. Funcionario que recepcionó al paciente: El 57,5% reconoció que un equipo compuesto por médico, enfermera y para médico recibió al niño.
 - iii. Explicaciones recibidas: Más del 50% respondió que se le explicitaron derechos, deberes, horarios de visita y útiles. Nadie contestó no haber recibido alguna explicación al ingreso.
 - iv. Experiencia previa de hospitalización: El 48,3% informó que era la primera vez que su hijo estaba hospitalizado.
 - v. Evaluación del proceso de ingreso: El 52,7% respondió que fue muy satisfactorio y el 8% evaluó como difícil el proceso. Cuando se cruzó esta variable con la experiencia previa, el 59,4% de los familiares que evaluaron como difícil el ingreso correspondió a niños que no habían estado internos previa-

mente, diferencia que es estadísticamente significativa, $p=0,03$.

- b. Información: El médico apareció como el agente de información para las familias, sólo (47%) o junto a la enfermera (12,7%). El 26,1% reconoció al equipo completo como informador del estado de los pacientes. Sólo 2 personas contestaron que nunca habían recibido información en el universo total de 402 encuestas.
- c. Evaluación global de la atención:

Figura N° 1
Evaluación global de la atención



- i. Concepto: El 65,9% calificó la atención como muy buena. Sólo 1 persona opinó que la atención fue mala. Sin embargo, 12 personas prefirieron no opinar (3%)
- ii. Nota: La media de la nota general fue 6,54, con una ds de 0,721. El rango de notas fue 3 a 7.
- iii. Relación con la experiencia previa: Existió una diferencia estadísticamente significativa al comparar los promedios de notas según la existencia del antecedente de hospitalización. Es así como la nota más baja (6,47) correspondió a familiares de niños sin experiencia de hospitalización, $p=0,04$.

iv. Relación con sala de hospitalización: No existió diferencia estadísticamente significativa en la evaluación por sala.

d. Alta:

- i. Documentos al egreso: El 58,9% recibió epicrisis, carné de alta, citación a control. El 41,5% de este grupo además recibió una pauta de alimentación para la casa.
- ii. Explicación al alta: El 48% reconoció que se le había explicado la enfermedad que tuvo su hijo, las indicaciones y las citaciones a control posterior. Sólo 1 persona mencionó que no se había informado nada.
- iii. Proceso de recaudación: El 46,5% encontró este procedimiento muy satisfactorio y el 6,5% lo evaluó como difícil.
- iv. Relación con sala: No se encontraron diferencias significativas al analizar estos parámetros por sala de hospitalización.

e. Evaluación del equipo:

Figura N° 2
Calificaciones de los integrantes del equipo



- i. Conocimiento de los funcionarios: Se preguntó sobre el conocimiento del nombre del médico, enfermeras, técnicos paramédicos y jefe de servicio. El médico es el profesional mejor identificado ya que el 69,9% de los encuestados conoció el nombre del pediatra tratante. Las técnicas paramédicos fueron las menos identi-

casas. El 48,8% de los encuestados conocieron a la jefa de servicio.

- ii. Calificación: Las enfermeras universitarias tuvieron la mejor calificación (6,48 de promedio) pero, la diferencia con los otros miembros del equipo no es estadísticamente significativa.

f. Identificación de la sala:

- i. El 39% de los encuestados no consignó la sala de hospitalización. La sala C, de lactantes, fue la mencionada en mayor número de encuestas (22,1% del total).
- ii. Nota por sala: Las notas de los diferentes profesionales no mostró diferencias significativas por sala.
- iii. Nota por año: La mejor nota general se alcanzó el año 2006 (promedio=6,6) y la diferencia con la nota promedio del año 2008 fue estadísticamente significativa, $p=0,005$

Discusión

En esta primera experiencia de evaluación de la calidad de atención en salud del Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Rancagua se obtuvo que la evaluación global de atención fue calificada como muy buena en un 65.9% y la nota media general fue de un 6,54. Se apreció una diferencia estadísticamente significativa en los casos en que se trataba de una primera internación, en que la evaluación fue más baja. Los procesos llevados a cabo durante la hospitalización fueron evaluados satisfactoriamente y es digno de destacar que sólo 2 personas manifestaron no haber recibido información respecto del estado de su hijo.

Asimismo, el equipo de salud del servicio recibió una buena calificación con una mejor percepción de las enfermeras. Se destaca el hecho de la alta identificación del nombre de los médicos tratantes (70%) y de que el 49% de los encuestados conocieron a la jefa de servicio.

Preocupa que la calificación global haya descendido el año 2008 y constituye

una tarea para todos analizar las causas de este descenso y adoptar las estrategias para mejorar.

La estrategia de enfoque en el usuario aplicada por el Servicio de Pediatría, en los últimos 5 años, demostró ser percibida y considerada por los familiares de los pacientes y esta actividad de encuestar al momento del alta continuará siendo aplicada en forma regular. La retroalimentación que reciben los integrantes del equipo es clave para la motivación y reforzamiento de las conductas personales y para influir en el ánimo y sentido de pertenencia a un Servicio que se distingue por su gestión moderna en el sector público de salud.

REFERENCIAS

- 1.- Burgos Moreno MC, Paravic Klijn TM. "Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público". *Cienc Enferm*; 9(2) dic 2003:29-42.
- 2.- Oliva C. "Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria", *PSYKHE* 2004, Vol. 13, N° 2, 173 – 186
- 3.- Lohr KN, Harris-Wehling J. Medicare: A Strategy for quality assurance, Vol I: A recapitulation of the study and a definition of quality of care. *QRB Qual Rev Bull* 1991; 17: 6-9.
- 4.- Ramírez Sánchez TJ, Nájera Aguila P, Nigenda López G. "Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios". *Sal Púb Méx*; 40(1) ene-feb 1998:3-12.
- 5.- Baeza R. El concepto de la gestión de calidad total (TQM). En Baeza R, *Educación Superior del Siglo XXI: Modelos para una Gestión de Calidad*. Editorial Universidad del Mar 1999; 41- 82
- 6.- Arenas, Y., Fuentes, V. & Campos, C. (1993). Grado de satisfacción usuaria de la consulta EPAS-RN del Servicio de Pediatría del CEDIUC. *EPAS*, 10(1), 15-17.

Análisis descriptivo en cuidadores de personas postradas del consultorio Pedro Pulgar, comuna de Alto Hospicio

M^aJeanette Pizarro ¹, Francisco Espinosa Arcuch², Leoncio Muñoz Uslar³, Elsa Peralta Oros⁴, Mylenka Laferte⁵.

¹ Médico EDF Consultorio P. Pulgar Alto Hospicio

² Médico EDF Consultorio General Rural de Pozo Almonte

³ Médico EDF Posta de Salud Rural de Huará

⁴ Médico EDF Consultorio General Rural San Pedro de Atacama

⁵ Matrona Programa Postrados Consultorio P. Pulgar Alto Hospicio

RESUMEN

En nuestro país existe un aumento creciente de personas discapacitadas. Es un deber ético y una responsabilidad del equipo de salud proporcionar ayuda al entorno de la persona que sufre esta condición. El presente trabajo describe las características de los cuidadores y las variables que puedan condicionar su sobrecarga, aportando insumos para la intervención del programa. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo utilizando fichas clínicas de las personas postradas del programa que tienen la "ficha tipo" de ingreso y la entrevista de sobrecarga del cuidador (ZARIT). El total de cuidadores fue 34. Hemos determinado que los cuidadores del programa son principalmente mujeres, dueñas de casa, familiares directos (hijos), entre 40-49 años de edad, con total demanda de capacitación, la gran mayoría con escolaridad incompleta. Es posible inferir que después de 1 año de ser cuidador aumenta el nivel de sobrecarga, así como también aumenta al tener educación básica incompleta. Igual situación sucedería en familiares no directos del postrado. De todo lo expuesto se concluye que es necesario fortalecer la capacitación continua de los cuidadores, al igual que su nivel de escolaridad a través de alianzas con otros sectores de la red social.

Palabras clave: SS (sin/sobrecarga); SI (sobrecarga intensa).

ABSTRACT

In our country exists an increasing increase of disabled persons. It is an ethical duty and a responsibility of the equipment of health to provide help to the environment of the person who suffers this condition. The present work describes the characteristics of the keepers and the variables that could determine their overcharge, contributing inputs for the intervention of the program. There was realized a descriptive, retrospective study using clinical cards of the persons severe disabled (humbled) of the program who have the "card type" of revenue and the interview of overcharge of the keeper (ZARIT). The whole of keepers was 34. We have determined that the keepers of the program are principally women, owners of house, direct family (children), between 40-49 years of age, with whole demands of training, the great majority with incomplete education. It is possible to infer that after 1 year of being a keeper increases the level of overcharge, as well as also increases on having basic incomplete education. Equal situation would happen in not direct relatives of the severe disabled one. Of everything exposed one concludes that it is necessary to strength the constant training of the keepers, as their level of education across alliances with other sectors of the social network.

INTRODUCCIÓN

El cuidado es entendido como el conjunto de todas aquellas actividades humanas físicas, mentales y emocionales dirigidas a mantener la salud y el bienestar del individuo y/o comunidad (Colliére, 1993).

El cuidado informal ha sido definido como “un sistema informal de prestación de cuidados no remunerado a personas dependientes, por parte de familiares amigos u otras personas y constituye un verdadero sistema oculto de cuidados” (García, 2002).

En la actualidad entendemos el concepto de cuidador informal como aquella persona normalmente vinculada por lazos familiares, con la persona dependiente, que desarrolla todas aquellas acciones cotidianas del ámbito familiar o doméstico con el objeto de mantener el funcionamiento integral y autónomo de la persona postrada, cuyo objetivo es mantener un óptimo nivel de independencia y calidad de vida del enfermo, pasando a ser también el principal proveedor y responsable de sus cuidados. Se trata de cuidados que siempre comportan una relación afectiva definida entre el proveedor y la persona dependiente por el que no se recibe usualmente alguna remuneración.

Estudios realizados en España, han determinado que sólo un 12% del tiempo que se dedica a atender una enfermedad de algún miembro del hogar es suministrado por los servicios sanitarios, mientras que el 88% restante lo prestan las redes sociales de apoyo, fundamentalmente la familia más cercana (Durán, 1991), constituyendo en la actualidad una verdadera ventaja, el que las personas dependientes en el cuidado de su salud permanezcan en sus propios hogares, pues la solución a sus necesidades está en manos de la familia y la comunidad.

El cuidador o cuidadora, o quien provee de cuidados en salud, es un concepto reciente desde las instancias sanitarias de los países, que alude a una práctica tan antigua

como la humanidad, que se funda en nuestra tendencia como especie, biológica gregaria y empática, y que ha sido evidenciada como una tarea asociada con gran preponderancia a las mujeres. Esta situación se registra en porcentajes superiores al 60% en países desarrollados y mayores al 90% en países pobres, donde los sistemas de seguridad social y los dispositivos sanitarios no han logrado dar cobertura a partir de recursos especializados o formales, a las necesidades de cuidados de las personas dependientes transitorias o permanentes.

El programa de Cuidados domiciliarios de pacientes con discapacidad moderada y severa tiene su primer antecedente el año 2004 en que se instaura el programa de cuidados domiciliarios tendientes a dar atención de enfermería a personas que requerían de algún tipo de prestación en domicilio por incapacidad de desplazamiento temporal (alta hospitalaria precoz, post operatorios tempranos, alivio del dolor, etc.) y definitivo. Posteriormente, hacia el año 2006 se instruyen 36 medidas para los 100 primeros días de gobierno de Michelle Bachelet Jeria, donde se incluye el cuidado y mayor atención a los cuidadores de pacientes postrados en su indicación 6B. Es éste el inicio del programa como actualmente de desarrolla, dirigido a pacientes con discapacidad moderada o severa, con el objetivo de mejorar la calidad del cuidado de la persona postrada en su domicilio, incluyendo capacitación permanente a la familia que cuida e intentando aliviarla, a través de un apoyo monetario con el objetivo final de impedir la institucionalización de la persona postrada.

Las Familias de nuestro pacientes desarrollan una labor de alta exigencia y desgaste, como es la de cuidar a un paciente postrado, definido como aquella persona que requiere supervisión total para realizar las actividades de la vida diaria (bañarse, vestirse, alimentarse, contener esfínteres, usar inodoros y trasladarse) y necesariamente

asumen también un costo social, familiar y personal difícil de aceptar. El éxito de esta tarea dependerá de la funcionalidad familiar y de la disponibilidad de apoyo alternativo brindada por los equipos de salud local, principalmente Atención Primaria de Salud (APS).

La Comuna de Alto Hospicio fue fundada el 12 de abril de 2004 y está ubicada en la Provincia de Iquique, Región de Tarapacá, a 10 km. de Iquique y a 600 metros sobre el nivel del mar.

Alto Hospicio nació entre miles de familias atraídas por la prosperidad de Iquique. A fines de los años 80 no tenía más de mil habitantes que correspondían a unas cuantas familias que habían sido trasladadas desde esa ciudad a terrenos fiscales. Su constante flujo migratorio hace que hoy concentre aproximadamente 72.758 habitantes (Censo 2002).

Desde comienzos del 2000 se reconoce a esta Comuna como una zona devastada por la precariedad, la pobreza y el desamparo social. Estigmatizada a través de los medios de comunicación por la tragedia que afectó a 14 víctimas adolescentes, vive hasta hoy esa condición pero dentro de un contexto socio-político-cultural y urbanístico muy distinto de sus comienzos, haciendo de esta comuna un lugar en constante desarrollo acorde con la visión de país.

El presente trabajo fue realizado con pacientes pertenecientes al Programa de cuidados domiciliarios de personas que sufren discapacidad moderada y severa del Consultorio Pedro Pulgar Melgarejo de la comuna de Alto Hospicio con el objetivo de realizar un perfil de los cuidadores de pacientes postrados (dependiente moderado y severo) para revisar y planificar nuestra labor como equipo de salud de APS, a la vez de contribuir en un campo increíblemente poco explorado por las actividades de investigación clínicas actuales.

En este contexto les presentamos parte de la realidad de un programa de salud que sin lugar a dudas ha contribuido a mejorar la calidad de vida de nuestra población.

Objetivos:

- Realizar un perfil de los Cuidadores de pacientes atendidos en el Programa de Cuidados Domiciliarios para Personas Postradas del Consultorio P. Pulgar de Alto Hospicio.
- Determinar variables individuales involucradas en la sobrecarga del cuidador.
- Obtener información que permita mejorar la atención hacia los cuidadores del programa.

Material y Método:

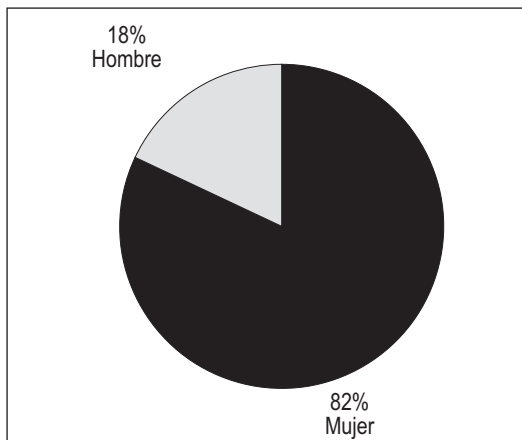
Este trabajo corresponde a un estudio descriptivo- retrospectivo. Se realizó en el Consultorio Pedro Pulgar Melgarejo de la comuna de Alto Hospicio, a través de la revisión de fichas clínicas. Fueron incorporados al estudio aquellos usuarios que tuviesen completa la ficha ingreso al programa y la escala de sobrecarga del cuidador (Zarit) que están incorporadas en las normas de atención domiciliaria de personas con discapacidad moderada y severa del MINSAL de Julio 2006 (Anexos 1 y 2). Los instrumentos fueron aplicados por el equipo de salud (matrona, técnico paramédico y médico) en las atenciones domiciliarias realizadas al ingreso de los pacientes. El total de cuidadores que cumplían con los requisitos fueron 34 (de un total de 54 personas) que hasta Abril de 2008 se encontraban en el programa.

Para el análisis de los resultados se aplicaron promedios (\bar{x}) y Riesgo Relativo (RR).

Resultados:

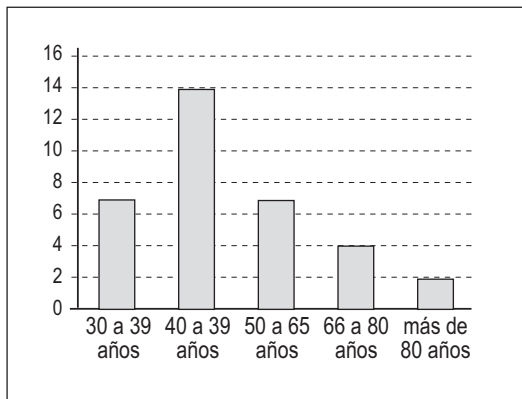
De las 34 encuestas aplicadas se observó un predominio del sexo femenino con un 82%, sobre el sexo masculino (18%)

**Gráfico N° 1:
DISTRIBUCIÓN POR SEXO**



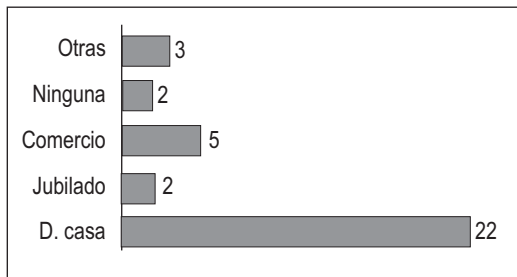
Al clasificarlos por grupo etario, se vió que predominó el grupo de cuidadores que está en la 5ª década de la vida (41%), con una media de 49.03 ± 2 años, y que la gran mayoría de los encuestados (82%) está entre los 30 y 65 años de edad

**Gráfico N°2:
GRUPOS DE EDADES**

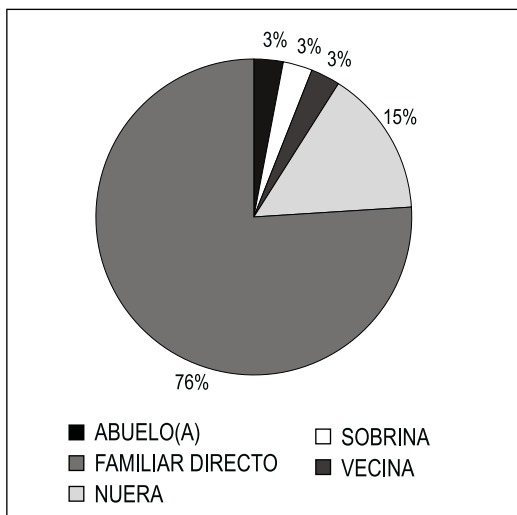


Al analizar la ocupación laboral destacó el grupo de dueñas de casa (65%) (**gráfico N° 3**); al ver el parentesco con el paciente postrado predominan los familiares directos (padres, hermanos, fundamentalmente hija o hijo) con un 76%, destacando aquí un notable grupo conformado por las nueras, el que corresponde al 15% del total de cuidadores

**Gráfico N°3:
TRABAJO DE LOS CUIDADORES**

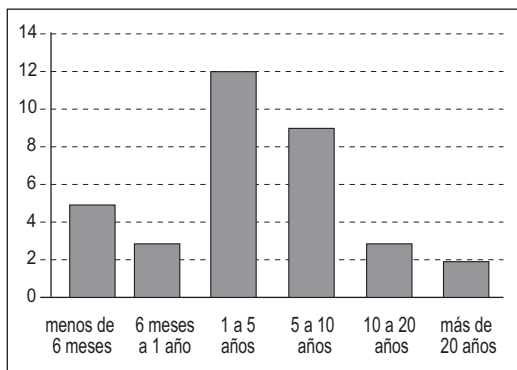


**Gráfico N°4:
PARENTESCO DEL CUIDADOR**



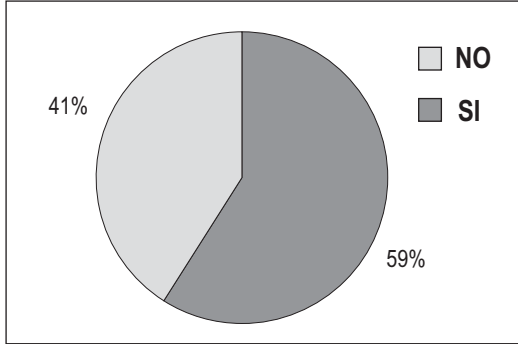
Otra variable a estudiar fue el tiempo realizando esta actividad, en que destacan los grupos de cuidadores que llevan entre 1 y 5 años, y el grupo contiguo de 5 a 10 años cuidando, lo que alcanza entre los dos grupos un 60% del total.

**Gráfico N°5:
TIEMPO A CARGO**



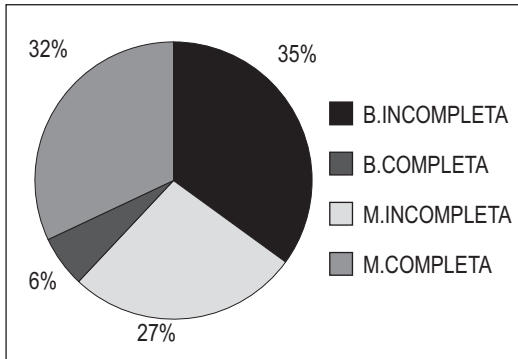
Al evaluar la presencia de un segundo cuidador, el 59% de los encuestados manifiesta su existencia y el 41% restante no cuenta con apoyo efectivo

**Gráfico N°6
EXISTENCIA DE CUIDADOR SECUNDARIO**



También fue analizada la escolaridad de las personas que realizan cuidados de pacientes en situación de discapacidad moderada o severa. Resultó que el 32% posee una educación básica incompleta y sólo el 35% tiene educación media completa. El 33% restante están en una situación intermedia de escolaridad.

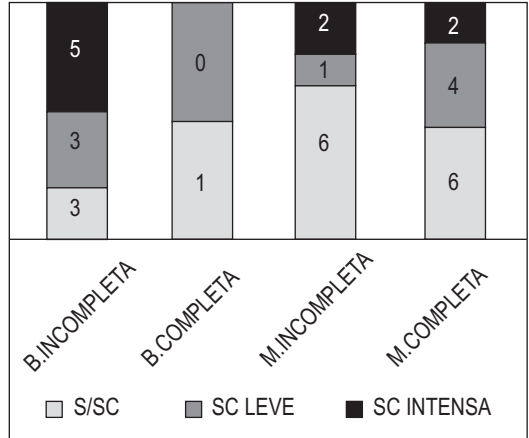
**Gráfico N°7
ESCOLARIDAD DE LOS CUIDADORES**



Al analizar el nivel de sobrecarga en relación a la escolaridad del cuidador obtuvimos que el grupo de cuidadores con sobrecarga intensa está conformado en su mayoría (55.5%) por personas con educación básica incompleta. A su vez, los individuos que completan al menos educación básica conforman la mayoría de los cuidadores sin sobrecarga (81%). La relación de escolaridad

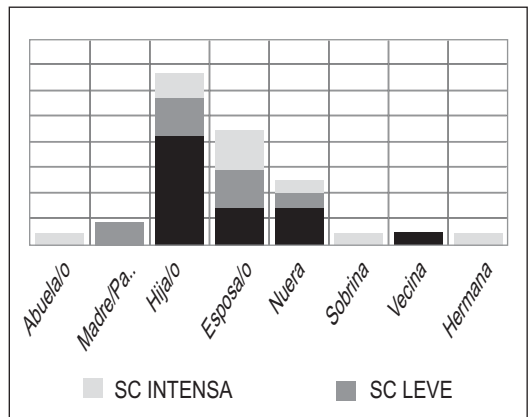
básica incompleta asociada a un alto nivel de sobrecarga presenta un riesgo relativo (RR) de 1,7.

**Gráfico N°8
NIVEL DE SOBRECARGA EN RELACION A LA ESCOLARIDAD RR1.7**



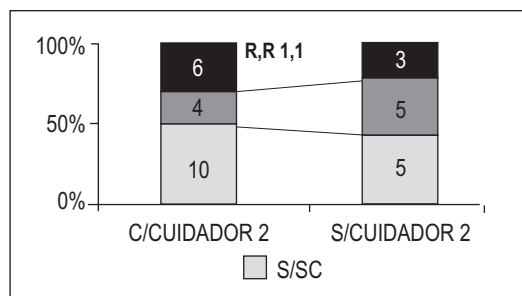
Relacionando el parentesco con el nivel de sobrecarga, es en el grupo de familiares directos donde predominan el mayor número sin sobrecarga con un 75%, destacando que las nueras también presentan un alto porcentaje de sin sobrecarga (60%).

**Gráfico N°9:
PARENTESCO Y GRADO DE SOBRECARGA**



La sobrecarga en el grupo de cuidadores que cuenta con un segundo cuidador es menor (50%) que en aquellos que no cuentan con ayuda (57%) con un RR 1,1.

Gráfico N°10:
NIVEL DE SOBRECARGA EN RELACIÓN
A LA EXISTENCIA DE 2° CUIDADOR



El análisis de variables como el sexo o la edad del cuidador no mostraron ser trascendentes en el nivel de sobrecarga de los cuidadores.

El 100% de los encuestados manifiesta necesidad de ser capacitados en torno a técnicas y manejo de personas postradas.

Discusión

En virtud de los objetivos trazados al inicio de nuestro proceso investigativo hemos podido determinar que nuestros cuidadores son en su mayoría mujeres, dueñas de casa, con un promedio de edad de 49 años, familiares directos (principalmente hijas), de las cuales una gran parte tienen escolaridad media inconclusa. Cerca de la mitad de los pacientes postrados contaron con un cuidador secundario al momento del ingreso al programa.

Al realizar el análisis del nivel de sobrecarga de cuidador (Zarit) en relación a diversas variables incluidas en el instrumento aplicado (encuesta de ingreso al cuidador) observamos que: el nivel de sobre-

carga resulta mayor en cuidadores que llevan más de un año en esta labor y carecen de instrucción formal completa. También se hace presente la necesidad de aplicar dichos instrumentos en forma periódica con el objeto de pesquisar cambios en el perfil descrito y en las condiciones referidas al cuidado del paciente.

De todo lo anterior se logra identificar grupos riesgo para sufrir un mayor nivel de sobrecarga, sobre los cuales resulta necesario profundizar el análisis a través de métodos cualitativos a fin de apoyar pertinentemente la situación individual considerando la particularidad familiar, económica, educacional y cultural.

A la vez se configura la necesidad explícita de capacitación continua hacia los familiares y cuidadores, a la vez de la incorporación de profesionales del ámbito de la salud mental en el equipo de atención a pacientes postrados y sus cuidadores.

REFERENCIAS

1. M.F. Collière. Promover la Vida. McGraw-Hill Interamericana. 1993. España
2. M.A. Durán. El tiempo y la economía español. Ice. 1991: 9-48.
3. C.M. García. La atención a la salud en el ámbito doméstico. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España.
4. E. Herrera. Cuidadoras y cuidadores de personas dependientes y enfoque de género en Chile. Departamento de programas y proyectos. FONADIS. 2007

Brote de Enterovirus en una Comuna de la VI Región

Rodrigo Terrada¹, Miguel Marín²
Médico Consultorio de Navidad¹, Médico Hospital de Peumo²

RESUMEN

Los enterovirus son importantes patógenos para el ser humano; el cuadro clínico es en general leve, pero pueden presentarse en brotes que producen alarma en la población y excepcionalmente como casos graves (1,2,3).

En el siguiente trabajo se describe un brote ocurrido durante el mes de noviembre del 2006 una pequeña comuna de 5800 habitantes de la VI región de Chile. En este caso afectó predominantemente a niños entre 8 y 11 años pertenecientes a tres colegios de la Comuna de Navidad, no se presentaron casos graves y el manejo fue sintomático. La investigación epidemiológica confirmó la presencia de enterovirus en deposiciones. Se realizó intervención sanitaria en los colegios con lo que se controló el brote.

ABSTRACT

Enteroviruses are important human pathogens; generally, they have a non severe clinical presentation, but the outbreaks can generate alarm in the population and exceptionally they may also have severe forms of presentation (1,2,3)

The next report describes an outbreak occurred during November 2006 in Navidad, a little community of 5800 habitants in the VI region in Chile. In this case, the outbreak affected children between 8 and 11 years old, students from three different schools of the community, there were not severe cases and the management was sintomatic only. The epidemiologic research confirmed the presence of enterovirus in stools. Sanitary intervention was started inmediately in the three schools, achieving full control of the outbreak.

INTRODUCCIÓN

Se conocen más de 90 serotipos de enterovirus que causan infecciones en el ser humano, muchas clínicamente inaparentes, pero que en un pequeño porcentaje dan lugar a enfermedades graves del sistema nervioso central que pueden incluso determinar la muerte (2, 3). El hombre es el único reservorio conocido, su lugar de replicación es el tracto gastrointestinal y la transmisión es fundamentalmente fecal-oral y respiratoria (4).

Cuadros Clínicos

El día 9 de Noviembre de 2006 consultan en la Posta Rural de Rapel, comuna de Navidad, 34 niños de 4 a 13 años por cuadro de fiebre asociada a odinofagia y/o dolor abdominal y/o síntomas respiratorios y/o cefalea. 21 niños correspondían a alumnos de sexto a octavo básico del "Complejo Educacional Francisco Chávez", que presentaban un cuadro compatible con faringitis aguda, de ellos el 57.14% (12 casos) desarrollaron un síndrome diarreico post faríngeo.

Se realizó una investigación epidemiológica, las muestras tomadas dieron resultados negativos para contaminación de agua y alimentos. Se realizó seguimiento a cada niño. El último caso nuevo se presentó el día 15 de noviembre.

Entre el 26 y el 30 de noviembre se presenta un nuevo brote de 58 casos ocurrido en la “Escuela Divina Gabriela” de la localidad de Navidad. En este caso se presenta como faringitis aguda con sintomatología digestiva leve, las edades fluctuaban entre 4 y 11 años concentrándose el 81% entre los 7 y 11 años.

Entre el 29 y 30 de noviembre se presentan 5 nuevos casos de características similares en el Liceo Politécnico de Navidad, todos ellos alumnos residentes en el internado cuyas edades fluctúan entre los 13 y 16 años.

Trece casos se descartaron por diagnósticos posteriores de bronquitis aguda o faringoamigdalitis purulenta.

En total se identificaron 84 casos que se atribuyeron a un brote viral por las características epidemiológicas. Con fecha 26 de noviembre se realiza informe a la unidad de epidemiología de la Seremi Salud Sexta Región, ante lo cual se realiza visita epidemiológica ambiental en terreno.

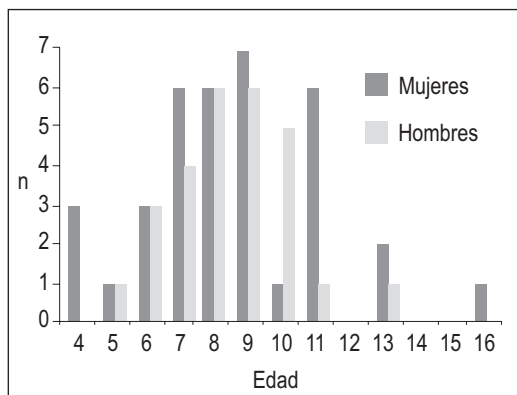
Análisis epidemiológico

El inicio del brote se produjo en las afueras de la comuna con desplazamiento hacia el centro. No pudo determinarse el caso índice, pero por fuentes informales, se sabe que algunos adultos presentaron sintomatología compatible con cuadro respiratorio leve, previo al inicio del brote.

Navidad es una comuna que presenta características de una población envejecida, con un número de niños y jóvenes reducido, por lo cual, se da una relación cotidiana en estos grupos etáreos. En el gráfico N°1 se muestra la distribución por edad y sexo del segundo y tercer brote, donde se observa una

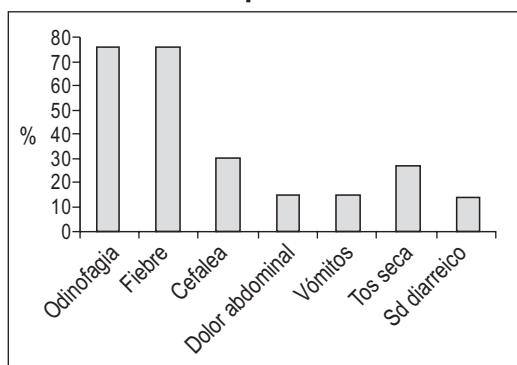
concentración de los casos entre los 8 y 11 años, con mayor número de casos en mujeres.

Gráfico N°1:
Distribución por edad y sexo



No se presentaron casos complicados o graves, el cuadro fue de corta duración (aprox. 3 días), tratándose solamente en forma sintomática. Como síntomas predominaron la odinofagia y la fiebre (76%) (Gráfico N°2)

Gráfico N°2:
Forma de presentación



Cabe destacar que algunos de los casos del primer brote tiene relación de parentesco y/o residencia con alumnos de la escuela que presentó el segundo brote y a su vez se da la misma situación entre alumnos del Colegio Divina Gabriela y el Liceo Politécnico.

Según el comportamiento de la curva epidémica se presume que la fuente de transmisión fue de persona a persona. Se sospechó que el agente causal sería un ente-

rovirus, cuyo desarrollo se habría visto favorecido por la falta de conciencia de medidas de higiene generales, por la ruralidad y por la inadecuada disposición de excretas.

Se realizó investigación ambiental e intervención sanitaria en todas las escuelas de la comuna, entrevista con el equipo de salud y autoridades comunales. En forma preventiva se abasteció a la comuna de 120 vacunas anti hepatitis A, las cuales fueron administradas a la población infantil de más riesgo (jardines infantiles). Se gestionó abastecimiento de jabón, toallas desechables y papel higiénico para los colegios.

Se tomaron muestras de deposiciones, para búsqueda de enterovirus y suero para estudio de virus Influenza, las que fueron enviadas al ISP el 1 de diciembre. Con fecha 14 de diciembre se confirmó la presencia de enterovirus.

Desde el 30 de noviembre de 2006, no se presentaron nuevos casos.

CONCLUSIÓN

Los enterovirus son un importante grupo de patógenos que generalmente no generan cuadros clínicos graves y requieren sólo manejo sintomático. Excepcionalmente pueden producir cuadros graves o presentarse en brotes que generan alarma en la

comunidad. Cabe destacar que la acción más importante para su manejo es la prevención a través del correcto lavado de manos, adecuada disposición de excretas y manipulación de alimentos.

REFERENCIAS

1. An Epidemic of Enterovirus 71 Infection in Taiwan. Monto Ho, M.D., Eng-Rin Chen, Dr.Med.Sci., Kwo-Hsiung Hsu, M.S., Shiing-Jer Twu, M.D., Ph.D., Kow-Tong Chen, M.D., Ph.D., Su-Fen Tsai, M.P.H., Jen-Ren Wang, Ph.D., Shin-Ru Shih, Ph.D., for The Taiwan Enterovirus Epidemic Working Group. NEJM Vol. 341:929-935.
- 2.. Chao-Ching Huang, M.D., Ching-Chuan Liu, M.D., M.P.H., Ying-Chao Chang, M.D., Cheng-Yu Chen, M.D., Shan-Tair Wang, Ph.D., and Tsu-Fuh Yeh, M.D. Neurologic Complications in Children with Enterovirus 71 Infection. NEJM Vol. 341:936-942.
3. Shindarov LM, Chumakov, MP. Epidemiological, clinical, and pathomorphological characteristics of epidemic poliomyelitis-like disease caused by enterovirus 71.. J Hyg Epidemiol Microbiol Immunol. Vol. 23(3):284-95
4. C. Grado, V Luchsinger, JM Ojeda Virología Médica., 1997 - Ed. Mediterráneo

Caracterización de lista de espera Hospital Tipo 4

Adolfo Aliaga¹, Oscar González¹, Haroldo Sánchez¹, Alex Muñoz¹, Carlos Riaño¹
¹Médicos en Etapa de Destinación y Formación. Hospital San Agustín de Collipulli

RESUMEN

Introducción: *Existe una generalizada percepción de parte de los usuarios del sistema público de salud sobre prolongados tiempos de espera para obtener evaluación por médicos especialistas.*

Objetivos: *Se pretende caracterizar de manera objetiva los tiempos de espera de los usuarios del Hospital San Agustín de Collipulli.*

Material y Métodos: *Se revisaron las interconsultas que están pendientes hasta el 31 de mayo de 2008; solicitadas desde el Hospital de Collipulli a los especialistas de los Hospitales de Angol y Victoria. La base de datos generada fue evaluada usando Stata[®] 10..*

Resultados: *Se encontró 773 interconsultas pendientes. Un 67.5% eran mujeres y 32.5% hombres; edad promedio 48.2 ± 22 años; tiempo de espera promedio 121 ± 133 días; las especialidades de Oftalmología, Otorrinolaringología y Traumatología reúnen el 69% de pacientes en espera..*

Discusión: *Las más altas concentraciones de pacientes y tiempos de espera se ubican en Oftalmología, Otorrinolaringología y Traumatología. Se considera importante para lograr buena gestión contar con información objetiva y no sólo percepciones.*

ABSTRACT

Introduction: *There is widespread perception by users of the public system of health about long time of waiting to access to medical specialist attention.*

Aim: *To characterize in an objective manner the Hospital Collipulli's waiting list.*

Methods: *We review all medical consultations that still waiting attention until 31th may, 2008. The generated database was evaluated using statistic package StataTM 10.*

Results: *It found 773 medical consultations that still waiting. A 67.5% was female and 32.5% male; mean age 48.2 ± 22 years; mean waiting time was 121 ± 133 days; Ophthalmology, Otolaryngology and Traumatology specialties meet 69% awaiting patients.*

Conclusions: *Highest concentration of patients and waiting time are at Ophthalmology, Otolaryngology and Traumatology specialties. We consider it important to achieve good management performance to have objective information and not just perceptions.*

INTRODUCCIÓN

Collipulli es una comuna del sur de Chile, perteneciente a la Provincia de Malleco y extensamente reconocida por el Viaducto del mismo nombre, declarado Hito Histórico de la Ingeniería Civil en 1994¹ (misma distinción obtenida por el Puente Golden Gate, la Torre Eiffel y el Canal de Panamá, entre otros).

Posee una población proyectada al año 2007 de 22.114 habitantes (28% de ellos rurales) distribuidos sobre 1.296 km² y con un nivel de pobreza de 33.15% (el doble de la nacional)^{2,3}. El acceso a la salud es casi plenamente a través del Sistema Estatal (FONASA), mediante un Hospital tipo IV, 6 Postas Rurales y 6 estaciones médico rurales bajo la tutela técnica del Servicio de Salud Araucanía Norte (SSAN).

El Hospital San Agustín de Collipulli (HSA) construido a comienzos de la década del 50, cuenta con una dotación de 115 funcionarios, 6 de ellos médicos generales de zona en etapa de destinación y formación que, juntos, entregan más de 35 mil atenciones médicas en salud primaria.

El HSA, así como el SSAN, evidenciando una generalizada percepción de largas esperas para lograr atenciones por médicos especialistas del nivel secundario, estimularon la creación del comité de gestión de la demanda.

Esta instancia de reunión entre entes del área clínica y administrativa de cada hospital buscará conocer realmente la demanda existente y la distribución por cada especialidad. Asimismo, se incentiva a tomar la gestión de la lista de espera, conociendo a sus usuarios, tiempos de espera y la pertinencia exigida por los hospitales de derivación.

Es en este contexto que queremos exponer la realidad local de este primer diagnóstico, que sirve como base para planificar intervenciones en la lista de espera de nuestro Hospital.

Objetivo

El propósito de este trabajo es describir la situación actual de la lista de espera del HSA.

Material y Métodos

En el marco de un estudio de diseño descriptivo retrospectivo, se extrajeron y revisaron todas las interconsultas generadas desde el HSA a los Hospitales de Angol y Victoria, sus centros de derivación (ambos tipo II) que estaban pendientes al día 31 de mayo de 2008.

La información recopilada se almacenó en una base de datos Excel, que incluía género, edad, grupos etarios, tiempo de espera y especialidad requerida. Posteriormente fue procesada usando el paquete estadístico StataTM 10.

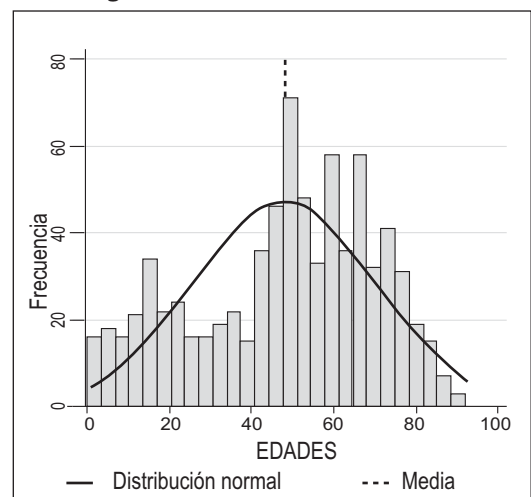
Resultados

Al 31 de mayo de 2008, se reunió un total de 1.276 solicitudes de interconsultas, de las cuales 773 aún estaban pendientes.

En cuanto al género, 522 (67.5%) eran mujeres y 251 (32.5%) hombres.

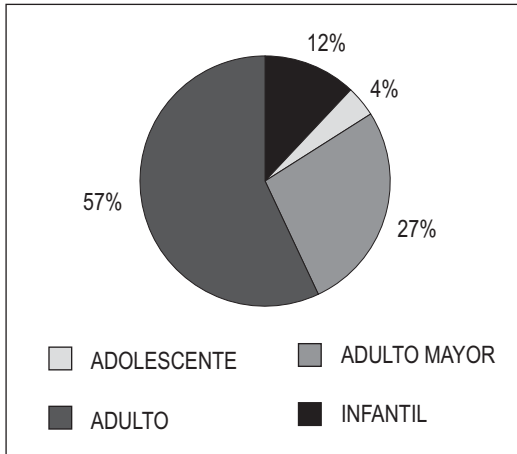
La edad promedio fue de 48.2 ± 22 años, distribuyéndose como se muestra en el Gráfico 1.

Gráfico 1
Histograma de distribución de edades



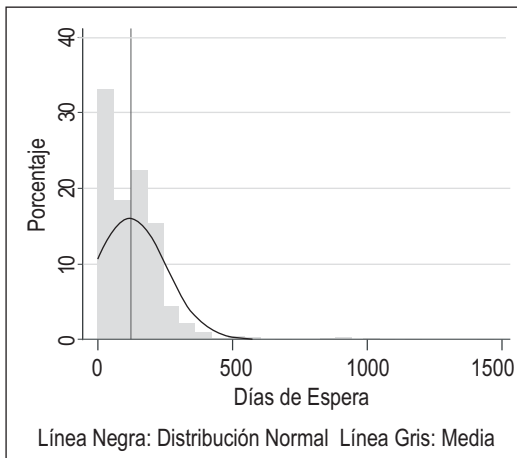
Los grupos etarios se distribuyen como se muestra en el gráfico 1.

Gráfico 2
Distribución según Grupos etarios



Los tiempos promedio de espera fueron de 121 ± 133 días, que se estructuraron de la siguiente forma

Gráfico 3
Histograma de Distribución, según Tiempo de Espera



Desagregadas por las especialidades solicitadas, estas se distribuían como se muestra en la Tabla 1 (ordenadas según días promedio de espera).

Discusión

Nuestra lista de espera está mayoritariamente formada por usuarios de género femenino, pertenecientes al grupo etario

adulto y que esperan un tiempo promedio cercano a los cuatro meses para acceder a atención por especialistas del nivel secundario de atención.

En cuanto a las especialidades con mayor cantidad de usuarios en espera, las mayores frecuencias se ordenan así: Oftalmología, Otorrinolaringología y Traumatología. Cabe resaltar que sólo estas tres dan cuenta del 69% de la lista de espera.

Por otra parte, los mayores tiempos de espera según especialidad están en Psiquiatría, Oftalmología y Traumatología.

Concluimos que los esfuerzos claramente deben estar enfocados en la gestión de las especialidades de Oftalmología, Otorrinolaringología y Traumatología puesto que acumulan los mayores volúmenes de usuarios en espera así como de las más largas esperas. Además, se resalta lo trascendental de la obtención de datos claros que permiten un diagnóstico de la situación y un mejor enfoque de los esfuerzos en obtener una atención con la oportunidad deseada por usuarios, clínicos y directivos.

REFERENCIAS

1. American Society of Civil Engineers. www.asce.org.
2. Instituto Nacional de Estadísticas. www.ine.cl
3. Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo. www.subdere.gov.cl

Tabla 1
Tiempos de Espera según Especialidades

	Especialistas	IC Pendientes	Media (\pm DS) (días)	Mediana (días)	Mínimo (días)	Máximo (días)
Psiquiatría	1	3	189 (\pm 306)	15	11	543
Oftalmología	2	392	185,2 (\pm 203)	166	2	1055
Traumatología	1	61	148,8 (\pm 145,7)	112	4	992
Otorrinolaringología	1	82	133 (\pm 150)	100	1	1138
Neurología	1	30	115,5 (\pm 167)	66	4	884
Urología	2	13	113 (\pm 114)	68	4	388
Cirugía	4	56	92,8 (\pm 46)	92	1	210
Ginecología	5	52	89 (\pm 135)	44	3	649
Obstetricia	5	2	79,5 (\pm 0,7)	80	79	80
Medicina Interna	4	27	67 (\pm 66)	51	1	238
Cardiología	1	6	48,6 (\pm 33)	52	3	89
Cirugía Infantil	1	10	37 (\pm 16,8)	43	4	58
Fonoaudiología	1	5	27,4 (\pm 43)	12	3	105
Pediatría	5	15	26,8 (\pm 29)	16	4	117
Endodoncia	1	18	18 (\pm 8,1)	17	4	32
Neurología Infantil	1	1	18 (-)	18	18	18
Total	36	773	121,9 (133)	102	1	1138

¿Estamos indicando en forma correcta el uso de Estatinas en atención primaria?

Mandiola G. Carola¹, Silva C. Marla¹, Pérez D. Isabel¹, Monsalve R. Macarena¹
¹Médicos del Hospital San José de Casablanca

RESUMEN

Introducción: Las estatinas han demostrado ser útiles en la prevención de la enfermedad cardiovascular con mayor acuerdo en la prevención secundaria. Su uso no es inocuo, y tiene costos elevados por lo que su prescripción debe basarse en normas previamente establecidas.

Objetivos: Describir el tipo de pacientes que reciben simvastatina en un consultorio urbano y de acuerdo a guías nacionales e internacionales verificar si es o no adecuada su indicación.

Material y Método: Revisión de 125 fichas clínicas de pacientes que usan Simvastatina. Se dividen en 3 grupos: 1) Con un evento cardiovascular (CV) 2) diabéticos sin evento cardiovascular 3) Con más de dos factores de riesgo no diabéticos. Según guía GES y ATP-III se clasificarán estos grupos como pertinentes si la indicación es adecuada y como no pertinente si no está indicada.

Resultados: De 125 pacientes, 23% hombres y 76,8% mujeres. El promedio de meses con Simvastatina es de 14,4. Son 16,8% grupo 1, 41,6% grupo 2 y 41,6% grupo 3. Indicación no fue pertinente en el 32,7% del grupo 2 y 42,4% del grupo 3. Al inicio sólo el 9,6% es eutrófico. El 60,8% ha subido de peso desde el inicio.

Conclusión: Pese a que hay normas que determinan la prescripción de Estatinas, existe un uso indiscriminado en atención primaria lo cual representa un costo elevado para los sistemas de salud. En nuestro Hospital existe un porcentaje no despreciable (31,2%) de prescripción del medicamento sin tener indicación y sin iniciar cambios de estilo de vida previo.

ABSTRACT

Introduction: Statins have shown that are useful to prevent cardiovascular disease with major consensus in secondary prevention. Its use is not innocuous, and has high costs, so its prescription should be based in previously established guidelines.

Aim: to describe the patient prototype who receives simvastatin in an urban clinic and to verify the adequacy of prescription according to national or international guidelines.

Material and method: We review 125 clinical records of patients using simvastatin. We divided in 3 groups: 1) with a cardiovascular event 2) diabetics without a cardiovascular event 3) non diabetics with 2 or more cardiovascular risk factors. According to GES and ATP III guidelines, we classified as pertinent if the prescription is adequate and as not pertinent if is not adequate.

Results: Population under study were 126 patients. 23% were male and 76,8% female, the average of simvastatin use is 14,4 months. Group 1 represents 16,8% of population, group 2 is 41,6% and group 3 is 41,6%. We found Non pertinent prescription in 32,7% of group 2 and in 42,4% of group 3. At the beginning, only 9,6% of people studied have a normal weight. Moreover, 60,8% of people increased their weight since the beginning of the study.

Conclusions: Although there are protocols about use of statins, there is a misuse of these drugs in primary healthcare system and this burden the system inappropriately. In our hospital, 31,2% of all prescriptions were wrong and people didn't change their life style which is absolutely necessary for reaching success in treatment with statins.

INTRODUCCIÓN

Desde el primer ensayo clínico realizado en el año 1994¹ se ha analizado el efecto de las Estatinas en la prevención de la enfermedad cardiovascular. A la fecha existen múltiples estudios clínicos que han demostrado la utilidad de las Estatinas en la prevención de la enfermedad cardiovascular, sobre todo en pacientes que han padecido una enfermedad cardiovascular o con riesgo cardiovascular alto^{1,2,3,4}.

Respecto al uso de prevención primaria existen estudios y metaanálisis que demuestran el beneficio de las Estatinas en la prevención de la enfermedad y mortalidad coronaria.^{5,6,7} Sin embargo la indicación de estatinas en prevención primaria sigue siendo controversial, dado que las distintas recomendaciones existentes (Recomendaciones de la Sociedad Europea⁸, PAPPs/SEMFVC⁹, ATP III¹⁰) presentan un mayor acuerdo en prevención secundaria que en primaria. El cálculo del riesgo cardiovascular es el elemento esencial para establecer la indicación del tratamiento con estatina en prevención primaria, pero aun existen discrepancias en el método de cálculo del riesgo cardiovascular, definición de riesgo cardiovascular alto y cifras de colesterol.

Así, en pacientes con bajo riesgo global se pueden tolerar niveles relativamente altos de colesterol LDL, debiendo enfatizarse siempre las medidas no farmacológicas. Esto, porque el tratamiento con Estatinas no es completamente inocuo, y porque a largo plazo tiene un costo no despreciable.

En el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (SSVSA) el gasto de los 5 consultorios durante los primeros 5 meses del año 2008 en Simvastatina equivale al 25% del gasto total de farmacia, aumentando además en un 5,7% respecto al año anterior¹¹.

En este estudio analizamos si la indicación de estatina se ajusta a las indicacio-

nes de recomendaciones actuales como es el ATP III¹⁰ y Guías MINSAL^{12,13,14}.

Materiales y Método:

Se revisaron las fichas clínicas de aquellos pacientes del programa cardiovascular del Hospital S. J. de Casablanca, que retiran Simvastatina actualmente en farmacia.

Se recopiló información de acuerdo a factores de riesgo cardiovascular, patologías asociadas, colesterol total y LDL al inicio de la terapia farmacológica, indicación de dieta previa (con o sin nutricionista) 3 meses antes de iniciar fármaco, peso al inicio de la terapia y peso actual.

Los pacientes se dividen en 3 grupos:

- **Grupo I:** aquellos que han sufrido un evento cardiovascular, ya sea infarto agudo al miocardio (IAM) o accidente vascular encefálico (AVE).
- **Grupo II:** diabéticos sin evento cardiovascular.
- **Grupo III:** con más de dos factores de riesgo no diabéticos.

La pertinencia se valoró de acuerdo a las guías clínicas del MINSAL de AVE¹² IAM¹³ y de diabetes mellitus Tipo II¹⁴ y al ATP-III¹⁰. En aquellos pacientes que iniciaron un tratamiento farmacológico sin LDL inicial se utilizaron las recomendaciones de la sociedad europea⁸ y el PAPPs- SEMFYC⁹.

Grupo I: Se consideran todos pertinentes por que tanto las guías del MINSAL como las del ATP indican que el uso de una Estatina está indicado como profilaxis farmacológica secundaria a permanencia.

Grupo II: (Según Guías Minsal 2006)¹⁴

- Pertinentes:
 - Diabéticos con LDL \geq 100-159 y dieta previa por 3 meses
 - Diabéticos con LDL \geq 160 inicial.
- No pertinente:
 - LDL entre 130-160 sin dieta previa,
 - LDL inicio < 130
 - Sin LDL al ingreso con colesterol < 320

Grupo III: (Según Normas ATP III)¹⁰

- Pertinente:
 - Con más de 2 factores de riesgo y LDL > 130 con inicio de tratamiento no farmacológico sin respuesta.
 - Con más de 2 factores de riesgo y LDL > 160 inicial.
- No pertinente:
 - LDL 130- 160 sin dieta previa
 - LDL < 130
 - Sin LDL al ingreso con colesterol < 320

Resultados

Se revisaron 125 pacientes, el 23% son hombres (29) y el 76,8% son mujeres (96), la edad promedio es de 65 años (entre 40 y 92 años). El promedio de meses con Simvastatina es de 14,4.

El Grupo I corresponde al 16,8% (21), 12 con IAM y 9 con AVE.

El Grupo II (diabéticos sin evento cardiovascular) es el 41,6% (52), teniendo indicación pertinente el 67,3% (35 pacientes) y con indicación no pertinente el 32,7% (17 pacientes).

El Grupo III (más de dos factores de riesgo) es el 41,6% (52), con indicación pertinente el 57,7% (30 pacientes) y no pertinente el 42,3% (22 pacientes).

Del total de pacientes el 68,8% (86 pacientes) presentaron indicación adecuada respecto a las recomendaciones utilizadas en este estudio y el 31,2% (39 pacientes) no deberían haber iniciado un tratamiento farmacológico con estatina.

Respecto al peso, al inicio sólo el 9,6% es eutrófico (12), el 44% presenta sobrepeso (55) y el 45% son obesos (55). A la fecha, el 60,8% ha subido de peso desde el inicio del tratamiento farmacológico.

Comentarios

Actualmente el uso de Simvastatina se ha masificado en Chile puesto que se ha demostrado que presenta ventajas en la prevención de pacientes dentro del programa

cardiovascular, incluyendo a este fármaco en parte del arsenal terapéutica del manejo en Atención Primaria. En el presente trabajo se analizó en un consultorio urbano (del Hospital San José de Casablanca), en que se estaban basando los médicos para iniciar el uso de éste fármaco y si esto correspondía a lo acordado según normas nacionales e internacionales. Al analizar en la literatura ha existido una serie de normas que se han ido perfeccionando y adecuando a la realidad local de diversos países. Hoy en día las más aceptadas son las normas del ATP III¹⁰ (Ver tabla 1) y para nuestro país las normas Minsal¹⁴ (Ver diagrama 1), ambas fueron utilizadas en el análisis de la indicación en nuestros pacientes.

Tabla 1

CATEGORIA DE RIESGO	Meta de LDL	Inicio no farmacológico	Inicio de fármacos
Equivalente coronario	< 100	≥100	≥130
> 2 factores de riesgo	<130	≥130	≥160
< 1 factor de riesgo	<160	≥160	≥190

ATP III. *JAMA* 2001; 285:2486-2497.

Diagrama 1

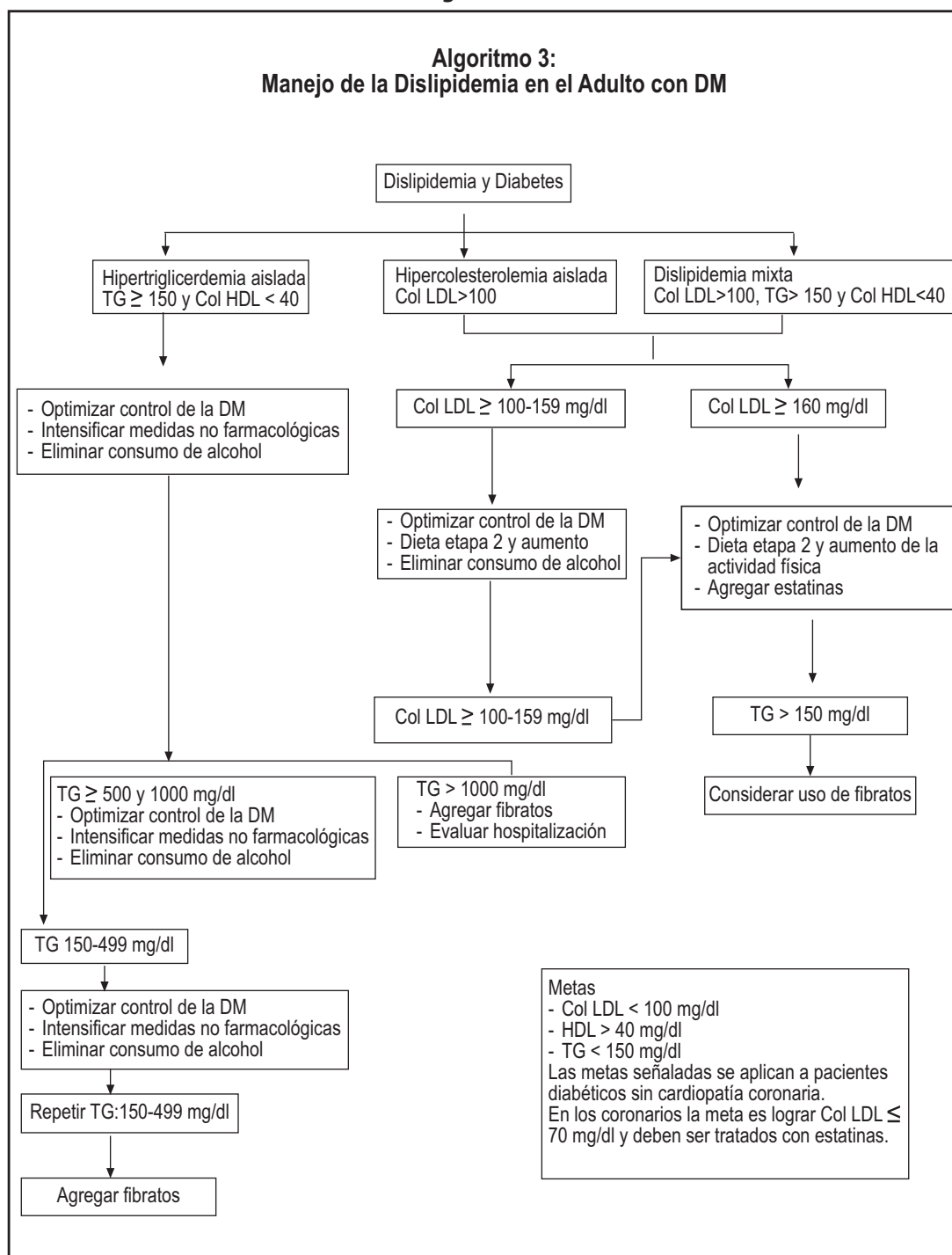
Aunque las Estatinas previenen eventos CV, existen normas actuales que determinan quienes deberían recibirlas, dado que su uso indiscriminado presenta un costo elevado para los sistemas de salud. Se observó que en nuestro Hospital existe un porcentaje no despreciable (31,2%) de prescripción del medicamento sin tener indicación, pese a las normas vigentes. Actualmente persiste la costumbre de indicar simvastatina sin iniciar cambios de estilo de vida previo o sin indicación, según nivel de LDL. Por otro lado, aunque esté prescrita la Estatina, los pacientes no modifican su estilo de vida e incluso aumentaron de peso en más de la mitad de los pacientes. Aún faltan más estudios que avalen su utilidad en prevención primaria principalmente en mujeres puesto que en estudios internacionales se han basado pri-

mordialmente en pacientes de sexo masculino a diferencia de la realidad local en Chile. Por estudios se conoce que el efecto más importante de las estatinas es la reducción de los niveles de LDL hasta en un 20%¹⁵, aunque en la mayoría de los ensayos clínicos el objetivo es la reducción de la enfermedad coronario o sus equivalentes. En un trabajo posterior se ampliará el universo y se determinará además si la indicación del medicamento tiene un real impacto en la disminución de los niveles de colesterol en éstos pacientes como lo demuestran los estudios antes mencionados.

REFERENCIAS

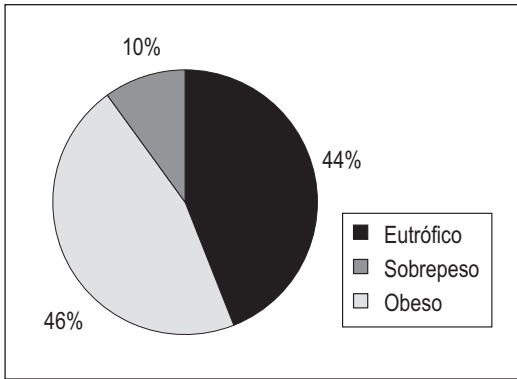
- 1-. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 1994; 344:1383-1389.
- 2-. The long-term intervention with pravastatin in ischaemic disease (LIPID) Study Group. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. *N Engl J Med* 1998; 339:1349-1357.
- 3-. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomized placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 360(9326):7-22.
- 4-. Ross SD, Allen IE, Connelly JE, Korenblat BM, Smith ME, Bishop D et al. Clinical outcomes in statin treatment trials: a meta-analysis. *Arch Intern Med* 1999; 159:1793-1802.
- 5-. Sever PS, Dahlof B, Poulter NR, Wedel H, Beevers G, Caulfield M et al. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial—Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomized controlled trial. *Lancet* 2003; 361(9364):1149-1158.
- 6-. Shepherd J, Cobbe S, Ford I, Isles C, Ross A, Macfarlane P. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *N Engl J Med* 1995; 333:1301-1307.
- 7-. Pignone M, Phillips C, Mulrow C. Use of lipid lowering drugs for primary prevention for coronary heart disease: meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2000; 321:1-5.
- 8-. de Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J et al. Executive summary. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2003; 24:1601-1610.
- 9-. Villar Álvarez F, Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Torcal Laguna J, Ortega Sánchez-Pinilla R, Vilaseca Canals J et al. Actividades preventivas cardiovasculares en atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 32 (supl 2):27-41.
- 10-. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of The Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III, or ATP III). *JAMA* 2001; 285:2486-2497.
- 11-. Comité de Farmacia y terapéutica SSVSA, 17 de Junio, 2008.
- 12-. Guía Clínica: ACV isquémico del adulto, 2006. MINSAL.
- 13-. Guía Clínica Infarto Agudo del Miocardio y Manejo del Dolor Torácico en Unidades de Emergencia. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.
- 14-. SERIE GUÍAS CLÍNICAS MINSAL N°XX, 1ª edición. Santiago: Minsal, 2006.
- 15-. Maiques Galán A, Franch Taix M, Fluixá Carracosa C. Estatinas: Eficacia, seguridad e indicaciones. Información terapéutica del sistema nacional de salud, 2004; Vol. XXVIII(N.º 4):89-100.

Diagrama N° 1

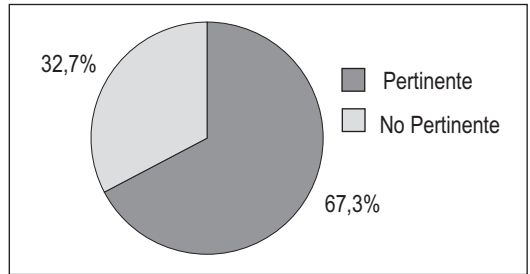


Serie guías clínicas MINSAL N°XX, 1ª edición. Santiago: MINSAL, 2006.

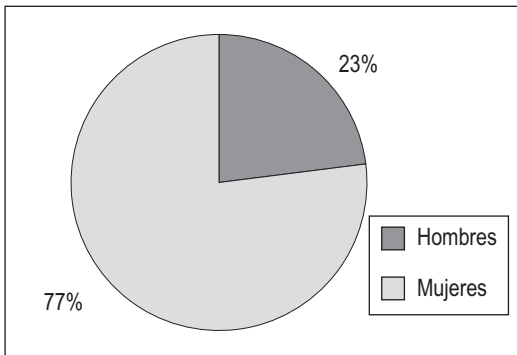
Estado nutricional de los pacientes al inicio del estudio



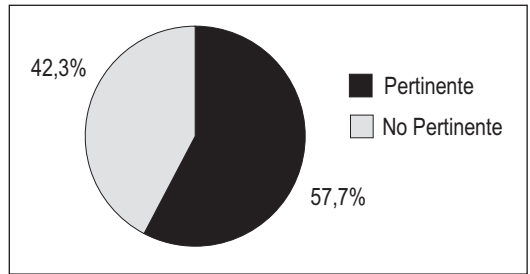
Grupo II y tratamiento



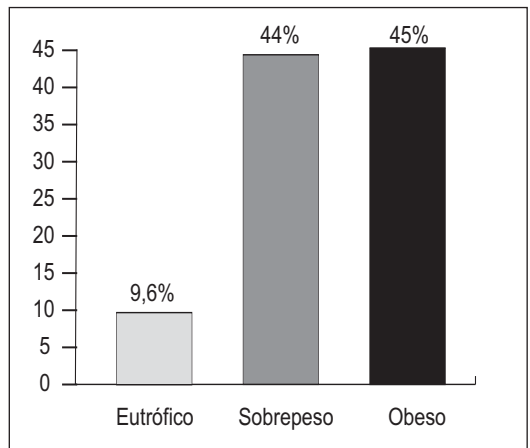
Grupo I distribución por sexo



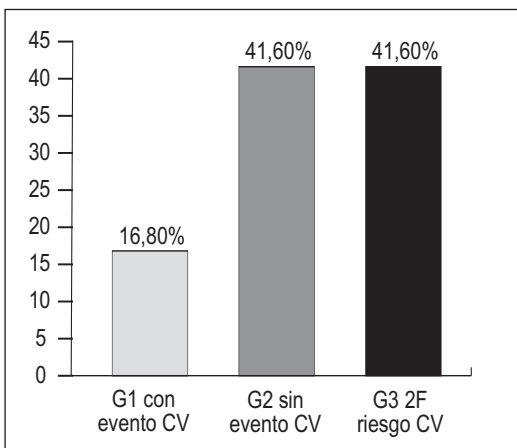
Grupo III y tratamiento



Estado nutricional de los pacientes



Grupo de pacientes con tratamiento



Experiencia de ronda a Puerto Edén

Daniela Cardemil¹, Paulina Folch¹, Ivan Blanco¹, Viviana Cardemil²

¹Médicos Hospital Dr. Augusto Eassman Burgos Puerto Natales

²Interna Escuela Medicina Universidad Austral

RESUMEN

Puerto Edén, localidad isleña a 400 km. de Puerto Natales. Aquí viven los últimos Kaweskar. Los controles se realizan en posta rural, siendo los casos complejos derivados a P. Natales.

Objetivos: *caracterizar y analizar consultas y actividades realizadas en las rondas y detectar brechas de atención.*

Material y Método: *Se registraron consultas y actividades realizadas en el período 2007-2008. Se determinó sexo, edad, tipo de control, diagnóstico, procedimiento, profesional, lugar de la atención y encuesta de satisfacción usuaria.*

Resultados: *Se registraron 244 consultas. La edad promedio fue de 37,8 años, el 60,7% fueron mujeres. El 36,1% de los controles fue morbilidad, 19,7% consulta ginecológica, 14,8% crónicos, 8,2% control niño sano, 6,6% urgencias, 1,6% poli dolor, 1,6% de consultas nutricionales. El 9,8% de las atenciones fueron domiciliarias. Se controlaron un 68,9% por médico, 21,3% por matrona, 9,8% por ambos. Se realizó PAP al 9,8% y examen de mamas al 16,4%. Tres de los pacientes requirió evacuación a Puerto Natales. Destaca alta proporción de obesidad, alcoholismo y secuelas de TBC. De las brechas en atención destaca la baja frecuencia de rondas, demora en interconsultas y exámenes, falta de insumos básicos.*

Conclusiones: *La cobertura por ronda es alrededor de un tercio de la población. El perfil del paciente es mujer en edad fértil. Destaca la baja frecuencia de pacientes ancianos. La mayoría asistió a la posta a control. De los Kaweskar una alta proporción son alcohólicos y secueles de TBC. Se sugiere aumentar frecuencia de rondas, priorización de interconsultas y exámenes y además optimizar el envío de insumos.*

ABSTRACT

Puerto Eden is a little island located 400 kms far from Puerto Natales in the South of Chile, is the place of birth and life of Kaweskar population. Primary Healthcare Attention is performed in the rural centre and complex diseases are derived to Hospital Puerto Natales.

Objectives: *To analyze consultations and other activities of healthcare team in Puerto Eden and determine gap of coverage. Material and Method: We reviewed medical records of period 2007-2008 and analyze gender, age, type of consultation, diagnosis, procedures, professional place of attention and user satisfaction.*

Results: *Population under study are 244 consultations with mean age of 37,8 years, 60,7% female. 36,1% activities were morbidity attentions, 19,7% gynecological controls, 14,8% consultations of chronic diseases, 8,2% control of healthy children, 6,6% were urgencias, 1,6% pain treatment of terminal ill people and 1,6% consultation because nutritional problems. 9,8% of consultations were performed at home. 68,9% were medical attentions and PAP were took in 9,8% of population. Only 3 patients should be sent to Hospital Puerto Natales. It is remarkable the high prevalence of alcoholism, obesity and tuberculosis sequela. Principal gap of coverage is related to infrequent medical visits to the island and lack of pharmacological resources and exams.*

Conclusions: *Coverage is a third of whole population of Puerto Eden and it is necessary to increase number of healthcare team visits with the aim to give and appropriate attention, especially to Kaweskar people.*

INTRODUCCIÓN

Puerto Edén es una localidad aislada. Se encuentra ubicada en la Isla Wellington, en la XII Región de Magallanes, a una distancia de 400 Km marítimos de la ciudad de Puerto Natales centro más cercano. Corresponde a la última localidad poblada en el trayecto marítimo entre Puerto Montt y Puerto Natales, navegando sobre el Canal de Messier en el sector de los campos de Hielo Sur, al cuál sólo se accede a través de vía marítima luego de 24 horas de viaje.

Su importancia radica en que es aquí donde viven los últimos miembros de la etnia Kaweskar o Alacalufe en Chile (1). La comunidad Kawaskar es una etnia a punto de extinguirse, ya no hay mujeres en edad fértil y hoy la componen solo 14 personas, los Tonko, Paterito, Edén y Wellington.

Puerto Edén cuenta hoy con una población de alrededor de 200 habitantes, cuya principal actividad es la pesca, extracción de cholga y administración.

Los controles de salud se realizan en una Posta Rural que cuenta con un Técnico Paramédico durante todo el año (2). Además se realizan Rondas Médicas trimestrales de 5 días de duración, desde el Hospital "Dr. Augusto Essmann Burgos" de Puerto Natales, asistiendo médico, más matrona, enfermero(a) o dentista.

Los casos más complejos, o que ameritan estudio, son derivados en barco hacia el Hospital de Puerto Natales, los pacientes no cuentan con laboratorio o evaluación por especialistas salvo que viajen a Puerto Natales y luego si es necesario a Punta Arenas con la consiguiente demora en el diagnóstico y tratamiento de sus patologías.

Objetivos

Los objetivos de este trabajo son caracterizar y analizar las consultas y actividades realizadas en Rondas Médicas a Puerto Edén.

Además de detectar las brechas de la atención médica desde la perspectiva de los propios usuarios residentes, a objeto de esta-

blecer un diagnóstico de situación y poder plantear medidas acordes a las necesidades reales de esta población.

Material y Métodos

Se registraron las consultas y actividades realizadas por médico y matrona en rondas médicas realizadas en abril, julio y octubre de 2007 y enero de 2008.

Se recolectaron datos demográficos y clínicos tales como sexo, edad, peso, tipo de control, procedimientos realizados, profesional que realizó la prestación y lugar físico en que se realizó la atención.

Los datos fueron recolectados en un protocolo tipo y analizados en una Planilla Excel.

Paralelamente se realizó una encuesta de satisfacción usuaria al 100% de los pacientes atendidos en la cual se realizaron 5 preguntas relacionadas con la visión de los usuarios en cuanto a los déficit de atención y principales dificultades para satisfacer sus necesidades.

En forma específica se evaluó a la población Kaweskar con el objeto de determinar las características de este grupo étnico.

Resultados

Durante el periodo estudiado hubo un total de 244 consultas, con un promedio de 61 pacientes por ronda. La edad promedio fue de 37,8 años (1-74), con un 18% <15 años, 73,8% entre 15 y 65 años, y 8,2% >65 años (3). El 60,7% (148) fueron de sexo femenino y 39,3% (96) de sexo masculino.

En cuanto al tipo de control que se realizó el 36,1% consultó por morbilidad, 19,7% de consulta ginecológica y método anticonceptivo, el 14,8% de las consultas fue de crónicos, 8,2% control de niño sano, 6,6% urgencias, 1,6% poli del dolor, 1,6% de consulta nutricional. El 9,8% de las atenciones fueron domiciliarias asistiendo médico y técnico paramédico.

Fueron controlados por médico un 68,9% (168) de los pacientes, y por matrona

un 21,3% (52). Además un 9,8% (24) se atendieron en forma conjunta por médico y matrona.

Se realizaron procedimientos como Papanicolau al 9,8% (24) de los pacientes, examen físico de mamas al 16,4% (40), correspondiendo al 16,2% y 27% de las mujeres respectivamente.

Tres de los pacientes requirió hospitalización y posterior derivación al hospital de referencia en Puerto Natales, todos correspondían a pacientes de etnia Kawaskar. El primer caso corresponde a anciana de 73 años con desnutrición severa y alcoholismo. El segundo caso fue un paciente de 54 años caso sospechoso de tuberculosis pulmonar. El tercer caso fue una mujer de 47 años que presentaba una exacerbación infecciosa de una limitación crónica del flujo aéreo, además de secuelas de TBC y enfermedad mixta del tejido conectivo.

Dentro de la población atendida destaca una alta proporción de sobrepeso y obesidad (33% de los pacientes atendidos por médico), además de alcoholismo y secuelas de TBC.

De las brechas en la atención médica en la localidad de Puerto Edén desde el punto de vista de los usuarios destaca la baja frecuencia de rondas, demora en interconsultas, exámenes y falta de insumos básicos.

COMENTARIOS

La cobertura por ronda es alrededor de un tercio de la población de la localidad. El perfil del paciente atendido es mujer en edad fértil, lo que coincide con el alto número de consultas por matrona para la población residente. Llama la atención la baja frecuencia de pacientes de la tercera edad.

La mayoría de los pacientes asistió a la posta a controlarse, siendo necesario visitas domiciliarias solo a pacientes con dificultades para movilizarse (embarazadas, ancianos, paciente con cáncer terminal).

De los Kaweskar una alta proporción son alcohólicos y con secuelas de TBC, con escasa adherencia al control y tratamiento.

Para mejorar las brechas se sugiere el aumentar la frecuencia de rondas, priorización de interconsultas y exámenes y optimizar el envío de insumos.

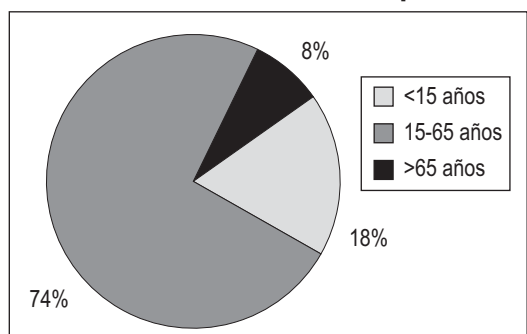
Figura N° 1
Posta de Puerto Edén



Figura N° 2
Pacientes de la etnia Kaweskar



(3) Distribución de consultantes por edad



CONOCIMIENTO DE TRAUMATISMO DENTO-ALVEOLAR Y SU MANEJO EN PROFESORES DE EDUCACIÓN FÍSICA DEL SISTEMA EDUCATIVO DE TEMUCO

*Arévalo Alejandra, Yanina Amaro, Antoine Petit-Breuille,
Constanza Ibáñez, Federico Bakal, Luis Henríquez,
Hospital de Nueva Toltén*

Introducción: Cada día los juegos son más violentos y los deportes más competitivos, hay un aumento de traumatismos dentoalveolares (TDA) en escolares, periodo durante el cual están bajo la supervisión de un profesional de la educación. Se estima que el 50% de los niños tiene un TDA en la escuela, la mitad se produce en actividades deportivas, entre los 8 y 12 años se aplica el 75% de tratamientos. Los TDA son evitables, trae consecuencias física, psicológica, afecta la estética y el proceso de socialización. En Temuco el 68% de los TDA en dentición temporal ocurre en el hogar, el 38% en dentición permanente en la escuela. El 61% de los afectados que solicita atención dental, lo hace después de 24 horas. Teniendo en cuenta esta información es necesario prevenir y saber actuar, ya que el pronóstico del TDA depende del rápido y apropiado tratamiento, el cual a menudo recae en los profesores, quienes están presentes en el sitio del accidente

Objetivos: Investigar el conocimiento y manejo de primeros auxilios en traumatismo dentoalveolar (TDA), que poseen los profesores de educación física del actual sistema educativo en la ciudad de Temuco.

Material y método: Estudio descriptivo o de corte transversal, muestreo no probabilístico consecutivo de profesores que cumplen criterios de inclusión, 107 profesores. Se solicitó autorización ingreso a establecimientos educacionales, y consentimiento informado. Se utilizó cuestionario autoaplicado, adaptado a profesores chilenos 1ª parte: perfil biodemográfico. 2ª parte: casos imaginarios. 3ª parte: preguntas de abanico y dicotómicas. Se analizó conocimientos sobre prevención, intrusión, luxación, fractura, avulsión. Análisis estadístico con Stata 10.0 con 95% de confianza

Resultados: Se analizaron 107 cuestionarios, 63,6% hombres y 36,4% mujeres, Edad promedio 43,9 años (DE: 8,02), experiencia promedio 17,5 años (DE: 7,3). El 57% ha visto o sufrido TDA, 14,9% ha ayudado en TDA, 1,8% recibió capacitación sobre TDA. Tienen mayor conocimiento en intrusión profesores con experiencia previa en TDA ($p=0,025$), que ayudaron un TDA ($p=0,002$), mas años experiencia ($p=0,041$). En fractura tienen mas conocimiento mujeres ($p=0,045$), con experiencia previa ($p=0,016$), quienes ayudaron ($p=0,036$). En avulsión mayor conocimiento tienen mujeres ($p=0,033$), con experiencia (0,029), quien aplicó ayuda ($p=0,003$). Variable capacitación no es significativa. Causas identificadas de TDA: caída por juego 42,1%, colisión 40,2%, golpe y deportes 30,8%. Medidas prevención identificadas: educación 76,6%, eliminar obstáculos 35,5%, protector bucal 11,2%. Conocimiento cobertura seguro escolar 67% no sabe. El 75% tiene conocimientos deficientes sobre TDA.

Discusión: Los profesores tienen conocimiento deficiente sobre TDA. Tienen mejor conocimiento de TDA: mujeres, mas años de experiencia, experiencia previa y experiencia ayuda TDA. La gran mayoría sabe cuales son los factores de riesgo de TDA, pero no saben que medidas preventivas tomar, es necesario campañas educativas para reforzar manejo de TDA.

EVALUACIÓN DE DOS MÉTODOS PREDICTIVOS DEL TAMAÑO MESIODISTAL DE CANINOS Y PREMOLARES EN FUNCIÓN DE INCISIVOS, EN POBLACIÓN CHILENA

*Arévalo Alejandra, Yanina Amaro,
Constanza Ibáñez, Federico Bakal, Luis Henríquez,
Hospital de Nueva Toltén*

Introducción: El análisis de espacio y la predicción del tamaño de los dientes no erupcionados, es esencial para el diagnóstico y planificación del tratamiento en ortodoncia. En Chile se utilizan dos métodos para predecir el tamaño mesiodistal de caninos y premolares permanentes (TMDCPM): Métodos de Moyers y ecuación Tanaka-johnston, realizados en población europea y norteamericana con marcadas diferencias morfológicas respecto a nuestra población.

Estudios indican diferencias del tamaño mesiodistal, según raza, sexo etc

Como no se ha realizado una validación, el problema es la necesidad de establecer métodos predictivos del tamaño de caninos y premolares en población chilena. Pues se sugiere que ambos realizan una sobreestimación del tamaño.

Objetivos: Evaluar asertividad de modelo predictivo Moyers y ecuación Tanaka-johnston, en tamaño mesiodistal de caninos y premolares en función de la medición mesiodistal de los incisivos inferiores, en niños chilenos.

Material y método: Diseño de corte transversal, muestreo consecutivo en establecimiento educacionales previo consentimiento informado. Se analizaron 353 modelos de estudio en dentición permanente joven, que cumplieron los criterios de inclusión, dos investigadores ciegos entre ellos midieron ancho de cada pieza dentaria con caliper digital de 2 décimas de mm. Las medidas verdaderas de caninos y premolares fueron comparadas con los valores predichos de tabla de Moyers y ecuación Tanaka-Johnston, en función de incisivos inferiores, se confeccionó ficha para recolectar los datos, análisis estadístico con programa Stata 10.0, con un intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Se analizaron modelos de estudio de 177 mujeres y 176 hombres, con un promedio de edad es 12,6 años. Coeficiente de correlación para determinar confiabilidad entre evaluador 1 y evaluador 2 es $7,9\text{mm} + 0,94$, con $R2$ ajustado = 0,87. También se analizó coeficiente de correlación para Validez Moyer inferior: Tamaño real inferior = $-0,39\text{mm} + 1,0 \times$ Moyers inferior. $R2$ ajustado = 0,44. IC 0,89-1,12. Moyers superior: Tamaño real superior = $2,82\text{ mm} + 0,89 \times$ Moyers superior. $R2$ ajustado = 0,35, IC 0,77-1,02.

Validez Tanaka-Johnston inferior Tamaño real inferior = $-1,81\text{ mm} + 1,05 \times$ Tanaka inferior. $R2$ ajustado = 0,42, IC 0,92-1,18. Tanaka superior: Tamaño real superior = $2,30\text{ mm} + 0,88 \times$ Tanaka-Johnston superior. $R2$ ajustado = 0,31, IC 0,75-1,02.

Discusión: El tamaño mesiodistal de piezas dentales de la población chilena es diferente a la población europea o norteamericana. El modelo predictivo Tabla de Moyers y Tanaka-Johnston, realizan una sobre estimación del tamaño de caninos y premolares superiores (2,82mm y 2,3mm) y es mayor en valores bajos que en altos (0,89 y 0,88). Y subestimación en caninos y premolares inferiores (-0,39mm y -1,81mm). El tamaño de caninos y premolares superiores es más difícil de predecir con los modelos existentes.

Es importante tener un modelo predictivo, adecuado para nuestra población, para realizar un correcto diagnóstico y posteriormente el tratamiento adecuado.

EVALUACIÓN TARDÍA DE PACIENTES ATENDIDOS DE URGENCIA POR FRACTURAS DENTARIAS

Antoine Petit-Breuilh G., Alejandra Arévalo P., Pamela Troncoso S., Lucía Sagrado Z., Hospital Provincial de Talagante (SSMOCC), Centro Dental Alfonso Leng de Providencia, Servicio de Cirugía Oral Caja Compensación 18 Septiembre Santiago

Introducción: Las fracturas dentarias son un importante problema de salud pública y de salud individual ya que puede ocasionar secuelas importantes en el niño y sus padres. Es importante el seguimiento clínico radiográfico de los dientes involucrados debido a que estos pueden presentar necrosis tardía.

Objetivo y diseño: Estudio de corte transversal cuyo objetivo fue determinar la tasa de vitalidad de dientes que fueron atendidos de urgencia por fracturas coronarias, y relacionarla con diversas variables clínicas observadas al momento de la atención de urgencia, además con lesiones posteriores al tratamiento recibido.

Material y método: Durante el año 2002 se evaluaron 37 dientes en 22 pacientes atendidos de urgencia en la Clínica Docente Asistencial de la Universidad de la Frontera entre los años 1996 a 1999. Se les realizó una anamnesis, exámenes clínicos y complementarios atingentes (radiográfico, percusión frío y electricidad evaluando las respuestas mediante la Escala Visual Análoga) a fin de determinar los dientes vitales y necróticos. Se compararon los resultados con variables como: tipo de fractura, madurez radicular y lesiones concomitantes observadas al momento de la re-evaluación, entre otras.

Resultados: Se analizaron los resultados con el Software STATA 7.0 aplicando los test estadísticos test de Fisher.

De los 37 dientes analizados, 31 (83.8%) se diagnosticaron como vitales, no existiendo diferencias estadísticas al comparar las piezas vitales con tipo de fractura ($p=0,357$), madurez radicular ($p=0,206$), lesiones concomitantes ($p=1,000$)

Conclusiones: Los datos sugieren que no existe correlación entre el pronóstico de vitalidad pulpar de la pieza y las variables clínicas analizadas en el control tardío.

DIAGNOSTICO DE SALUD ORAL EN MUJERES EMBARAZADAS DE LA CIUDAD DE TEMUCO.

Patricio Pantoja, Tomás de la Maza, Cristian Herrera, Alejandra Arévalo, Luis Salazar, Antonio Sanbueza, Hospital de Traiguén

Introducción: En Chile la salud oral de nuestra población es muy precaria, la prevalencia de caries dental en adultos de 35 a 44 años es 100%, En las embarazadas ocurren cambios hormonales, cambios en hábitos alimenticios y reflujo. Dentro de la programación odontológica hay un programa de tratamiento odontológico integral para la embarazada. Considerando la compleja realidad de la salud oral en Chile, específicamente la alta prevalencia de caries y la no existencia de antecedentes sobre esta patología en mujeres embarazadas de regiones distintas a la RM, es necesario conocer cuál es la realidad local. Considerando la trascendencia de la salud oral que tiene para ella misma y que la calidad de la salud bucal de los niños, tiene relación con la salud bucal de sus madres.

Objetivos: Realizar diagnóstico de la salud oral en mujeres embarazadas, establecer nivel de riesgo de caries y gingivitis.

Material y método: Diseño de corte transversal, muestreo por conveniencia, Se estudiaron 51 embarazadas que cumplieron criterios inclusión, de nivel socioeconómico bajo, Atendidas

en Consultorio de Atención Secundaria Miraflores de la ciudad de Temuco. Consentimiento libre e informado.

Análisis clínico: condiciones de dentadura según índice COP-D. Análisis microbiológico: detección de microorganismos cariogénicos, método Linossier y cols y clasificados en rango riesgo cariogénico: *bajo, medio y alto. Análisis molecular:* identificación de bacterias *S. mutans* y *S. sobrinus*, mediante la técnica de RPC, visualizando los productos de la RPC en un transiluminador UV.

Resultados: Análisis de 51 embarazadas, edad promedio 27 ± 8 años, edad gestacional 14 ± 8 semanas, COPD de $10,2 \pm 4,7$, prevalencia gingivitis 100%, frecuencia *S. mutans* 92,1% y *S. sobrinus* 1,9%, presencia de ambas bacterias 1,9%, según trimestre gestación y recuentos colonias, primer trimestre presentan valores de ufc/mL mayores ($p = 0,184$), clasificación riesgo según trimestre gestación 83,3% de primer trimestre presenta riesgo alto ($p = 0,185$). ambos no significativas. En recuentos de *S.* grupo mutans según etnia, se observó similitud en el recuento promedio de colonias entre mujeres de ascendencia mapuche y no mapuche. Además, al comparar los índices COPD de ambos grupos, éstos también se mostraron similares, y no presentaron diferencias estadísticamente significativas.

Comentarios: El promedio de piezas afectadas por caries es 10,2 dientes Las mujeres embarazadas estudiadas se encuentran con un alto riesgo de desarrollar caries ya que, la totalidad de ellas, se encuentran infectadas por *Streptococcus* grupo mutans y tres cuartas partes del grupo estudiado presentan un elevado riesgo cariogénico, desde el punto de vista microbiológico. Estos antecedentes indican que es necesario tomar medidas tendientes a mejorar la salud bucal de las mujeres durante la gestación, con el objetivo de prevenir el desarrollo de caries en ellas y la transmisión temprana de bacterias cariogénicas a sus hijos.

PERFIL CLINICO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INFECCIONES DENTO MAXILO FACIALES EN UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD CON CONSULTORIO APS ADOSADO

Victor Moraga¹, Claudia Bustos² Cirujano Dentista CESFAM Jean Marie Terrie Valparaiso¹, Médico EDF Hospital MSV La Calera²

Introducción y Objetivos: Son pocos los estudios a nivel nacional que indican la real incidencia en la población de las infecciones maxilofaciales de origen odontogénico. El objetivo principal es mostrar el perfil clínico y manejo de los pacientes que han sido hospitalizados por alguna infección dento maxilofacial en un hospital de baja complejidad con servicio de odontología de APS adosado.

Material y método: Se realizó un estudio retrospectivo de las fichas clínicas de los pacientes egresados con diagnóstico de infecciones dento maxilofaciales durante el año 2007 del Servicio de Medicina y Pediatría del Hospital MSV La Calera. Para el análisis de los datos clasificamos las patologías en 2 grupos: manejo ambulatorio (no requieren hospitalización) y manejo hospitalario

Resultados: Del total de los egresos hospitalarios del año 2007 (1836) el 2% (46 pac) corresponden a infecciones dento maxilo faciales, de los cuales 1,8% corresponden a egresos del S.Medicina y 5% a egresos del S. Pediatría. Del total de pacientes 17 son mujeres (36,9) y 29 hombres (63,1), 20 menores de 15 años (43,5) y 26 mayores de 15 años (56,5). El motivo de consulta mas frecuente fue aumento de volumen, dolor y fiebre en 17 pacientes (36,9%), el trismus se asoció

en 13 (28,2%). 39 (84,8%) pacientes fueron ingresados por médico en el SU y solo 7 (15,2%) fueron ingresados desde el poli de dental, de estos 3 por mala respuesta al tratamiento antibiótico. Del total de ingresos 26 (56,5%) corresponden a patología ambulatoria y 20 (43,5%) de manejo hospitalario. El RR de hospitalización por patología de manejo ambulatorio en menores de 15 años fue 1,13 y en sexo masculino 1,11. El diagnóstico más frecuente fue absceso submucoso en 21 pacientes (45,6%). El promedio de días de hospitalización fue de 3,3 días, en las patologías que no requieren hospitalización fue de 2,6 días y las de manejo hospitalario 4,1 días. El manejo intrahospitalario consistió en tratamiento antibiótico asociado siendo el más frecuentemente utilizado fue Penicilina Sódica y más Metronidazol y en 29 pacientes (63%); asociado a atención odontológica donde el procedimiento más frecuentemente practicado fue drenaje, debridación y exodoncia en 12 pacientes (26,1%).

Comentarios: Existe un número determinado de patologías de origen dentario que al no recibir tratamiento oportuno pueden requerir la hospitalización del pac. para su manejo con medicación endovenosa, por lo que se hace necesario aumentar las políticas de educación, fomento y protección de la salud oral, con el fin de evitar este tipo de complicaciones. Destaca el alto porcentaje de hospitalización por Abscesos submucosos, patología de manejo ambulatorio en la mayoría de los casos, por lo que se deduce que al no existir Tratamiento odontológico de urgencia las 24 hrs. se deben hospitalizar pac. con el fin de aliviar la sintomatología temporalmente y evitar complicaciones, todo en espera del tratamiento definitivo, esto en situaciones de alta demanda hospitalaria (C. de invierno) podría generar problemas principalmente por la falta de camas.

“DIAGNOSTICO DE SALUD BUCAL ENTRE PRE-ESCOLARES AYMARAS DE LA COMUNA DE PUTRE, PROVINCIA DE PARINACOTA, 2008”

*Macarena Oliva Díaz, Jorge Riquelme San Martín,
Consultorio General Rural de Putre*

Introducción: Las patologías orales de mayor prevalencia en nuestro país son la caries dentales, enfermedades gingivales y periodontales y anomalías dento maxilares (ADM). En Chile se han realizado varios estudios epidemiológicos sobre estas enfermedades. Con el objetivo de presentar un perfil epidemiológico de estas enfermedades en la comuna de Putre, se realizó un estudio diagnóstico de la salud bucal entre los preescolares aymaras de la comuna de Putre.

Objetivos: Determinar número y porcentaje de preescolares libres de caries, con historia de caries, promedio ceod (piezas temporales cariadas, extraídas por caries y obturadas), prevalencia de Gingivitis, ADM y su severidad e Hipoplasia. **Material y método:** Se utilizó un modelo descriptivo prospectivo. La muestra estuvo formada por 41 preescolares aymaras entre 2 y 5 años de ambos sexos matriculados en el Jardín Infantil y kinder del Liceo de Putre. La metodología aplicada correspondió a la propuesta por la OMS (1997) para Estudios Básicos en Salud Bucal que consiste en un examen clínico que permite recoger información sobre el estado de salud buco dental en una ficha dental.

Resultados: Los resultados encontrados determinaron que el 83% del total de preescolares aymaras presentaba caries o tenía historia de ésta. Que sólo el 17% se encontró sano. El índice ceod promedio total fue de 7.1 ± 5.3, este se desglosa en 5,4 piezas cariadas, 0,3 piezas extraídas por caries y 1,4

piezas obturadas en promedio. El índice ceod en los hombres fue de 7.4 ± 4.9 y en las mujeres 6.6 ± 6.0. La prevalencia de gingivitis fue de 65,8%, la población femenina con gingivitis fue de 53,3% y la masculina fue de 73,1%. En cuanto a anomalía dento maxilar (ADM), en el 56,1% de la población se encontró esta patología, el 46,7% del total de mujeres sólo presentó ADM leve y los varones el 53,8% ADM leve y 7,7% ADM moderada. La prevalencia de Hipoplasia es de sólo 4,9% con casos en la población femenina.

Discusión: Los estudios realizados en las últimas décadas concuerdan en mostrar altas prevalencias de las patologías mencionadas, para caries dental varía entre 77.5% y 99.6%, la enfermedad gingival entre 40 y 98% y ADM entre 32.4% y 70%. Debido a la multiplicidad de metodologías empleadas no se cuenta con estimativos precisos. De acuerdo a esta información las altas prevalencias encontradas en la comuna de Putre están dentro de los valores nacionales, sin embargo no se cuenta con estudios similares en cuanto a grupo étnico, etnia y condición geográfica, por lo tanto, es evidente la necesidad de contar con indicadores nacionales por grupo étnico y cobertura geográfica en las patologías prevalentes y así estimar las necesidades de asistencia sanitaria de la población. La magnitud del problema obliga a desarrollar programas con énfasis en la promoción y prevención.

POLICLINICO ADOLESCENTE, UNA EXPERIENCIA REAL EN LA COMUNA DE LIMACHE. 3 AÑOS DE EXPERIENCIA

*Cristian Hidalgo, R Vela, M. Gaete, I. León, F. Montellano,
Consultorio de Limache*

La población adolescente es un grupo de nuestra sociedad que ha sido históricamente postergado por las políticas de salud y que se caracteriza por su escasa consulta espontánea a los centros de salud. Esto no nos permite un control adecuado de este grupo etario tan heterogéneo de la sociedad. En el año 2004 se crea el policlínico del adolescente que cuenta con un equipo multidisciplinario capacitado para la atención de pacientes entre 12 y 19 años de edad.

Material y método: Se controlaron periódicamente en nuestro consultorio entre Marzo del 2004 y Diciembre del 2007 un total de 282 adolescentes con un 39.01% de sexo masculino (110) y un 60.99% sexo femenino (172) Se analizaron variables de edad, peso, talla, IMC, escolaridad, inicio de actividad sexual, uso de sustancias ilícitas y patología cardiovascular con indicadores de riesgo cardiovascular.

Los resultados fueron registrados en planillas Excel y traducidos en gráfico para comparación y discusión. El porcentaje de obesidad encontrado en el estudio fue de un 23%, con IMC que varío entre 14 y 39.5. Otro dato interesante es que el 100% de los pacientes no realizaba una actividad física rutinaria arrojando un 100% de sedentarismo. Otras variables se pueden apreciar en los gráficos.

Conclusión: Creemos que la población adolescente es un nicho importante para realizar intervenciones de salud que nos permitan controlar factores de riesgo nutricional y cardiovascular que día a día nos arrojan mayor comorbilidad en un grupo altamente susceptible y con una mala adhesión a manejo y control. Estos datos nos permitieron una favorable intervención psicobiosocial que demostramos en nuestro trabajo y esperamos compartir y ser replicados en otros centros de salud primaria a nivel país.

EVALUACION DE ANTICONCEPCION ADOLESCENTE EN PICHILEMU

Cristián Medina¹, Mario Morales², Elizabeth Abumada³, Karen Vargas³, Médico¹, Matron², Interna Obstetricia³ Hospital de Pichilemu.

Introducción: En Chile se estima que el embarazo adolescente contribuye con el 15% de la fecundidad del país. El embarazo adolescente se asocia a mayor patología perinatal y pediátrica posterior, frente a lo cual es necesario evaluar los métodos anticonceptivos (MAC) que utilizan nuestros adolescentes para prevenir embarazos no planificados.

Objetivos: reconocer el perfil de uso de MAC por los adolescentes en Pichilemu e identificar variables que influyen en el uso de los MAC.

Material y método: El estudio se basa en datos retrospectivos de 376 adolescentes ingresadas al policlínico de Planificación Familiar del Hospital de Pichilemu durante los años 2003 a 2007 menores de 20 años. El instrumento de recolección de datos fue la ficha de ingreso al policlínico. Las variables utilizadas fueron paridad, estado civil, lugar de residencia, MAC utilizado

Resultados: Del total de usuarias ingresadas al programa (2229) 17% (376) fueron adolescentes. En el grupo adolescente 83% reside en el radio urbano y 17% en el rural. Respecto al total de usuarias de MAC se encontró un 54% usuaria de ACO, 42% de DIU, 3% métodos hormonales inyectables (MHI) y 1% preservativos. En relación a la distribución del tipo de MAC según urbanidad se vió un mayor porcentaje de usuarias de ACO en la zona rural de 62%, respecto de un 53% de la población urbana. Del total de pacientes un 35% fue nulípara y un 65% múltipara. Al separar el MAC utilizado según paridad destaca que de las nulíparas un 90% eran usuarias de ACO, 4% DIU, 5% preservativo y 1% MHI; Del grupo múltiparas el 60% utilizaba DIU, 33% ACO, 6% preservativo y 1% MHI. Del total de pacientes un 79% era soltera y un 21% casada o conviviente. Al evaluar los MAC según estado civil se observó una distribución de la población soltera similar a la distribución total, en cambio en la población casada destacó que un 57% era usuaria de DIU, 40% de ACO, 3% de MHI y no hubo usuarias de preservativos.

Discusión: El MAC más usado fue ACO. Destaca el bajo uso del preservativo. El ACO fue el principal MAC de las nulíparas y solteras, siendo el DIU el principal MAC en múltiparas y casadas. Destaca el bajo porcentaje de adolescentes nulípara ingresadas respecto de las múltiparas, lo que hace sospechar un ingreso tardío al policlínico.

ETNIA Y RURALIDAD COMO FACTOR DE RIESGO NUTRICIONAL EN POBLACION PREESCOLAR DE LA COMUNA DE NUEVA TOLTEN

Federico Bakal L., Constanza Ibáñez G., Luis Henríquez M., Gonzalo Grandón, Alejandra Arévalo, Roxana Ferreira A, Médicos Hospital de Nueva Toltén, Región de la Araucanía.

Introducción: El aumento de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) es alarmante tanto a nivel mundial como nacional (WHO technical report series 894); las negativas implicaciones en la esfera biopsicosocial de los que la padecen están ampliamente documentadas (Pediatrics 1998;101:518-525). Creemos que reconocer poblaciones en riesgo y plantear políticas de prevención especialmente en zonas alejadas de centros urbanos es una tarea pendiente que se debe abordar.

Objetivos: 1.- Evaluar la población preescolar (2 años a 5 años 11 meses) en control nutricional en el Hospital de Nueva Toltén y comparar la prevalencia local con las cifras nacionales de malnutrición por exceso. 2.- Evaluar la condición de residencia rural y etnia mapuche como factores de riesgo locales de malnutrición por exceso.

Material y método: La muestra corresponde al 100% de las tarjetas de evaluación nutricional preescolar del Hospital de Nueva Toltén, que representa al 50% de la población total de la comuna (la otra mitad es evaluada por el departamento de salud municipal). Se registró: edad, residencia (rural v/s urbano), etnia (mapuche o no mapuche), peso, talla y evaluación nutricional según las tablas de la Organización Mundial de la Salud. Los datos fueron analizados por el programa STATA 10.0 con intervalo de confianza de 95%.

Resultados: Se analizaron 277 fichas, 43% corresponde a población mapuche y 35% rural. La prevalencia de malnutrición por exceso es 32,2%. En tabla Etnia v/s Nutrición, se evidencia asociación entre malnutrición por exceso y ser mapuche ($p=0,031$) con $RR= 1,45$. Hay una tendencia de los rurales a presentar malnutrición por exceso, pero no es significativo ($p=0,067$).

Comentarios: La comuna de Toltén forma parte del quintil más pobre de las comunas del país, su población preescolar presenta mayor prevalencia de malnutrición por exceso que el promedio nacional con (32,2% v/s 24,7%).

Pertenecer a población Mapuche es un factor de riesgo para presentar malnutrición por exceso. La condición de ruralidad muestra una tendencia hacia la malnutrición por exceso no significativo, esto puede ser por el pequeño tamaño muestral o porque la mayor proporción de mapuches vive en el campo. Existen publicaciones que describen causas multifactoriales sobre malnutrición en mapuches: son un grupo empobrecido, la desculturización cambió sus hábitos alimenticios con tendencia a consumir alimentos ricos en grasas saturadas y azúcares refinadas.

Lo anterior sumado a nuestros datos sugiere la importancia de planificar medidas preventivas de malnutrición a este grupo de pacientes que representa un factor de riesgo. En un futuro se debe de ampliar el estudio tanto en tamaño muestral como analizando otras variables basados en la realidad socio cultural local.

ALIMENTACION Y ESTADO NUTRICIONAL DE LACTANTES MENORES EN LA COMUNA DE CASA BLANCA.

Pérez D. Isabel, Monsalve R. Macarena, Mandiola G. Carola, Silva C. Marla, Hospital San José de Casa Blanca

Introducción y objetivos: Muchos factores afectan a la forma en que las mujeres alimentan a sus hijos y a la duración de la lactancia. La Lactancia natural es el mejor método para alimentar a los menores de 1 año. En este trabajo quisimos hacer un diagnóstico de la alimentación de nuestros niños y relacionarlo con el estado nutricional en los controles de niño sano.

Material y método: Estudio descriptivo transversal. Revisamos 199 cartolas de control sano de lactantes con 12 meses cumplidos. Comparamos el tipo de alimentación recibida con el estado nutricional según peso/edad en los controles de los 3, 6 y 12 meses.

Resultados: En el control de 8 días el 76,8% de los niños se alimenta con LME (lactancia materna exclusiva), y el 23,3% con LA (lactancia artificial). La gran mayoría son eutróficos

(EU) en todos los controles (73%), aprox. un 20% tenían sobrepeso (SP), un 4% obesidad (OB) y 5% se encontraba en riesgo de desnutrición (RG) o desnutrición (DN). Los niños que comenzaron su alimentación con LME fueron más del 90% EU en sus controles hasta el año de vida y aproximadamente el 5% presentó DN o RG. Los niños que no comenzaron con LME fueron todos EU en el control de los 3 meses y menos del 10% evolucionaron con RG en los controles siguientes, no encontrándose ningún niño DN. Cuando analizamos a los niños en RG y DN en el control de los 3 meses encontramos que el 60% se encontraba con LME y sólo el 40% con LA (RR 1.6; $p < 0.05$; IC 95% [0.1, 1.2]). En el control de los 6 meses, entre los niños en RG y los DN, sólo el 10% había recibido LME previo al comienzo de la papilla y el 90% recibió LA los 5 primeros meses de vida (RR 8.08; $p < 0.05$; IC 95% [1.7, 2.3]). Y en el control de los 12 meses, entre los niños en RG y los DN, encontramos que un 22% había recibido LME previo al inicio de papilla y un 78% había recibido LA (RR 2.7; $p < 0.05$; IC 95% [0.1, 1.4]). Como datos anecdóticos, observamos que se evidencian malas indicaciones de alimentación, es así como 2 niños en su control de los 8 días ya estaban recibiendo alimentación sólida. A los 8 meses aún habían 5 niños con LME, a los 10 meses 1 niño, al año de vida 1 niño persistía con LME. Observamos también, que el porcentaje de inasistencia a control es alto, varía de un 7,5% en el primer control a un 20,1% a los 10 meses.

Conclusión: Los niños que reciben LME evolucionan en su gran mayoría EU en sus controles hasta el año. Los niños que comenzaron con LA igualmente evolucionaron EU en su gran mayoría y sólo un pequeño porcentaje tuvo mal incremento ponderal a partir de los 6 meses. Los niños en RG y DN en su gran mayoría eran alimentados con LA la cual mostró un Riesgo Relativo para desnutrición estadísticamente significativo sólo en el control de los 6 meses, pero sin riesgo significativo en el control del año de vida. Por lo que concluimos que, la mayoría de los niños será EU pese al tipo de alimentación que reciba.

EVALUACION DEL CONOCIMIENTO EXISTENTE SOBRE PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN APODERADOS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE PEÑAFLORES

Hugo Lisboa Córdova¹, Alfredo Nuñez Doren², Macarena Ávila Silva³,
Sebastián Acosta Barrientos³, Rodrigo Figueroa³,
Médico Hospital de Peñaflores¹, Médico Hospital de Vilcún²,
Internos Universidad Diego Portales³

Introducción y objetivos: Los accidentes constituyen una de las primeras causas de morbimortalidad de la población, en especial para menores de 15 años, por ende los primeros auxilios brindados son fundamentales para controlar el evento y sus complicaciones. El objetivo de este trabajo es determinar el nivel de conocimiento existente en prevención de accidentes y primeros auxilios en apoderados de pacientes pediátricos atendidos en el hospital de Peñaflores.

Material y método: Estudio descriptivo de corte transversal, recolección de datos mediante encuesta escrita previo consentimiento informado. La muestra esta constituida por 100 apoderados de pacientes pediátricos atendidos en Hospital de Peñaflores, seleccionando aquellos apoderados que hayan vivido por lo menos el último año con cada niño, alfabetizados. Se realizó una prueba de conocimientos sobre

primeros auxilios y encuesta de accidentabilidad en el hogar. La información fue tabulada y analizada en base de datos, extrapolándose como reflejo de los conocimientos actuales sobre primeros auxilios existentes en nuestra población.

Resultados: El 30% de los hijos de padres entrevistados sufrió un accidente. El 10% de éstos presentó un trauma cefálico de lata energía que requirió atención médica y un 7% presentó mordedura de perro. El resto de las etiologías son diversas

Discusión: En relación al nivel de conocimientos sobre la prevención de accidentes y primeros auxilios en apoderados de pacientes pediátricos, resultó satisfactorio en el 76% de los casos con un porcentaje mayor o igual al 60% de respuestas correctas en la encuesta realizada. El 70% de los pacientes pediátricos no se ha accidentado en los últimos 6 meses, situación que no guarda relación con el nivel de conocimientos del apoderado. En relación al tipo de accidente mas frecuente en la población estudiada destacaron los traumatismos, situación acorde a datos obtenidos en la literatura.

Por último la labor sobre prevención de accidentes resulta fundamental para evitar que los mismos ocurran, y la primera atención ofrecida al paciente en el momento que lo requiera puede definir su pronóstico.

BROTE DE ENTEROVIRUS EN UNA COMUNA DE LA VI REGION

Terrada, R. Marín, M. Kaid, F. Consultorio Navidad,
Hospital de Peumo

Introducción: Los enterovirus son importantes patógenos humanos. El hombre es el único reservorio conocido y el hábitat común y lugar de replicación es el tracto gastrointestinal humano. La transmisión es fundamentalmente fecal-oral y respiratoria; pueden detectarse en aguas residuales. Se presentan en forma endémica o en brotes epidémicos, siendo más frecuente en verano y otoño, en niveles socioeconómicos bajos y en lactantes y niños

En el siguiente trabajo se describe un brote ocurrido el año 2006 en la comuna de Navidad.

Cuadros clínicos: Se presentaron un total de 84 casos en los distintos colegios de la comuna en un periodo de 21 días. La población afectada fueron niños de entre 4 y 16 años predominando en las mujeres y entre los 8 y 11 años. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre y odinofagia en un 76%. No se presentaron casos complicados o graves, el cuadro fue de corta duración (aprox 3 días), tratándose solamente en forma sintomática.

Análisis epidemiológico: El inicio del brote se produjo en las afueras de la comuna con desplazamiento hacia el centro. No pudo determinarse el caso índice, pero por fuentes informales, se sabe que algunos adultos presentaron sintomatología compatible con cuadro respiratorio leve, previo al inicio del brote.

Según el comportamiento de la curva epidémica se presume que la fuente de transmisión fue de persona a persona. Se sospechó que el agente causal sería un enterovirus, cuyo desarrollo se habría visto favorecido por la falta de conciencia de medidas de higiene generales, por la ruralidad y por la inadecuada disposición de excretas.

Se realizó investigación ambiental e intervención sanitaria en todas las escuelas de la comuna, entrevista con el equipo de salud y autoridades comunales.

Se tomaron muestras de deposiciones, para búsqueda de enterovirus y suero para estudio de virus influenza, las que fueron enviadas al ISP el 1 de diciembre, siendo recepcionadas

el 5 diciembre, se reciben resultados con fecha 14 de diciembre, positivo para Enterovirus. Desde el 30 de noviembre de 2006, no se presentaron nuevos casos.

Conclusión: Los enterovirus son un importante grupo de patógenos que generalmente no generan cuadros clínicos graves y requieren sólo manejo sintomático, pero que deben tenerse siempre presentes porque excepcionalmente pueden producir cuadros graves o presentarse en brotes que generan gran alarma en la comunidad. Cabe destacar que la acción más importante para su manejo es la prevención a través del correcto lavado de manos, adecuada disposición de excretas y manipulación de alimentos.

ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE SEIS AÑOS EN CONTROL SANO EN EL CONSULTORIO ADOSADO HOSPITAL CURACAUTIN.

*María Paz Olbagaray Idro¹, Ángela Castillo Martínez¹,
Antonia Olivari Luengo¹, Edgardo Alexis Navarrete Fonseca². Médicos
Hospital Dr. Oscar Hernández Escobar, Curacautín¹,
Interno Universidad de La Frontera².*

Introducción y Objetivos: Los niños poseen un sistema de vigilancia nutricional inserto en el programa Control del Niño Sano que permite pesquisar y actuar en forma oportuna sobre las alteraciones en los indicadores antropométricos, a través de la acción de un grupo multidisciplinario de profesionales. Este estudio pretende definir el perfil nutricional de los niños menores de seis años que viven en la comuna de Curacautín, IX región que acudieron a control durante el año 2006. Como objetivo específico pretendemos comparar el perfil nutricional de los niños de Curacautín con el perfil nutricional del Servicio de Salud Araucanía Norte de los últimos 10 años para evaluar si existe relación entre las tendencias de ambos.

Material y método: Se incluyeron todos los niños en control del Programa Niño Sano en el consultorio adosado al hospital rural de Curacautín hasta los 6 años. La evaluación nutricional se realizó mediante antropometría, utilizando los valores de referencia de la NCHS. El diagnóstico nutricional consideró la relación peso/edad en los primeros 2 años de vida y peso/talla para mayores de 2 años según normas Minsal 1993. Estas consideran riesgo de desnutrición los valores entre: -1 y -2 DE; desnutridos inferior a -2 DE; normal \pm 1 DE del promedio; sobrepeso entre +1 y +2 DE y obesidad más 2 DE.

Resultados: Se analizaron los datos de 1239 niños, encontrándose como diagnóstico nutricional integrado un 2,4% en riesgo de desnutrición, 0,3% con desnutrición, 7,9% con sobrepeso, 5,1% con obesidad y un 84,3% con peso normal. El perfil nutricional del S.S. Araucanía Norte de los últimos 10 años muestra un 2,5% en riesgo de desnutrición, 0,2% con desnutrición, 15,7% con sobrepeso, 7,5% con obesidad y 74,1% con peso normal, de un total de 15408 niños.

Discusión: El principal problema de nutrición es el sobrepeso seguido por la obesidad, por lo cual los programas de salud infantil deben estar dirigidos a la prevención y tratamiento de estas entidades reconocidas mundialmente como un problema de salud pública emergente. No obstante, la desnutrición sigue siendo un fantasma que ronda a nuestros niños y no se debe descuidar.

Al comparar, los niños de Curacautín poseen menor riesgo de obesidad y sobrepeso que los niños en general del S. S. Araucanía Norte pero a su vez la tasa de desnutrición es mayor. Esto nos plantea el qué está influyendo en estas diferencias; si

serán los estilos de vida, sus condiciones de vida, su ruralidad y asistencia o no a centros educacionales, inquietudes que pueden ser resueltas en estudios posteriores.

ESTADO NUTRICIONAL DE DOS GRUPOS DE PREESCOLARES DE LA REGION DE O'HIGGINS.

Terrada Rodrigo, Marín Miguel, C. Navidad, H. Peumo

La obesidad en la infancia es un tema importante en la práctica de la pediatría. Se ha transformado en un problema emergente de salud pública. Diversos estudios demuestran que los niños obesos presentan perfil lipídico ateroesclerótico, mayor resistencia a la insulina y mayor riesgo de HTA. En nuestro país cambios demográficos y epidemiológicos son la base de la rápida transición nutricional que ha ocurrido.

Objetivo general: Evaluar y comparar el estado nutricional de 2 grupos de preescolares correspondientes a distintos estratos socioeconómicos y culturales (Jardín Infantil Particular Los Peques de estrato socioeconómico medio-alto y Jardín Infantil Fundación Integra y Tierneccitos perteneciente a JUNJI).

Hipótesis: Los niños de estrato socioeconómico medio-alto tendrían una mayor incidencia de malnutrición por exceso, comparados con aquellos de estrato socioeconómico medio y medio-bajo.

Material y método: Se definieron dos grupos de preescolares a estudiar, correspondientes a distintos niveles socioeconómicos y culturales. Se evaluó nutricionalmente mediante técnicas simples de antropometría (peso, talla) y uso de tablas NCHS. Se pesó y midió con balanza e infantometro marca SECA de acuerdo a técnica descrita para preescolares

Resultados: Nuestros resultados revelan que los niños pertenecientes a los jardines infantiles de nivel socioeconómico medio-bajo presentan un mejor estado nutricional con mayor porcentaje de eutrofia (62%) y menor proporción de obesidad (8%). (Riesgo: 0,09).

Los resultados del nivel socioeconómico medio bajo muestran un menor porcentaje de eutrofia (45,5%), con una mayor incidencia de malnutrición por exceso (obesidad y sobrepeso), que suma 54,5% de los niños evaluados, con un 31% de obesidad (Riesgo 0,45). Se observó mayor prevalencia de obesidad en los niños de nivel socioeconómico medio-alto (RR: 5).

Conclusión: Es importante destacar la alta incidencia de obesidad y sobrepeso en la población de preescolares pertenecientes a nivel socioeconómico medio-alto que estudiamos, lo que interpretamos como un fenómeno multifactorial en el que estaría implicado un mayor acceso a alimentos de dudoso valor nutricional y una disminución en la actividad física de estos niños.

PREVALENCIA DE MALNUTRICION POR EXCESO EN POBLACION PREESCOLAR DE ZONAS URBANAS Y RURALES.

Terrada Rodrigo, Marín Miguel, C. Navidad, H. Peumo

En 1998 la OMS calificó a la obesidad como una patología endémica. Se han descrito múltiples factores causales de esta patología, tanto genéticos como ambientales, tales como el sedentarismo y la introducción de nuevas dietas de dudoso valor nutricional. La población rural de nuestro país estaría menos expuesta a estos factores de riesgo, por lo que es de

esperar que en esta población la presencia de malnutrición por exceso sea menor.

Objetivo: Evaluar y comparar el porcentaje de malnutrición por exceso en grupos de preescolares pertenecientes a comunidades rurales y urbanas de Chile.

Hipótesis: La malnutrición por exceso en preescolares es menos frecuente en zonas rurales que en zonas urbanas.

Material y método: Se evaluó nutricionalmente mediante técnicas simples de antropometría (peso y talla) a niños en edad preescolar; correspondiente a 2 grupos, 46 niños de 2 jardines infantiles de Santiago y 104 niños de jardines infantiles pertenecientes a las comunas de Peumo y Pichidegua. Se pesó y midió con balanza e infantómetro marca SECA de acuerdo a técnica descrita para preescolares. Se calificó su estado nutricional según tablas NCHS.

Resultados: El porcentaje de malnutrición por exceso (obesidad y sobrepeso) en el grupo de niños de Santiago fue de 39,4%. En el grupo de niños de zonas rurales el porcentaje de niños que presentaba malnutrición por exceso fue de 18% (con un 13% Pichidegua y un 21% Peumo). Los niños de zonas urbanas presentaron mayor prevalencia de malnutrición por exceso (RR:2,9) Se evaluó estadísticamente la presencia de malnutrición por exceso en zona urbana en comparación con zona rural con la prueba de Chi-cuadrado, siendo estadísticamente significativo con un $p < 0,01$.

Conclusión: Las muestras estudiadas demostraron diferencias significativas en cuanto a estado determinar su real impacto nutricional, lo que podría deberse a un aumento de la ingesta calórica de los niños en ambiente urbano, a un excesivo impacto de los programas de desnutrición, una menor actividad física o a otros factores que requieren un estudio más acabado

PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD ENTRE LOS NIÑOS AYMARAS MENORES DE 6 AÑOS DEL CONSULTORIO GENERAL RURAL DE PUTRE (2007 – 2008)

Riquelme Jorge¹, Oliva Macarena¹ y Moreno Ange²
Consultorio General rural de Putre¹. Instituto de Alta Investigación (UTA)².

La prevalencia de la obesidad y el sobrepeso han aumentado de forma importante en Chile. Datos del Ministerio de salud 2002 informan de una prevalencia total de 25,2% (8,6% obesidad y 16,6% de sobrepeso) en niños entre 2 y 5 años de edad. Putre es un poblado a 3500 metros de altura con una población mayoritariamente de origen Aymara cercana al 60% (censo 2002). El objetivo de nuestro estudio es determinar la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en la población menor de 6 años inscrita en el consultorio general rural de Putre.

Material y método: Se utiliza un modelo retrospectivo de tipo cohorte. El estudio incluyó la revisión de las fichas de todos los menores de 6 años, residentes en la localidad de Putre y controlados en el consultorio general rural de Putre (N=108). Se analizaron los resultados en base a las variables de origen (aymara/no aymara), Sexo (F/M) y Estado nutricional según normas del MINSAL (modificada 2006) CDC/NCHS (2004).

Resultados: El 4% de la población aymara en estudio, presenta riesgo de desnutrición, el 27% sobrepeso y un 5% obesidad. Al realizar el análisis en cuanto a la variable sexo se hayan diferencias relevantes en la distribución porcentual del sobrepeso, siendo del 30,5% entre los niños aymaras, mientras que las niñas sólo un 22%. La obesidad presente entre los

niños aymaras es de 5.1% mientras que entre las niñas es de 4.9%.

Discusión: Los índices de sobrepeso y obesidad hallados entre los niños aymaras de la comuna de Putre son elevados en consideración a los valores registrados como media nacional donde el sobrepeso es de 15.4% y la obesidad es de 7.4%. Para la realidad regional la situación no es muy distinta dado que Arica se ajusta a la tendencia nacional. No obstante el incremento de las tasas de sobrepeso y obesidad en la localidad de Putre al considerar el referente del MINSAL 2006 pone en evidencia que la obesidad es una epidemia que no ha pasado por alto a la comunidad aymara de Putre. Por tanto es necesario diseñar estrategias de prevención orientadas a la población local, en su mayor parte aymara.

BACTERIOLOGIA Y PERFIL DE RESISTENCIA EN UROCULTIVOS POSITIVOS EN HOSPITAL PICHILEMU

Cristián Medina S.¹, Paula Peters P.¹, Andrea Saavedra B.¹, Andrea Parraguez², Médicos¹, Tecnólogo Médico², Hospital de Pichilemu

Introducción y Objetivos: Las infecciones del tracto urinario (ITU) representan una entidad clínica de gran importancia médica y alta frecuencia, siendo el examen de orina completa un apoyo en la sospecha de ITU previo a la confirmación con urocultivo. Los objetivos de este trabajo son identificar las cepas que con mayor frecuencia se asocian a ITU, el perfil de resistencia a cada antibiótico analizado y de algunas de las cepas encontradas y optimizar el tratamiento empírico inicial de las ITU

Material y método: Se realizó un estudio retrospectivo, utilizando datos de urocultivos positivos realizados en laboratorio de Hospital Pichilemu entre Febrero 2006 y Enero 2008. Las variables utilizadas fueron sexo, positividad del urocultivo, resultado de antibiograma a antibióticos del kit disponible, Ampicilina (Amp), Cotrimoxazol (Ctmx), Gentamicina (Gnt), Nitrofurantoina (Ntf), Ciprofloxacino (Cpx), Amikacina (Amk), Acido pipemídico (Acp), Cefadroxilo (Cfdx), Cefuroximo (Cfrx), Cefotaxima (Cftx). Se consideró positivo urocultivo con >100.000 UFC.

Resultados: Del total de 1239 urocultivos realizados 189 resultaron positivos. 22 de los cuales correspondieron a sexo masculino y 167 a femenino. 145 urocultivos fueron positivos para E. Coli, correspondiendo a un 76.7%; 11 positivos a Enterobacter (5.8%); 7 a Proteus mirabilis (3.7%), 7 urocultivos positivos a Klebsiella pneumonia (3.7%); 6 a Staphylococcus Aureus, que corresponde al 3.1% del total, 5 Enterococos (2.6%), 2 urocultivos positivos a Pseudomona (1.05%); 2 a Morganella morgagni (1.05%), 1 positivo a Serratia (0.52%); 1 Bacilos gram negativo no identificado (0.52%); 2 Cocos gram negativo no identificados correspondientes al 1.05%. El porcentaje total de resistencia a Amp fue de 68.7% (130 urocultivos), de un 42.3% para Ctmx (80 urocultivos), 14.8% de resistencia a Gentamicina (28 urocultivos), 37 urocultivos resistentes a Ntf (19.5%), 65 resistentes a Cpx (34.3%), 16 urocultivos resistentes a Amk correspondiendo al 8.4% de resistencia a dicho antibiótico; 36.5% de resistencia a Acp (69 urocultivos); 18.5% a Cfdx (35 urocultivos resistentes); 8.4% a Cfrx (16 urocultivos); 7.9% resistencia a Cftx (15 urocultivos). Dentro de la especie encontrada con mayor frecuencia E. coli presentó un 66.21% de resistencia a Amp, 38.62% a Ctmx, 8.28% resistencia a Gnt, 8.28% a Ntf, 27.59% a Cpx, 4.83% resistencia a Amk, 28.28% a Acp, 24.83% a Cfdx, 8.97% resistencia a Cfrx, 6.21% a Cftx

Discusión: La bacteriología encontrada se correlaciona con los resultados a nivel nacional. El agente aislado con mayor frecuencia fue *E. coli*, el resto de agentes se presentó con mucha menor frecuencia. La resistencia al antibiótico utilizado resulta en una prolongación de la enfermedad, aumento de hospitalizaciones y riesgo de infecciones graves, incluso muerte, lo que hace fundamental conocer patrones globales de resistencia según epidemiología local y nacional. La tendencia de resistencia en las cepas encontradas es similar a las cifras nacionales, con un alto porcentaje de resistencia ante Ampicilina y Cotrimoxazol.

CARACTERIZACION DE LISTA DE ESPERA HOSPITAL TIPO 4.

Adolfo Aliaga, Oscar González, Haroldo Sánchez, Alex Muñoz, Carlos Riaño.
Hospital San Agustín de Collipulli.

Introducción: Existe una generalizada percepción de parte de los usuarios del sistema público de salud sobre prolongados tiempos de espera para obtener evaluación por médicos especialistas.

Objetivos: Se pretende caracterizar de manera objetiva los tiempos de espera de los usuarios del Hospital San Agustín de Collipulli.

Material y método: Se revisaron las 773 Interconsultas que están pendientes hasta el 31 de mayo de 2008; solicitadas desde el Hospital de Collipulli a los especialistas de los Hospitales de Angol y Victoria. La base de datos generada fue evaluada usando *Stata 10*.

Resultados: Es exhibida la tabla resumen con las medidas de tendencia central y dispersión para los tiempos de espera para las especialidades a las que se solicitó evaluación de los usuarios.

	Especialistas	Pendientes	Media (\pm DS)	Mediana	Mínimo	Máximo
Cardiología	1	6	48,6 (\pm 33)	52	3	89
Cirugía	4	56	92,8 (\pm 46)	92	1	210
Cirugía Infantil	1	10	37 (\pm 16,8)	43	4	58
Fonoaudiología	1	5	27,4 (\pm 43)	12	3	105
Ginecología	5	52	89 (\pm 135)	44	3	649
Medicina Interna	4	27	67 (\pm 66)	51	1	238
Neurología	1	30	115,5 (\pm 167)	66	4	884
Neurología Infantil	1	1	18 (-)	18	18	18
Obstetricia	5	2	79,5 (\pm 0,7)	80	79	80
Endodoncia	1	18	18 (\pm 8,1)	17	4	32
Oftalmología	2	392	185,2 (\pm 203)	166	2	1055
Otorrinolaringología	1	82	133 (\pm 150)	100	1	1138
Pediatría	5	15	26,8 (\pm 29)	16	4	117
Psiquiatría	1	3	189 (\pm 306)	15	11	543
Traumatología	1	61	148,8 (\pm 145,7)	112	4	992
Urología	2	13	113 (\pm 114)	68	4	388
Total	36	773	121,9 (133)	102	1	1138

Discusión: Las máximas esperas son para Oftalmología, Traumatología y Otorrinolaringología. Se considera importante para lograr buena gestión contar con información objetiva y no sólo percepciones.

PROGRAMA DE CUIDADOS DOMICILIARIOS: ANALISIS DE LAS VARIABLES INVOLUCRADAS EN LA ATENCION DE PERSONAS POSTRADAS DE LA COMUNA DE ALTO HOSPICIO.

Ma Jeannette Pizarro¹, Leoncio Muñoz Usler¹, Francisco Espinosa Arcuch¹, Elsa Peralta Oros¹, Milenka Lafertte². Médicos¹, Matrona², Consultorio Pedro Pulgar Melgarejo de la Comuna de Alto Hospicio.

Dm (Dependiente moderado); Ds (Dependiente severo); CV (cardiovascular); OM (Osteomusculares); NP (Neuropsiquiátricas); SS (sin/sobrecarga); SI (sobrecarga intensa).

Objetivos: Realizar un perfil clínico de los pacientes atendidos en el programa de cuidados domiciliarios de personas postradas en la comuna de Alto Hospicio. Establecer la relación del nivel de sobrecarga del cuidador con las distintas variables incorporadas en el programa postrados. Determinar características que pudiesen determinar el nivel de severidad de la postración no incluidas en el índice Katz, y obtener datos útiles para optimizar el programa. **Introducción:** En Chile 15% de la población presenta algún grado de discapacidad. El programa postrado funciona en APS desde Julio de 2006 y brinda atención domiciliaria de salud a dependientes moderados (*Dm*) y severos (*Ds*). Para otorgar atención acorde con sus necesidades se realizó el presente trabajo que permite conocer sus características individuales y familiares, y generar futuros planes de intervención local

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisaron fichas clínicas de los usuarios quienes debían ser: Dependientes moderados (*Dm*) o severos (*Ds*) según el índice Katz, tener realizada la "ficha tipo" de ingreso y la entrevista de sobrecarga del cuidador (ZARIT). Todos estos instrumentos son parte de las normas de cuidados domiciliarios del paciente Postrado de julio de 2006 (MINSAL) y fueron aplicadas en las visitas a domicilio realizadas por profesionales de salud.

Resultados: El total de pacientes fue 34, que hasta a Abril de 2007 se encontraban ingresados al programa. 23 eran hombres y 11 mujeres; rango de edad entre 6 y 100 años. 24% eran *Dm* y 76% *Ds*. El 50% tenía un tiempo de dependencia entre 1 a 5 años. La principal causa de dependencia son las *CV* (44%) seguida por las *OM* (26%). Según el grado severidad, las enfermedades *CV* desarrollan en todos los casos *Ds*, al igual que las *NP*. El 40% de los pacientes *Ds* tienen algún déficit visual. La escala ZARIT entrega 47% de cuidadores sin sobrecarga (*SS*) y 32% sobrecarga intensa (*SI*). El 100% de los con *SI* sólo cuidaban *Ds*. Más del 90% de los con *SI* estaban a cargo de pacientes con incontinencia mixta. No fueron determinantes en severidad de postración y nivel de sobrecarga: edad, audición, tener úlceras por presión.

Discusión: Se determinó que el programa incluye principalmente varones; mayores de 65 años; con un tiempo promedio de postración menor a 5 años; la mayoría con incontinencia mixta. La mayor parte de los dependientes severos son de etiología *CV* y *NP*. Las variables que se relacionan a la sobrecarga del cuidador son: tener una *Ds*, ser incontinente mixto. En cuanto a la severidad de la postración determinamos que existe relación directa con el déficit visual y ser discapacitado por causa *CV* o *NP*. De acuerdo a los datos obtenidos se elaborarán estrategias para optimizar las intervenciones de promoción y prevención primarias, como también a mejorar la atención de las personas con mayor riesgo tanto en postrados como en los cuidadores

EXPERIENCIA DE RONDA A PUERTO EDÉN

Daniela Cardemil Navarrete¹, Paulina Folch Cardemil¹, Ivian Blanco Brintrup¹, Viviana Cardemil Navarrete².

Médicos Hospital "Dr. Augusto Essmann Burgos" de Puerto Natales¹, Interna Universidad Austral de Chile²

Introducción: Puerto Edén se ubica en una isla a 400 km. de Puerto Natales, en la Región de Magallanes, con acceso solo por vía marítima. Su importancia radica en que es aquí donde viven los últimos miembros de la etnia Kaweskar en Chile. Los controles de salud se realizan en la posta rural a través de rondas trimestrales, siendo los casos más complejos derivados al Hospital de Puerto Natales.

Objetivos: Caracterizar y analizar las consultas y actividades realizadas en rondas a Puerto Edén. Detectar las brechas de atención desde la perspectiva usuaria.

Material y método: Se registraron las consultas y actividades realizadas por médico y matrona en rondas realizadas en el período 2007-2008. Los datos fueron recolectados en un protocolo tipo y analizados en una planilla Excel. Se determinó sexo, edad, tipo de control, diagnóstico, procedimiento, profesional que realizó la prestación y lugar en que se realizó la atención. Paralelamente se realizó una encuesta de satisfacción usuaria.

Resultados: La serie está constituida de un total de 244 consultas. El promedio de edad fue de 37,8 años (1-74), con un 18% de < 15 años, 8,2% >65 años, El 60,7% fueron pacientes de sexo femenino. El 36,1% de los controles fue de morbilidad, 19,7% consulta ginecológica y método anticonceptivo, 14,8% control de crónicos, 8,2% control de niño sano, 6,6% urgencias, 1,6% poli dolor, 1,6% de consultas nutricionales. El 9,8% de las atenciones fueron domiciliarias. Se controlaron un 68,9% por médico, 21,3% por matrona, 9,8% por ambos. Se realizó PAP al 9,8% y examen físico de mamas al 16,4% de los pacientes. Tres de los pacientes requirió hospitalización y evacuación al hospital de Puerto Natales. Destaca una alta proporción de obesidad, alcoholismo y secuelas de TBC dentro de la población. De las brechas en la atención médica en Puerto Edén destaca la baja frecuencia de rondas, demora en interconsultas y exámenes, falta de insumos básicos, etc.

Comentarios: La cobertura por ronda es alrededor de un tercio de la población de la localidad. El perfil del paciente atendido es mujer en edad fértil, lo que coincide con el alto número de consultas por matrona para la población residente. Llama la atención la baja frecuencia de pacientes de la tercera edad. La mayoría asistió a la posta a controlarse, siendo necesario visitas domiciliarias solo a pacientes con dificultades para movilizarse (embarazada, ancianos, paciente con cáncer terminal). De los Kaweskar una alta proporción son alcohólicos y con secuelas de TBC, con escasa adherencia al control y tratamiento. Para mejorar las brechas se sugiere el aumentar la frecuencia de rondas, priorización de interconsultas, exámenes y optimizar el envío de insumos.

ANÁLISIS DE CARACTERÍSTICAS Y SENSIBILIDAD A ANTIBIÓTICOS DE UROCULTIVOS EN EL HOSPITAL "DR. AUGUSTO ESSSMANN" DE PUERTO NATALES, AÑO 2007.

Jimena Alvarado León, Rolando Cocío Arcos, Paulina Folch Cardemil, Carlos Aravena Castro.

Hospital "Dr. Augusto Essmann Burgos" de Puerto Natales.

Introducción: La infección urinaria es un diagnóstico frecuente en la atención de policlínico, urgencias y hospitalizados del Hospital de Puerto Natales. El urocultivo, como herramienta diagnóstica, se siembra en el laboratorio y en todos los casos positivos se realizan antibiogramas, utilizando para el análisis sensibilidades para 13 antibióticos de uso común para el tratamiento de esta patología.

Objetivo: Determinar las características y sensibilidad antibiótica de las bacterias encontradas en los urocultivos de los pacientes atendidos en el Hospital de Puerto Natales

Metodología: Se revisó el libro de registro de microbiología del laboratorio del hospital y se ingresaron los resultados de todos los urocultivos y antibiogramas informados desde 01-01-07 hasta 13-11-07, confeccionando una tabla Excel con los siguientes datos: sexo del paciente, servicio de procedencia, n° de ficha, resultado del cultivo permitiendo identificar específicamente *Escherichia Coli* (*E. Coli*), además de bacilos gram (+) o (-), y cocáceas (+) o (-) y sensibilidad del antibiograma para Ampicilina, Gentamicina, Cotrimoxazol, Nitrofurantoina, Acido Pipemidico, Acido Nalixidico, Ciprofloxacino, Levofloxacino, Cefadroxilo, Cefradina, Cefpodoximo, Cefoperazona, Ceftriaxona.

Resultados: Se ingresaron un total de 1.400 urocultivos, de los cuales 1.065 (76%) fueron realizados a mujeres y según grupo etario 1.061 (76%) en adultos y 339 (24%) en pacientes pediátricos. Se informaron 323 urocultivos con resultado positivo (23%), de los cuales 207 (64%) correspondieron a *E. Coli*, 109 (33%) a bacilos gram (-) distintos a *E. Coli* y 7 (3%) a otro tipo de bacterias. Al analizar la resistencia antibiótica de la totalidad de urocultivos positivos, 145 antibiogramas (45%) demostraron sensibilidad a todos los antibióticos analizados y solo 12 (3,7%) fueron resistentes a la totalidad de antimicrobianos. Del total de urocultivos positivos, 282 (87%) tuvieron desarrollo >100.000 unidades formadoras de colonias (ufc), y de ellos 43% mostraba resistencia a Ampicilina, 22,3% a Cefradina y Cefadroxilo, 20% a Ciprofloxacino, 14% a Ceftriaxona y sólo 12% a Nitrofurantoina.

Conclusiones: La resistencia antibiótica de las bacterias causantes de infecciones urinarias en nuestro hospital es mayor para cefalosporinas y fluoroquinolonas en comparación a Nitrofurantoina. Este hallazgo es útil para programar y priorizar la futura compra de insumos de acuerdo a la epidemiología del lugar.

CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TIPO IV

Rodrigo Vela G.¹, Cristian Hidalgo A.¹, Mauricio Gaete F.¹,
Cristian Gresa B.¹, Francisco Montellano A.², Rodrigo Navia O.²,
Rodrigo Zuñiga V.², Médicos¹, Internos², Hospital Santo Tomás de Limache

Introducción y objetivo: La cirugía mayor ambulatoria consiste en un acto quirúrgico programado sin ingreso posterior, realizado bajo anestesia y con un periodo de observación posterior variable. Nace de la necesidad de ofrecer una respuesta frente a la alta lista de espera de cirugías otorrinolaringológicas en nuestro Servicio de Salud.

Nuestro objetivo es dar a conocer la calidad, eficiencia y los resultados obtenidos, presentando una serie de indicadores calidad básicos.

Material y método: Estudio Realizado sobre un total de 567 pacientes intervenidos por patologías otorrinolaringológicas durante el periodo comprendido entre el 16 de junio del 2004 y el 22 de agosto del 2006 en el pabellón del Hospital Santo Tomás de Limache.

Resultado: De las 567 cirugías en el pabellón del Hospital Santo Tomás de Limache, 534 fueron ambulatorias (94,17%), 15 (2,65%) requirieron hospitalización, y 18 (3,18%) fueron programadas previamente como cirugías de corta estancia.

Discusión: La cirugía mayor ambulatoria surge como un esquema alternativo, cada vez más competitivo a la hospitalización convencional, sobre todo en la medida que se objetivan buenos resultados en calidad y eficiencia.

La CMA es ideal para funcionar en diferentes tipos de hospitales, potenciando los pequeños y descongestionando los grandes.

SALUD OCUPACIONAL EN HOSPITAL TIPO 4, INCIDENCIA DE ACCIDENTES DEL TRABAJO ATENDIDOS ENTRE ENERO DEL 2002 Y AGOSTO DEL 2005.

M. Gaete Fuentes, C. Hidalgo Abuyeres, R. Vela Gonzalez, C. Vera Norambuena, J. del Campo Hirschfeld. Hospital de Peñablanca

Introducción: La salud ocupacional es un área escasamente abordada en los hospitales de baja complejidad, sin embargo los accidentes del trabajo, accidentes del trayecto y enfermedades profesionales no están ajenos en la consulta de urgencias de un hospital de estas características. El presente trabajo tiene como objetivo determinar la tasa de consulta provocada por patología laboral, a manera de cotejar la carga asistencial que esto provoca, así como también determinar una patología que constituye uno de los gastos mas grandes para el país, analizando los días de trabajo perdidos por esta causa.

Material y método: hojas de atención de urgencia de todos los pacientes que consultaron en la unidad de emergencia del Hospital de Peñablanca por accidentes del trabajo, accidentes del trayecto y enfermedades profesionales entre el 01/01/02 al 31/08/05.

Resultados: Un total de 93 pacientes consultaron entre 01/01/02 al 31/08/05 por las patologías antes establecidas, de los cuales 39 (41,9%) consultaron por accidentes del trabajo los que produjeron un total de 728 días perdidos, 5 (5,3%) por accidentes del trayecto los que produjeron un total de 33 días perdidos, 2 (2,1%) por enfermedades profesionales los que produjeron un total de 30 días perdidos y 47 (50,7%) que consultaron por patología laboral pero que no correspondía

a accidente del trabajo, accidente del trayecto o enfermedad profesional.

Conclusión: Analizado los resultados se puede observar que el porcentaje de pacientes que consultan por motivos reales de salud ocupacional es de un 49,3%, lo que constituyen un total de 728 días laborales perdidos. Estas cifras demuestran la necesidad de capacitación a médicos EDF de manera tal de dar atención adecuada a este tipo de población.

ESTUDIO COMPARATIVO DE ANSIEDAD EN FUNCIONARIOS DE DOS HOSPITALES DE BAJA COMPLEJIDAD; HOSPITAL VILCÚN, IX REGIÓN Y HOSPITAL PEÑAFLOR, REGIÓN METROPOLITANA, CHILE

Núñez D., Alfredo¹ Navarrete C., Andrés², Lisboa C., Hugo³. Hospital Vilcún, IX Región¹, Hospital de Peñaflor², Región Metropolitana³

Introducción y Objetivos: La prevalencia de ansiedad se sitúa entre un 2,5 a un 17,2%. El 2005 se midió la prevalencia del trastorno de ansiedad en todos los funcionarios del Hospital Vilcún y que fue un 20,75%. El objetivo del presente trabajo es comparar si existen diferencias en la prevalencia y severidad de trastornos ansiosos entre funcionarios que cumplen funciones similares.

Material y método: Se aplica encuesta autovalorada de Sheehan, al 100% de los funcionarios que trabajan en jornadas de turno de los hospitales de Vilcún y Peñaflor. En ella se les consultó edad, sexo, más los 35 ítems de los cuales consta la escala. Se analizan los datos y se comparan estadísticamente utilizando RR y Test X².

Resultados: Hospital de Vilcún un 20% con ansiedad moderada con estamento médico 0%, paramédico 36,36% y guardias 0%. Para todos sin diferencia con la prevalencia general (p<0,05).

Hospital de Peñaflor, un 22,22% con ansiedad moderada médicos, 11,76%. paramédicos, 31,25% y guardias 33,33%. Para todos sin diferencias con la prevalencia general (p<0,05)

Al comparar ambos hospitales no hubo diferencias significativas para ningún estamento (p<0,05), el RR general fue 0.91. El RR en el estamento paramédico fue 2,14 en Vilcún y 1,84 en Peñaflor.

Para ansiedad con agorafobia 10% en Vilcún y 19,44% en Peñaflor. Con diferencia significativa en Peñaflor (p<0,05).

Discusión: El riesgo relativo de presentar un trastorno ansioso moderado es en general prácticamente igual, los niveles de ansiedad moderada para ambos hospitales son estadísticamente iguales para todos los estamentos observados y sin ser superiores a la prevalencia general (p<0,05). Sin embargo hay un RR elevado en el estamento paramédico en ambos hospitales y hay correlación estadística de mayor grado de ansiedad agorafóbica en los paramédicos de Peñaflor, en el que se haría necesario una intervención por profesionales de salud mental.

Palabras claves: ANSIEDAD, FUNCIONARIOS, HOSPITAL BAJA COMPLEJIDAD.

SINDROME DE BURNOUT EN UNA MUESTRA DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA: ESTUDIO DESCRIPTIVO.

*Claudia Avaria C.¹, Denisse Villanueva B.¹, Cristian Pinto L.¹,
Claudia Yañez G.², Ivonne Avaria.³
Médicos Hospital Marchigüe¹, Alumna², Psicóloga³*

Introducción y Objetivos: El burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce principalmente en las profesiones que se centran en la prestación de servicios directos a terceros, como es el caso del área de la Salud. El hospital de Marchigüe consta de personal de salud que se desempeña en múltiples labores que coinciden con estas características. Es por esta razón que se quiso conocer la presencia del síndrome en los auxiliares de enfermería que, dada las características de su labor, podrían verse afectados por este fenómeno.

Material y método: Se aplicó como instrumento de evaluación el test "Maslach Burnout inventory" (MBI), (Maslach y Jackson), en forma voluntaria y anónima al personal auxiliar de enfermería que desempeñan funciones en el servicio de urgencia y sala de hospitalizados del recinto. El test cuenta con un total de 22 preguntas, donde cada ítem se valora con una escala tipo Likert donde los individuos puntúan de "nunca" (0) a "todos los días" (6) con qué frecuencia ha experimentado cada una de las situaciones descritas, dividiéndose estos en 3 apartados: fatiga emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. Se distribuyeron los rangos de las puntuaciones totales de cada subescala en tres tramos que definen el nivel de burnout experimentado como bajo, medio o alto.

Resultados: El total de la muestra fue de 11 personas de ambos sexos cuyas edades fluctúan entre los 29 y los 59 años. Tres sujetos sobrepasan el puntaje considerado de bajo riesgo de Síndrome de burnout en el área de Fatiga Emocional, lo cual corresponde a un 27,27% de la muestra. En el apartado de despersonalización se observa que cuatro sujetos tienen un puntaje considerado alto, correspondiendo al 36,36%. En el apartado de logro personal seis sujetos presentan un puntaje de alto riesgo correspondiente al 54,54%.

Conclusiones: Según los resultados anteriormente presentados, en la muestra estudiada, existe un funcionario que presenta el Síndrome de burnout correspondiendo al 9,09% de la muestra total. El sujeto mencionado, obtuvo puntaje alto en las dos primeras dimensiones y puntaje bajo en la Dimensión Logro Personal. Se considero en riesgo los sujetos que se encuentran con dos apartados de alto riesgo, en esta condición se encuentran 3 funcionarios, los que corresponden a un 27,27% del total.

PESQUISA DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD DEL SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR (SSASUR)

*Constanza Ibáñez, Federico Bakal, Alejandra Arévalo,
Luis Henríquez, Gonzalo Grandón.
Hospital de Nueva Tolten.*

Introducción: Las condiciones laborales deficientes provocan enfermedades producto del estrés crónico, entre estas el síndrome de Burnout (quemarse por el trabajo o quedar consumido). Se presenta mayoritariamente en profesionales que trabajan directamente con personas (profesores, médicos, odontólogos, etc), se describe como un tipo de prolongado

estrés laboral, caracterizado por presentar pérdida de fuerza física y emocional, sensación de estar sobrepasado, despersonalización, pérdida de empatía, irritabilidad, desmotivación, pérdida del sentimiento de competencia, también se asocia a abuso de sustancia. El propósito de este estudio es ofrecer una línea de base en los profesionales de nuestro servicio, y a partir de ello manejar los estresores e iniciar técnicas de auto cuidado, con el fin de prevenir enfermedades por estrés.

Objetivos: Determinar la prevalencia de Burnout en muestreo de enfermeras, odontólogos y profesionales pertenecientes a equipos de salud mental hospitalario.

Material y método: Diseño de corte transversal, muestreo consecutivo no probabilística, se utilizó cuestionario autoaplicado de actitudes ante el trabajo (validado en escuela de psicología de Universidad Católica de Valparaíso) en profesionales de la salud. Para evitar sensibilizarlos no se utilizó el término Burnout. Consta de 65 preguntas en abanico, agrupadas en 8 categorías: fuentes de tensión, insatisfacción laboral, agotamiento emocional, degradación de competencia profesional, degradación de autoimagen, dificultades en relaciones interpersonales, trastornos físicos y trastornos conductuales. El análisis se realiza según "escala de Estaninos", determinando el nivel de Burn out: 1.- Con Burn Out, 2.- Proclive a Burn Out, 3.- sin Burn Out

Resultados: Se aplicó el instrumento en 36 odontólogos, 24 enfermeras y 22 profesionales que trabajan en salud mental (médicos, psicólogos y asistentes sociales). La prevalencia global de Sd. De Burn out fue 32%, la prevalencia global de proclives fue 45% y la prevalencia global sin Burnout fue 23%. Se encontró además un alto porcentaje de fuentes de tensión por grupo, (95%, 96%, 91%), así como de agotamiento emocional, (86%, 87% y 73%) y de insatisfacción laboral (78%, 82%, 68%) para odontólogos, enfermeras y equipo de salud mental respectivamente.

Comentarios: El conocimiento de las variables relacionadas con Burnout permitirá diseñar estrategias preventivas y de tratamiento para mejorar la salud laboral.

Podemos definir un perfil de trabajador de la salud con un alto grado de insatisfacción laboral, que manifiesta un escaso grado de reconocimiento de su labor asistencial y un alto nivel de insatisfacción con la gestión de su centro de trabajo. Evidenciamos una variedad de respuestas psicológicas divididas en 7 categorías que demuestran en su complejidad características del Burnout, siendo las más importantes para la mayoría de los autores agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO EN CUIDADORES DE PERSONAS POSTRADAS DE LA COMUNA DE ALTO HOSPICIO

*M^ª Jeanette Pizarro¹, Francisco Espinosa Arcuch¹, Leoncio Muñoz Uslar¹, Elsa Peralta Oros¹, Milena Lafertte² Médicos¹, Matrona²
Consultorio Pedro Pulgar Melgarejo, Alto Hospicio.*

Palabras clave: SS (sin/sobrecarga); SI (sobrecarga intensa)

Objetivos: Realizar un perfil de los cuidadores de pacientes atendidos en el Programa de Cuidados Domiciliarios para personas postradas del Consultorio P. Pulgar. Determinar variables individuales involucradas en la sobrecarga del cuidador. Obtener información que permita mejorar la atención hacia los cuidadores del programa.

Introducción: En nuestro país existe un aumento creciente de personas discapacitadas. Es un deber ético y una

responsabilidad del equipo de salud proporcionar ayuda al entorno de la persona que sufre esta condición. El presente trabajo describe las características de los cuidadores y las variables que puedan condicionar su sobrecarga

Material y Método: El siguiente es un estudio descriptivo, retrospectivo. Se utilizaron fichas clínicas de las personas postradas del programa que tienen la "ficha tipo" de ingreso y la entrevista de sobrecarga del cuidador (ZARIT). Ambos instrumentos son parte de las normas de cuidados domiciliarios del paciente Postrado de julio de 2006 (MINSAL), y fueron aplicadas en las visitas a domicilio realizadas por el equipo de salud. El total de cuidadores fue 34, que hasta a abril de 2007 se encontraban en el programa.

Resultados: 40% de los cuidadores está en la 5ª década de la vida, 82% son mujeres, 64% son dueñas de casa, 73% familiares directos (hijos, padres o esposos) de los pacientes. Sólo 36% tiene educación media completa. El 58% de los cuidadores llevan menos de 5 años en esta labor, y en un 59% se cuenta con un cuidador secundario. Todos dicen necesitar capacitación. La sobrecarga en el grupo de cuidadores que cuenta con un segundo cuidador es menor (50%) que en aquellos que no cuentan con ayuda (57%) con un RR 1,1. Los cuidadores **SS** disminuyen del 62% a un 33% entre el 1º al 5º año de labor, estos mismos (**SS**) predominaron (50%) en la edad de 40-49 años. El 75% de los **SS** fueron familiares directos; principalmente hijos, también las nueras muestran alto nivel **SS** (60%). El mayor grupo con **SI** (56%) está en los cuidadores con educación básica incompleta, a su vez, los cuidadores que al menos completan la educación básica desarrollan menos **SS** (43%) que los con educación básica incompleta (73%) con un RR 1,7. No hubo relación entre el nivel de sobrecarga y el sexo o la edad del cuidador

Discusión: Se determinó que los cuidadores del programa son principalmente mujeres, dueñas de casa, familiares directos (hijos), entre 40-49 años de edad, con total demanda de capacitación, la gran mayoría con escolaridad incompleta. Es posible inferir que después de 1 año de ser cuidador aumenta el nivel de sobrecarga, así como también aumenta al tener educación básica incompleta. Igual situación sucedería en familiares no directos del postrado. De todo lo expuesto se concluye que es necesario fortalecer la capacitación continua de los cuidadores, al igual que su nivel de escolaridad a través de alianzas con otros sectores de la red social.

MANEJO DE PACIENTES CON CONSUMO PROBLEMA DE ALCOHOL: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE TIL TIL

*Daniela Pérez¹, Alejandra Peralta¹, Katherin Sanchez¹,
Alfredo Silva¹, Jennifer Betancourt²,
Médico Hospital de Til Til¹, Interna Universidad de Chile,
Hospital de Til Til²*

Introducción: Según encuesta de calidad de vida y salud 2006, la proporción de bebedores problema, en Chile es 15,2%, con fuerte predominio masculino. El consumo de alcohol es mayor en áreas rurales, y en el rango etéreo de 20 a 64 años. La dependencia al alcohol constituye una de las más relevantes causas de AVISA en Chile, la octava de 74 causas en la población general y la segunda entre los hombres. A nivel de la atención primaria, 1 de cada 3 consultantes hombres es un bebedor problema, y 1 de cada 10 consultantes mujeres presentan igualmente esa condición.

Propósito: Analizar el manejo de pacientes con consumo problema de alcohol en el Hospital Til Til en forma institucional.

Material y método: Se realizó una revisión de las estadísticas del consultorio adosado al Hospital Til Til desde el inicio del programa de alcohol y drogas el año 2006, y de los egresos hospitalarios para evaluar el número de hospitalizaciones derivadas por esta causa. Para tabular y analizar los datos se utilizó Microsoft Excel 2003.

Resultados: En el Hospital de Til Til, ingresaron 172 pacientes en el año 2006 y 308 pacientes en el año 2007 al programa de alcohol y drogas, manteniendo la tendencia tanto en género, como en rango etéreo, que muestran los estudios nacionales. Durante el período estudiado, se realizaron 16 hospitalizaciones terapéuticas, tanto para el tratamiento del alcoholismo, como para el de las patologías derivadas de éste. El trabajo realizado con el paciente internalizado incluye apoyo farmacológico, trabajo con la familia, incorporación a grupos abiertos, consultoría a salud mental, consulta médica, exámenes e interconsultas, de ser necesario. Hubo una recaída en el consumo alcohólico en 2 pacientes, que representan un 12,5%, y se requirió derivar a un caso al Instituto Psiquiátrico "Dr. Horowitz" por la gravedad del cuadro.

Discusión: En el caso del alcoholismo que requiere de internalización para el tratamiento de éste, el hecho de mantener al paciente en su entorno geográfico, familiar y social, e incorporar intensamente su red de apoyo al trabajo realizado en el hospital, ha demostrado ser una buena estrategia comunitaria que ha mantenido la recaída alcohólica en una tasa inferior al 15%.

AFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO EN MUJERES ENTRE 20 Y 50 AÑOS EN CONTROL EN EL HOSPITAL DE MARCHIGUE, 2007.

*Denisse Villanueva B.¹, Claudia Yáñez G.²,
Claudia Avaria C.¹, Cristian Pinto L.¹
Médicos EDF¹ Hospital de Marchigue,
Alumna Medicina Universidad de Talca²*

Introducción: La Depresión es un trastorno de la Salud Mental frecuente en nuestro país y que conduce a una disminución de la calidad de vida y a un mayor índice de discapacidad.

Propósito: El presente estudio pretende analizar la efectividad del tratamiento en la población más frecuentemente afectada.

Material y método: De 149 mujeres con diagnóstico de depresión en el Hospital de Marchigue elegimos una muestra de 46 mujeres entre 20 y 50 años, al ser ésta la edad más frecuente de presentación en nuestro país. Se elaboró un estudio descriptivo y se analizó el tipo de tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico, su adhesión y efectividad; se utilizó el riesgo relativo y la Prueba de Fisher para evaluar asociación.

Resultados: Encontramos una prevalencia de la enfermedad de un 23,2% de la muestra estudiada, sólo un 53,8% tuvo una buena adherencia al tratamiento, siendo este efectivo en un 13% de los casos. Éxito fue definido como la ausencia de síntomas a los seis meses. No se detectó una diferencia significativa entre ambos tipos de tratamiento, ni hubo asociación de violencia intrafamiliar con el mal control de la enfermedad.

Conclusión: Dados estos resultados debemos mejorar el tratamiento y por sobretodo elaborar estrategias para lograr una mayor adhesión a la terapia de nuestras pacientes

“FACTORES DE ALTO RIESGO PSICOSOCIAL EN PACIENTES PORTADORES DE DEPRESIÓN SEVERA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL FRUTILLAR”

José Luis Cuevas S., Marcelo Costa T., Claudia Díaz C., Cristian Isamit F., Eliana Miranda R., Luis Álvarez M., Programa de Salud Mental, Hospital de Frutillar. Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián.

Introducción: La depresión severa constituye la forma de presentación más extrema del trastorno depresivo mayor y es causa de alteraciones importantes en la funcionalidad de los pacientes. Su asociación a un elevado riesgo suicida y mal pronóstico, hacen que su pesquisa, diagnóstico adecuado y enfoque terapéutico se convierta en una prioridad en la atención primaria

Objetivo: Determinar la frecuencia de factores de riesgo psicosocial en pacientes depresivos severos pertenecientes a un programa de salud mental.

Pacientes y método: Se estudió retrospectivamente la frecuencia de factores de alto riesgo en 38 pacientes portadores de depresión severa atendidos en el Hospital de Frutillar entre abril de 2004 y enero 2007. Los datos, basados en las guías del MINSAL, se obtuvieron del registro del Programa de Salud Mental y fueron analizados con el software FileMaker Pro.

Resultados: El 89% de las pacientes con diagnóstico de depresión severa fueron mujeres, la mayoría sólo con educación básica (32%) o media completa (50%). Del total de pacientes el 71% tenían antecedentes de cuadros depresivos previos. En la esfera familiar y social destaca que en un 53% estaba presente el antecedente de violencia intrafamiliar (VIF), 32% de las(os) pacientes referían separación conyugal en el último año y el 76% no tenía redes de apoyo ni participación social. En cuanto a las comorbilidades psiquiátricas en el 24% de los casos existía algún trastorno de personalidad concomitante y 16% de las(os) pacientes reconoció abuso de alcohol o alguna droga. La ideación e intentos suicidas se presentaron en 26% y 11% de las pacientes, respectivamente, mientras que en un caso se consumó el suicidio.

Conclusiones: La falta de redes de apoyo, el antecedente de cuadros depresivos anteriores y la VIF fueron los factores de riesgo más comunes entre las pacientes con depresión severa. Por esta razón, el manejo multidisciplinario a nivel primario enfocado a enriquecer la red social y disminuir la prevalencia de VIF, es probable que mejore el pronóstico de estas(os) pacientes y debe constituir uno de los objetivos prioritarios de los programas de salud mental.

Palabras clave: Depresión severa, factores de riesgo, suicidio.

ERITEMA MULTIFORME SECUNDARIO A INFECCIÓN POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE REVISIÓN DE UN CASO CLÍNICO EN ADULTO.

*Cristian Hidalgo A.¹, Mauricio Gaete¹, Rodrigo Vela G.¹, Cristian Gresa B.¹, Francisco Montellano A.², Rodrigo Zúñiga²
Médicos EDF Hospital Santo Tomás de Limache, SSVQ¹, Internos de Medicina, Universidad del Mar.²*

Hombre de 54 años sin antecedentes previos, consumo ocasional de AINES, que consulta por exantema febril de dos días de evolución asociado a fiebre de 38.5° y compromiso del estado general. La erupción cutánea se caracterizaba por maculas eritematosas no concluyentes de 1.5 cm. de diámetro en tórax y extremidades con características de lesiones tipo “target” que comprometerían casi todo el tronco y gran parte de extremidades superiores sin compromiso de mucosas. (fig. 1-2)

En el Servicio de Urgencia se evidencia un paciente ectomorfo, comprometido con gran compromiso del estado general, febril 38.6 y tendencia a la hipotensión sin foco infeccioso aparente.

Se decide hospitalizar para estudio y se maneja con antipiréticos orales (acetaminofeno 500 mg. vo sos) solicitándose estudio de laboratorio y dos hemocultivos.

Evoluciona estable hemodinámicamente, con aumento en el número de las lesiones y con persistencia de la fiebre y al segundo día de hospitalización se evidencian lesiones purpúricas en extremidades inferiores lo que hace presumir una reacción adversa a fármacos.

En la anamnesis remota no se logra identificar la ingesta de ningún fármaco así como tampoco se identifica algún tipo de infección previa al inicio de los síntomas.

Se postula el diagnóstico de eritema multiforme menor y dada la persistencia de la fiebre se decide buscar foco infeccioso oculto solicitándose estudio radiológico y de laboratorio completo. En dicho estudio destaca leucocitos de 14.900, VHS 34, plaquetas 125.000, hematócrito 33%, PCR 10, sedimento de orina normal, hemocultivos negativos, perfil hepático levemente alterado, TP/TTPK normales, Rx torax evidencio infiltrado intersticial difuso con mayor refuerzo perihiliar bilateral sin foco de condensación evidente (fig.3). Dado las características de la radiografía se solicitó serología para *Mycoplasma Pneumoniae* la que resultó (+).

Se inició tratamiento con prednisona 1mg./kilo/día en dos dosis vo y Claritromicina 500 mg. cada 12 horas vo mas Clorfenamina 1 ampolla ev cada 6 horas con lo que el compromiso cutáneo fue disminuyendo al tercer día de iniciado el tratamiento. También se logró controlar la fiebre al segundo día de terapia oral. El paciente fue dado de alta después de 11 días de hospitalización y se mantuvo con esquema de corticoterapia por un total de 14 días en esquema de retirada gradual con evolución favorable al control ambulatorio.

Dentro de las causas de EM la infección por virus herpes simple tipo 1 es lejos la más frecuente, siendo este cuadro mucho más frecuente en pacientes pediátricos. Otras causas relativamente frecuentes son las reacciones medicamentosas, en donde los AINES encabezan la lista. Lo interesante de este caso clínico es la relación directa del EM con la infección por *M. Pneumoniae* en un paciente sin síntomas respiratorios y con gran compromiso sistémico.

INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO, REVISIÓN DE ELECTROCARDIOGRAFÍA POR TELEMEDICINA EN LA RED VIÑA DEL MAR-QUILLOTA.

Cristian Hidalgo A.¹, Rodrigo Vela G.¹, Mauricio Gaete F.¹, Mario Reinoso M.¹, Rodrigo Navia O.², Rodrigo Zuñiga V., Francisco Montellano A.³, Médicos EDF, Hospital de Limache, SSVQ Región Valparaíso¹, Interno Universidad de Antofagasta, II Región², Internos Universidad del Mar, V Región³

La incorporación de la telemedicina a la práctica clínica habitual ha permitido un mejor control de los pacientes críticos que se manejan día a día en los Servicios de urgencia de la Red hospitalaria de nuestro Servicio de Salud. Esto ha facilitado el diagnóstico cardiológico de urgencia de médicos generales que cada día se ven enfrentados a ala consulta en unidades de emergencia de pacientes con sintomatología coronaria aguda.

El presente trabajo nos da una visión general de la casuística de los infartos al miocardio (IAM) atendidos en la red de Urgencia del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota durante el primer semestre del 2008 que contaron con un informe de telemedicina.

Se revisaron en forma retrospectiva 60 informes de telemedicina solicitados por hospitales y consultorios de la zona cuyo informe fue compatible con infarto agudo al miocardio y que fueron derivados al Hospital Base Gustavo Frické para el manejo definitivo post estabilización en el centro receptor.

De los 60 informes solicitados el 61.66% (37) correspondieron a pacientes de sexo masculino y el 38.33% (33) a pacientes de sexo femenino; el promedio de edad de los pacientes fue de 64 años, (rango 26-88); el Hospital de Peñablanca encabeza la lista de telemedicina con 12 informes alterados (20%), seguido por Hospital de Calera con 10 (16.66%) solicitudes de telemedicina. El Hospital de Quintero solo informo 2 telemedicinas alterados (3.33%).

Como conclusión podemos sostener que el recurso de la telemedicina es de extrema utilidad en el reconocimiento precoz del síndrome coronario agudo para su pronta estabilización y rápido traslado a un centro de mayor complejidad. Destacamos la valiosa información que nos otorga en el diagnóstico del IAM para cumplir con las metas del GES en el contexto de dicha patología.

Proponemos un mayor análisis de la casuística de cada centro derivador para conocer además que otros diagnósticos se manejan en atención primaria y hospitales de baja complejidad.

CASO CLÍNICO: HANTA VIRUS EN HOSPITAL DE PEÑABLANCA.

M. Gaete Fuente, C. Hidalgo Abuyeres, R. Vela Gonzalez, C. Vera Norambuena, J. del Campo Hirschfeld. Hospital de Peñablanca

Paciente de 28 años, sin antecedentes mórbidos que presenta diferentes consultas en UE por empeoramiento en cuadro de 3 días de evolución de fiebre (39,6°), asociado a compromiso del estado general, vómitos a repetición y coluria. Se hospitaliza con diagnóstico de neumonía atípica, con evolución desfavorable, se descarta TBC. El paciente desarrolla insuficiencia pulmonar refractaria asociada a SRIS, paciente fallece a los 5 días de evolución.

Se realiza serología post-mortem para Hanta Virus, la cual resulta positiva.

El Síndrome cardio-pulmonar por Hanta Virus es una enfermedad infecciosa aguda, de alta letalidad, transmitida al ser humano por roedores. Caracterizada por comenzar con fiebre y mialgias, acompañadas frecuentemente de trastornos gastrointestinales (fase prodrómica), seguidos por la aparición súbita de insuficiencia respiratoria e inestabilidad hemodinámica (fase cardiopulmonar).

Dentro de los antecedentes de Hanta virus en nuestro país, encontramos en Septiembre de 1995 el primer caso notificado, aunque existen estudios retrospectivos que indican la existencia de pacientes con síndrome cardiopulmonar en 1993 y 1975. Recién en 1997 se estableció la vigilancia epidemiológica y control de la enfermedad y 3 años después (2000), se incorporó al programa de notificación obligatoria. El virus Hanta, variedad Andes, posee como reservorio natural al *Oligoryzomys Longicaudatus Sigmodontinae* o ratón de cola larga, que habita desde la III a la XI Región de Chile. Es un ratón de color marrón, cuerpo y cabeza pequeños (8 cm), cola de 12 a 15 cm., de hábitos nocturnos. En él, el Hanta Virus se replica en endotelios (cardíaco, pulmonar y también en la grasa parda), siendo excretado por las secreciones (heces, orina y saliva) y transmitido a otros ratones a través de mordeduras o aerosoles.

En cuanto a su transmisión al humano, el principal mecanismo es a través de la inhalación de heces u orina aerolizada. En Temuco también se demostró un caso transmitido por mordedura de ratón, mientras que no hay evidencia de infección nosocomial.

CANCER TERMINAL Y SOBREVIDA: EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL DE PEÑAFLOR.

Hugo Lisboa C.¹, E.M. Fabiola Pedreros G.¹, Alfredo Nuñez D.², Felipe Jurado D.³

Hospital de Peñaflo¹, Hospital de Vιλcún², Consultorio Dr. Ramón Corbalán MF.

Introducción: El cáncer avanzado corresponde a la enfermedad oncológica progresiva, sin evidencia de mejoría clínica. Los cuidados paliativos consisten en la asistencia al paciente y a su entorno por un equipo multiprofesional. Este estudio pretende mostrar la realidad epidemiológica de los pacientes con cáncer terminal en la comuna de Peñaflo^r

Objetivos: Conocer La prevalencia y sobrevida promedio de los pacientes con cáncer terminal en control en el programa de cuidados paliativos (PCP) del Hospital de Peñaflo^r

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo con universo de 102 obtenidos del PCP del Hospital de Peñaflo^r, desde enero de 2007 hasta abril de 2008.

Resultados

Cánceres más frecuentes fueron: pulmonar (25,5%), gástrico (22,5%), prostático (10,7%), vesicular (6,8%) y mamario (4,9%). La sobrevida promedio: 4,7 meses. Cáncer de páncreas: 16 días. El 28,4% de los pacientes tuvo sobrevida menor a 1 mes; el 38,4% tuvo sobrevida mayor a 16 meses.

Discusión y conclusiones: La distribución de los tipos de cáncer más frecuentes en hombres es idéntica a la observada a nivel nacional (gástrico, pulmonar, prostático), en cambio en las mujeres el cáncer pulmonar obtuvo el primer lugar, desplazando a los digestivos y ginecológicos, lo cual puede deberse a un mayor consumo de tabaco. La sobrevida promedio es muy similar a la nacional, destacando alta sobrevida del linfoma no Hodgkin (14,5 meses), comparada con la baja sobrevida del cáncer de páncreas (16 días).

TUBERCULOSIS AMIGDALIANA, FORMA EXCEPCIONAL DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR.

Hugo Lisboa Córdova¹, Alfredo Nuñez Doren², Macarena Ávila Silva³, Sebastián Acosta Barrientos³, Hospital de Peñaflo^r, Hospital de Vilcún², Internos Universidad Diego Portales

Introducción y objetivos: Este trabajo tiene como objetivo dar a conocer y discutir sobre un caso de tuberculosis (TBC) extrapulmonar de muy rara frecuencia (amigdaliana), considerando que la TBC tiene una prevalencia en Chile de 15 x 100000, teniendo la presentación en el área otorrinolaringológica una frecuencia del 7%, la forma amigdaliana constituye una forma excepcional. Se consultaron datos de MINSAL, actas otorrinolaringológicas y revista chilena de cirugía de cabeza y cuello.

Material y método: Revisión de caso clínico tratado por el programa de control de TBC del Hospital de Peñaflo^r. Análisis de ficha clínica, entrevista con paciente y análisis de exámenes

Resultados Tratamiento farmacológico exitoso

Discusión y comentarios: Tras dos años del alta médica paciente permanece asintomático del punto de vista otorrinolaringológico. En todo su estudio previo no pudo comprobarse la existencia de enfermedad tuberculosa pulmonar, por ende llama la atención la presentación de TBC amigdaliana como foco primario, inclusive fácilmente confundible en una primera etapa con una amigdalitis pultácea estreptocócica. Cabe señalar entonces la importancia de nuevos métodos de detección micobacteriológica, como por ejemplo la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Sin embargo, no existen características determinantes de la TBC amigdaliana, por ende el diagnóstico depende, en gran medida, de la sospecha clínica

¿ESTAMOS INDICANDO EN FORMA CORRECTA EL USO DE ESTATINAS EN ATENCIÓN PRIMARIA? TRABAJO PRELIMINAR EN HOSPITAL S.J. CASABLANCA.

Mandiola G. Carola, Silva C. Marla, Pérez D. Isabel, Monsalve R. Macarena, Hospital San José de Casablanca

Introducción: Las Estatinas han demostrado ser útiles en la prevención de la enfermedad cardiovascular. Las distintas recomendaciones de indicación del tratamiento presentan un acuerdo mayor en prevención secundaria que en primaria de la enfermedad cardiovascular. El cálculo del riesgo cardiovascular es el elemento esencial para la indicación del tratamiento, pero también el más controvertido. De acuerdo al ATP- III en los pacientes con bajo riesgo global se pueden tolerar niveles relativamente altos de colesterol LDL, esto, porque el tratamiento con Estatinas no es completamente inocuo, y porque a largo plazo tiene un costo no despreciable.

Objetivos: Describir el tipo de pacientes que reciben estatina (Simvastatina) en un consultorio urbano y de acuerdo guías nacionales e internacionales verificar si es o no adecuada su indicación.

Material y método: Se revisarán las fichas clínicas de 300 pacientes del programa cardiovascular del Hospital S. J. de Casablanca, que retiran simvastatina actualmente en farmacia. Se dividen en 3 grupos: 1) Aquellos que han sufrido un evento cardiovascular 2) Diabéticos sin evento cardiovascular 3) Con más de dos factores de riesgo no diabéticos. De acuerdo a

guía GES y al ATP-III se clasificarán estos grupos como pertinentes si la indicación es adecuada y como no pertinente si no está indicada. El grupo 1 se considera por completo pertinente por haber sufrido un evento cardiovascular (CV.)

Resultados: Actualmente la revisión corresponde a 125 pacientes del total (300), el 23% son hombres (29) y el 76,8% son mujeres (96). El promedio de meses con Simvastatina es de 14,4. El 16,8% (21) son del grupo 1, el 41,6% (52) son diabéticos sin evento cardiovascular (grupo 2) y el 41,6% (52) tienen más de dos factores de riesgo (grupo 3). Del total de pacientes con Simvastatina, al inicio sólo el 9,6% es eutrófico (12), el 44% presenta sobrepeso (55) y el 45% son obesos (55). A la fecha, el 60,8% ha subido de peso desde el inicio. Del grupo 2 el 67,3% (35) tiene adecuada la indicación, el 32,7% (17) no está bien indicada. Del grupo 3, el 57,7% es pertinente la indicación de Simvastatina, el 42,2% (22) no la debería estar recibiendo.

Conclusión: Aunque las Estatinas previenen eventos CV, existen normas actuales que determinan quienes deberían recibirlas, dado que su uso indiscriminado presenta un costo elevado para los sistemas de salud. En nuestro hospital existe un porcentaje no despreciable (31,2%) de prescripción del medicamento sin tener indicación. Pese a que existen normas nacionales e internacionales para la indicación de estatinas, persiste la costumbre de indicar Simvastatina sin iniciar cambios de estilo de vida previo o sin indicación, según nivel de LDL, por otro lado, aunque esté prescrita la estatina, los pacientes no modifican su estilo de vida e incluso aumentaron de peso en más de la mitad de los pacientes. Este trabajo es un estudio preliminar de un estudio posterior donde se ampliara el universo y se determinará además si la indicación del medicamento tiene un real impacto en la disminución de los niveles de colesterol en éstos pacientes.

CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE CÁNCER ASOCIADO A TABAQUISMO EN LA POBLACIÓN FUMADORA DEL CONSULTORIO Y POSTAS RURALES DE LA COMUNA DE PERALILLO.

Rodrigo Olivieri Huerta, Cristian Valdés Sánchez, Consultorio Peralillo

Introducción: El tabaquismo es uno de los principales factores de riesgo modificables de algunas enfermedades oncológicas. En Chile sobre 4.700.000 personas sufren de tabaquismo. Se estima que en el año 2003 cerca de 14.000 personas fallecieron en Chile por causas atribuibles al tabaquismo. El tabaco está asociado a cerca del 30% de las muertes por cáncer.

Objetivo: Estudiar el nivel de conocimiento de la población fumadora de los efectos del tabaco en la salud y la percepción del riesgo personal de cáncer secundario al tabaquismo al que se exponen al fumar.

Método: Se escogió una muestra aleatoria de la población fumadora actual que consultó en el Consultorio y Postas Rurales de la comuna de Peralillo en el periodo de mayo-junio de 2008 y se les aplicó una encuesta voluntaria presencial.

Resultados: La muestra estuvo compuesta por 126 personas. La edad promedio fue de 36,4 años y el tiempo de exposición promedio al tabaco fue de 15,6 años. Un 66,7% de los encuestados refiere no haber recibido consejo médico o dental para dejar de fumar y un 69,1% de los pacientes no ha recibido información acerca de los riesgos del tabaco. Un 38,9% de los encuestados responde incorrectamente las preguntas generales sobre los riesgos del tabaco en el desarrollo de enfermedades oncológicas. Un 19,8% considera que no está demostrado que

el tabaquismo se asocia a cáncer. 38,1% de los encuestados no percibe mayor riesgo personal de cáncer pulmonar por ser fumador y más aún, un 50% no cree que el consumo de tabaco aumente su riesgo de cáncer de laringe.

Discusión y comentarios: Un porcentaje importante de la población fumadora actual no conoce los efectos del tabaco en el desarrollo de cáncer ni percibe mayor riesgo personal de tener un cáncer asociado al hábito tabáquico. Sólo un 33,3% de los pacientes indica haber recibido consejería para dejar de fumar. Es importante a nivel de atención primaria fomentar la educación sobre los efectos específicos del tabaquismo en relación a las enfermedades oncológicas y aumentar la consejería sobre el tabaco.

INTOXICACION AGUDA POR SIBUTRAMINA, REPORTE DE DOS CASOS.

Terrada Rodrigo¹, Marín Miguél², C. Navidad³, H. Peumo⁴

La Sibutramina es un fármaco utilizado con cada vez más frecuencia para el tratamiento de la obesidad. Existe muy limitada experiencia en sobredosis por sibutramina. Los efectos adversos más frecuentemente asociados con la sobredosis son taquicardia, hipertensión, cefalea y mareos

Casos clínicos: Paciente sexo femenino de 9 años de edad, consulta en servicio de urgencias por cuadro de náuseas y vómitos frecuentes, dificultad respiratoria, temblor distal y palpitaciones. Al examen destaca taquicardia, hipertensión y temblor fino de reposo. Con antecedentes de vitíligo en tratamiento con Azacortid® por 6 meses, suspendido 1 día antes del ingreso. Desde ese día en tratamiento con Fenilalanina 500 mg c/8 hrs. Se solicitan exámenes generales y EKG que demuestra taquicardia sinusal, se decide traslado a hospital de mayor complejidad. Se plantea como diagnóstico hipertiroidismo. En Unidad de Cuidados Intensivos evoluciona favorablemente. 48 horas más tarde presenta alteración cualitativa de conciencia, verborrea y episodios confusionales.. Al examen neurológico: marcha atáxica, agitación y movimientos de tipo coreoatetósicos en las 4 extremidades. Evaluada por neurología, se plantean etiologías Infecciosas, autoinmunes, Corea de Sydenham y enfermedad metabólica. Se realizó estudio que descarta etiología infecciosa, autoinmune y metabólica. Es dada de alta al mes asintomática, sin lograr precisar diagnóstico.

5 meses más tarde, hermano de paciente, de 17 años de edad, consulta en Servicio de Urgencias por cuadro de CEG de inicio brusco, vómitos y taquicardia. Con antecedentes de vitíligo en tratamiento con Fenilalanina hace 5 meses. Dados los antecedentes familiares, se deriva a hospital de mayor complejidad. Se evidencia taquicardia sinusal, se indica observación. Se realizan exámenes generales, que resultan normales. Es dado de alta a las 48 hrs. Asintomático.

Llama la atención al tratante que el paciente ingirió Fenilalanina del mismo frasco que utilizó su hermana al presentar cuadro similar. Se indica control con neurología y análisis químico de las cápsulas de Fenilalanina. Los pacientes se mantienen asintomáticos. Análisis químico de cápsulas arroja como resultado que ésta contenían Sibutramina en vez de Fenilalanina.

Los síntomas que pueden observarse dentro de una intoxicación aguda por Sibutramina, que constituyen el síndrome serotoninérgico, son: excitación, hipomanía, inquietud, pérdida de conciencia, confusión, desorientación, ansiedad, agitación, debilidad muscular, mioclonías, temblor, hemibalismos, hiperreflexia, ataxia, disartria, descoordinación,

hipertermia, calosfríos, midriasis, diaforesis, vómitos y taquicardia.

El tratamiento consiste en medidas generales, manejo de vía aérea, monitoreo de presión arterial y frecuencia cardíaca.

La Sibutramina es un fármaco de uso muy frecuente en la actualidad. Es muy importante para el médico de urgencias conocer sus efectos y el manejo de la intoxicación aguda por ésta.

PREVALENCIA DE HIPERURICEMIA EN DOS COMUNAS DE LA SEXTA REGIÓN.

Terrada Rodrigo. Marín Miguél, . Kaid F, C. Navidad, H. Peumo

La hiperuricemia es un factor de riesgo conocido para el desarrollo de gota, se estima que 1 de cada 10 hiperuricémicos va a desarrollarla. Sin embargo en los últimos años ha surgido como un factor de riesgo cardiovascular. Se ha demostrado que eleva el riesgo relativo de fallecer por enfermedad coronaria, accidente vascular encefálico, enfermedad hepática e insuficiencia renal.

Resulta entonces necesario hacer una búsqueda activa de hiperuricemia y gota en nuestra población para caracterizar de mejor manera su riesgo cardiovascular y realizar su manejo médico según estas características. En el presente trabajo se describen las características de dos poblaciones rurales de la Sexta Región.

Se analizaron un total de 1416 pacientes en control de crónicos, 630 correspondientes al Consultorio de Navidad y 786 del Hospital de Peumo. Un 64% correspondía a mujeres y un 36% a hombres.

Se detectó un total de 38 pacientes hiperuricémicos (2,7% del total). De ellos un 87% se concentraba en la población de Navidad (Riesgo 0,6), donde correspondían a un 5,2% del total de control de crónicos de esta comuna.

En relación a la distribución por sexo la hiperuricemia fue más frecuente en hombres en ambas poblaciones (61%) versus mujeres con 39%. Al observar la distribución por edad el diagnóstico fue más frecuente en mayores de 65 años en ambas poblaciones, concentrando el 54,6% de los pacientes de Navidad y un 60% de los pacientes de Peumo. En relación a la asociación con otros diagnósticos, el un 73% del total de hiperuricémicos tenía HTA, un 16% HTA+DM-2, un 5,3% DM-2 y un 5,3% dislipidemia.

Conclusión: La prevalencia de hiperuricemia es mayor en hombres que en mujeres, aumenta después de los 65 años y se asocia principalmente a hipertensión arterial en las poblaciones estudiadas.

Destaca la aumentada prevalencia en la comuna de Navidad que concentra la gran mayoría de pacientes hiperuricémicos (RR:10). Probablemente factores dietarios y genéticos inciden en este fenómeno que debiera ser estudiado con mayor detención.

En resumen, es importante detectar en forma precoz la hiperuricemia, por ejemplo a través del examen de medicina preventiva y focalizar las intervenciones del equipo de salud en los factores modificables que inciden en el valor plasmático del ácido úrico.

DESCRIPCIÓN DE LAS NEUMONIAS HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL DE LIMACHE DURANTE EL 2007.

Rodrigo Vela G.¹, Cristian Hidalgo A.¹, Mauricio Gaete F.¹, Cristian Gresa B.¹, Francisco Montellano A.², Rodrigo Navia O.², Rodrigo Zuñiga V.², Médicos Internos Hospital Santo Tomás de Limache

Introducción y Objetivo: Las infecciones respiratorias agudas son eventos de alta frecuencia en la población. Las que revisten mayor riesgo vital son las neumonías, especialmente las del adulto mayor, por ser este grupo poblacional altamente susceptible debido a las condiciones propias del envejecimiento que en último término limitan la capacidad de defensa a los microorganismos. Es por esto que se pretende revisar las cifras de las neumonías hospitalizadas en 2007 en Limache.

Material y método: Estudio realizado sobre un total de 268 pacientes hospitalizados con el diagnóstico de neumonía durante el año 2007 en el Servicio de Medicina del Hospital de Limache. Se tomaron diversos datos como edad promedio, diagnósticos diferenciales, severidad usando el score CURB-65, criterios de hospitalización, tratamientos, días de estancia.

Resultado: De un total de 1748 egresos el año 2007 del Servicio de Medicina, 268 (15.33%) ingresaron con el diagnóstico de neumonía de la comunidad, con un promedio de edad de 77 años, egresando 247 pacientes con este diagnóstico, y con 21 fallecidos (29.1% del total de fallecidos del año y 1.2 del total de ingresos). Usando el score CURB-65, 40.6% de los pacientes tienen 2 puntos, 47.3% con 3 puntos, 9.7% con 4 puntos y 2.23% con 5 puntos, completando un promedio de 6.3 días de hospitalización.

Discusión: La neumonía de la comunidad que se hospitaliza merece una revisión periódica, considerando que continúa siendo una causa importante de hospitalización en los servicios de medicina, afectando mayoritariamente a adultos mayores y constituyendo una causa prioritaria de las muertes en dichos servicios. Presenta cifras de mortalidad no despreciable y pese a los nuevos esquemas de tratamiento, sigue constituyendo un desafío importante para los médicos de sala.

USO DE OPIOIDES DE PACIENTES EN PROGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS Y ALIVIO DEL DOLOR.

Grace Hasler Sandoval, Antonio Nuñez Salazar, Carolina Muñoz Aravena, Francisco Orellana Rebolledo, Hospital de Santa Juana

El dolor está presente entre un 80-100% en etapas avanzadas del cáncer (ASA, May 1998, Volumen 62). Diversos estudios han demostrado que es diagnosticado y tratado por debajo de lo conveniente, principalmente por una subutilización de morfina y sus derivados. La aparición de unidades de cuidados paliativos, capacitaciones en el manejo del dolor y mejora en la disponibilidad de fármacos han incrementado el uso de opioides sobre todo en países desarrollados (Med Pal 1999; Vol 6 pag 3-12), pero aun se observa subtratamiento, ya sea por miedo a la adicción o síntomas colaterales de opioides, difícil evaluación del dolor, conocimiento inadecuado, etc.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes pertenecientes al Programa Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor, Hospital Lota 2005, en relación a diagnóstico, edad, manejo del dolor, uso de opioides, dosis y efectos colaterales de éstos

Material y método: Revisión de fichas clínicas. Se llevaron los datos a tabla Excel y se relacionaron y graficaron entre ellos para observar características del paciente y patrones de uso y RAM a opioides en dosis equivalentes

Resultados: Se encontraron 34 pacientes, el promedio de edad fue de 68.7 años (34-92), con diagnósticos de cáncer de tiroides, cerebral, páncreas, endometrio, cervix y vejiga (2.9% c/u), colon, esófago y metastático (5.8%) pulmón (8.8%) mama (11.7%) gástrico, próstata y vesícula (14.7%). Según la escala de evaluación del dolor EVA, 27 (79.4%) pacientes disminuyeron su dolor, 3 (8.8%) se mantuvieron igual y 3 aumentaron el puntaje y 1 paciente (2.9%) no tuvo nunca dolor. Un 100% usó algún fármaco y 29 pacientes (85.3%) recibieron opioides o derivados. A mayor dosis de opioides tiende a haber más síntomas colaterales (menos de 10mg/día: 1.5 síntomas en promedio; 10-20mg/día: 2.1; 20-30mg: 2.5; más de 30mg/día: 2.1), 5 pacientes tuvieron somnolencia (17.2%), 9 mareos (31%), 14 vómitos (48.2%), 25 constipación (86.2%), 4 prurito (13.7%), 1 retención urinaria (3.4) en relación al uso de opioides, no se encontró relación directa entre dosis y edad ni edad y cantidad de síntomas colaterales

Conclusión: La distribución de las principales localizaciones del cáncer coincide con lo registrado a nivel nacional (Guía clínica CPAD, MINSAL), con mayor prevalencia de cáncer de vesícula, gástrico, próstata y mama. Se manejó el dolor en un 79.4%, similar a lo esperado en normas internacionales y chilenas (Cancer Surv 1988;7(1):196:208- Guía clínica CPAD, MINSAL). La mayoría de los pacientes usa opioides o derivados (85.3%), con alta aparición de constipación, que debiera ser prevista al iniciar uso de opioides, vómitos y mareos también fueron frecuentes, prurito, retención urinaria y depresión respiratoria fueron menos frecuentes que lo encontrado en la literatura (NEJM-358:2400-2402; Boletín Pontificia Universidad Católica, Vol 23 n°, 1994), en adultos mayores no se usaron distintas dosis, ni tuvieron más síntomas colaterales que el resto de los pacientes.

POLIFARMACIA Y COMPENSACION EN PROGRAMA CARDIOVASCULAR.

Daniel Díaz A., Sebastián Andreani, Francisco Peñaloza, Sofía Guerrero, Centro de Salud de Paihuano, Servicio de Salud Coquimbo.

Introducción: La cantidad de fármacos que día a día deben consumir nuestros pacientes para acercarse a las exigentes metas de compensación, hacen muy difícil la adherencia a las terapias

Objetivo: Analizar la cantidad de comprimidos diarios que debe consumir un paciente del PCV del Consultorio de Paihuano y la asociación con las metas de compensación para HTA y Dm tipo 2.

Material y método: Se revisaron 156 tarjetones del grupo citados, realizando un conteo de comprimidos diarios consumidos para 3 grupos: HTA, DM y otras patologías, verificando si estaban compensados según lo exigido por el PCV. Las dosis de Insulina se contaron como un comprimido más. Se descartaron los pacientes con menos de un año de terapia y los inasistentes por más de 6 meses.

Resultados: La distribución por sexo fue de 72% mujeres, 28% hombres; 7,2 años en tratamiento promedio; 6,1 comprimidos/día/paciente (DS 3,2). La compensación fue 76% DM, 66% HTA. Un 13% consume más de 10 comprimidos/día con una compensación de 66%DM y 47% HTA; 49% consume 3 o menos comprimidos diarios, con una compensación de 80% DM y 70,9% HTA (p < 0,05 para ambos). Los diabéticos no

compensados toman en promedio 2 comp/día más que los no compensados, mientras que un HTA compensado toma 1,4 comp/día menos que los No compensados. Además se observa que en el grupo de más de 10 años en tratamiento toman en promedio 7,14 comp/día y los de menos de 10 años un promedio de 5,76 comp/día ($p < 0,05$)

PATOLOGIAS DERMATOLÓGICAS ASOCIADAS A SOBRE EXPOSICIÓN SOLAR EN POBLACION ATACAMEÑA Y NO ATACAMEÑA DE LA COMUNA DE SAN PEDRO DE ATACAMA

Elsa Peralta Oros, M^a Jeannette Pizarro Rojas, Leoncio Muñoz Uslar, Francisco Espinosa Arcub, Consultorio General Rural San Pedro de Atacama

Objetivos: Realizar un perfil epidemiológico de patologías dermatológicas asociadas a sobre exposición solar en pacientes atacameños y no atacameños de nuestra comuna. Establecer relación entre etnia, localidad y lesiones por sobre exposición solar. Demostrar que las patologías dermatológicas más frecuentes en la consulta de atención primaria son aquellas asociadas a la sobre exposición solar, al contar con fácil acceso a diagnóstico por especialista en el área, para mejorar los planes de promoción y prevención respecto al cuidado de la piel.

Introducción: La comuna de San Pedro de Atacama se caracteriza por mantener los índices más elevados del país de radiación ultravioleta. Es sabido que estas radiaciones producen lesiones cutáneas a corto y largo plazo, además de acentuar algunas patologías. No existe información respecto a la incidencia de estas patologías en la comuna, que no solo cuenta con gran radiación solar, sino con desinformación y poco cuidado de la piel en sus habitantes.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo revisando 168 fichas clínicas de pacientes atendidos en consulta espontánea, por dermatólogos participantes de un trabajo social en diciembre del 2006, en las localidades de San Pedro de Atacama, Toconao, Talabre y Socaire, registrando diagnóstico, sexo, edad, localidad y etnia.

Resultados: De las 168 fichas revisadas el 45% corresponde a la localidad de San Pedro de Atacama, 15% de Talabre, 28% de Toconao y 12% de Socaire. Los pacientes tienen un rango de edad entre 0 y 72 años, el 75% corresponde a sexo femenino, el 82% del total de la muestra corresponde a pacientes atacameños.

El 55% de los pacientes presentan diagnósticos por sobre exposición solar, el 14% patologías acentuadas por ésta y sólo un 31% de patologías no asociadas. Por localidad las lesiones producidas por sobre exposición son un 49% en San Pedro de Atacama, 55,3% en Toconao, 64% en Talabre, 65% en Socaire. Respecto al componente étnico, el 62% de los atacameños presentan patologías causadas por radiación solar y los no atacameños sólo un 19,9% con un RR 3,1. De las patologías acentuadas un 11,59% en atacameños y 23,3% en no atacameños, con un RR de 0,49. Otras patologías un 26,08% y 56,6% respectivamente

Discusión: Se determinó que lejos las patologías más frecuentes en nuestros centros de salud rural de atención primaria, son las lesiones por sobre exposición solar, siendo estas tres veces más frecuentes en población atacameña que en las no atacameñas. Las lesiones acentuadas por el sol son más frecuentes en los pacientes no atacameños, siendo un factor protector el origen étnico. De acuerdo a los datos obtenidos se deben elaborar estrategias para educar, fundamentalmente a la población atacameña y prevenir el fotodaño.

EVALUACION CLINICA Y POR ECOGRAFIA DE LA ESTEATOSIS HEPATICA EN PACIENTES CON INTOLERANCIA LA GLUCOSA

Gonzalo Torres P., Marisol Valencia M., Alfredo Muñoz C. Médicos EDF Hospital de Molina S.S. Maule.

Objetivos: La esteatosis hepática (EH) se ha relacionado con múltiples desordenes metabólicos entre ellos la intolerancia a la glucosa, el objetivo principal del presente trabajo es determinar la EH en los pacientes con intolerancia a la glucosa de nuestra población así como desarrollar un índice ecográfico fácilmente reproducible para la objetivación de la EH.

Material y método: Se reclutaron a todos aquellos pacientes que en el examen preventivo de salud del adulto presentarán glicemias en ayunas entre 100 y 125 mg%, a todos se les sometió a exámenes de niveles lipídicos, pruebas de función hepática y ecografía abdominal, la cual fue realizada por un médico de atención primaria entrenado, se determinó la presencia de esteatosis por la apreciación ecográfica del hígado así como también se realizó la medición de las intensidades sonoras de la corteza renal y hepática, obteniéndose un índice de intensidad hepato-renal (IER).

Resultados: Se evaluaron un total de 74 pacientes, 50 pacientes del sexo femenino (74%), se encontró una alta prevalencia de EH del 65%(38), hubo una correlación significativa entre la puntuación del IER y la intensidad de la esteatosis observada ecográficamente, para los pacientes sin EH el IER promedio fue de 5,8, EH leve 24,2, EH moderada 44,3, EH severa 56,6 ($p < 0,0001$). Se observó un mayor nivel de colesterol total, LDL y triglicéridos en los pacientes con EH severa en relación a los con EH leve ($p < 0,05$) y menores niveles de HDL ($p < 0,05$), también se observó una elevación significativa del la GOT (18 vs 24 $p < 0,01$) así como un promedio inferior de protrombina (99% vs 93% $p < 0,01$), si bien el grupo con esteatosis tenía un promedio de peso, IMC y circunferencia de cintura mayor que el grupo con EH leve esta diferencia no fue significativa dado el alto promedio de obesidad de la muestra en general.

Conclusiones: La EH es una entidad muy frecuente en los pacientes con intolerancia a la glucosa, el índice hepato-renal es una forma fácil de objetivar los hallazgos ecográficos. Los pacientes con EH forman parte de un conglomerado de alteraciones metabólicas que incluyen alteración del metabolismo lipídico y de la función hepática.

OBSTRUCCIÓN Y SUBOCCLUSIÓN INTESTINAL, Y SU RELACIÓN CON ALTERACIONES ELECTROLÍTICAS AL INGRESO, HOSPITAL BASE LOS ANGELES

Hernan Oelckers J., Macarena Vorphal S., Camila Burgos S., Marcela Calbacho C., Hospital Base Los Angeles

Introducción: La obstrucción (OI) y suboclusión (SOI) intestinal son patologías frecuentes en los servicios de urgencia.

Objetivo: Analizar la etiología, días de evolución y alteraciones electrolíticas que presentaron al momento del diagnóstico los pacientes egresados con diagnóstico de OI y SOI del Hospital Base Los Ángeles (HBLA).

Material y método: Estudio de corte transversal descriptivo, donde se analizaron las fichas clínicas de todos los pacientes egresados con diagnóstico de OI y SOI, del Servicio de Cirugía del HBLA, durante el año 2005. Consignándose

etiología, días de evolución y valores electrolitos plasmáticos de sodio, potasio y cloro.

Resultados: Del total de pacientes (N=18), tanto las SOI como las OI por bridas corresponden al 33.33% (n:6) de las causas. Con respecto a los días de evolución, un 66.66%(n:12) presentaba molestias uno a dos días previo al diagnóstico. En relación a las alteraciones electrolíticas, al 16.66% (n:3) no se les realizó medición de electrolitos plasmáticos. De los pacientes con exámenes, 93.33% (n: 14) presentaban alteración de sodio, 40% (n: 9) del potasio y 40% (n: 9) del cloro.

Discusión: Las causas más frecuentes fueron la SOI y OI por bridas. La mayoría de los pacientes consultaron cuando llevaban uno a dos días de evolución y a un número importante de ellos no se les realizó medición de electrolitos plasmáticos. De los pacientes con exámenes de electrolitos, todos presentaron alteraciones. El sodio se encontraba alterado en la mayoría de los pacientes. En cambio; el potasio y el cloro fueron en mayor porcentaje normales.

EVALUACIÓN DE ECOGRAFIAS BILIARES EN HOSPITAL CLORINDA AVELLO DE SANTA JUANA

Fernando Casanueva L., Macarena Vorpbal S., Francisco Orellana R., Karin Müller C, Matias Prado D, Hospital de Santa Juana, Octava Región del Bio Bio, Chile

Introducción: El cáncer vesicular se presenta habitualmente asociado a enfermedad litiasica con diagnóstico tardío, con el peor pronóstico de todos los cánceres gastrointestinales y hepatobiliares. La presencia de coledocistitis es el principal factor de riesgo para cáncer vesicular por lo que está demostrado el beneficio de la colecistectomía preventiva. EL GES asegura ecotomografía diagnóstica en sintomáticos de 35 a 49 años, pero en nuestro hospital se realiza a todo paciente sin importar su edad.

Objetivos: Evaluar las ecografías biliares realizadas en el periodo de Agosto del 2006 hasta abril del 2008 en el Hospital Clorinda Avello de Santa Juana.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, donde se evaluaron las ecografías biliares realizadas a pacientes sintomáticos desde agosto del 2006 a abril del 2008. Se analizaron un total de 178 ecografías, evaluándose sus resultados según sexo, edad y cobertura del GES.

Resultados: Del total de 178 ecografías, un 79% se realizaron a mujeres y un 21% a hombres. De éstas 40 fueron positivas para patología biliar, correspondiendo un 88% mujeres y 12% hombres. Solo un 40% esta dentro del rango de edad cubierto por el GES y un 60% fuera

Conclusión: La patología biliar, como la coledocistitis es muy frecuente en nuestro país, siendo una patología de riesgo para cáncer de vesícula. Solo un 40% esta dentro del rango de edad cubierto por el GES y un 60% fuera. En nuestro hospital se realizan ecografías biliares a todo paciente sintomático sin categorizar por edad. Aquí destacamos la necesidad de ampliar este rango, debido que el mayor porcentaje se encuentra fuera del cubierto por el GES.

SINDROME METABÓLICO: CARACTERIZACIÓN DE CASOS SEGÚN CRITERIOS DIAGNÓSTICOS NCEP-ATP III, HOSPITAL DE SANTA JUANA

Macarena Vorpbal S., Fernando Casanueva L., Francisco Orellana R., Herman Oelcker J., Hospital Florinda Avello, Santa Juana

Introducción: El síndrome metabólico (SM) es una entidad compuesta por diversas alteraciones que confieren un aumento del riesgo cardiovascular y de Diabetes mellitus tipo 2 (DM-2) a largo plazo. El Nacional Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III) ha definido los componentes que deben estar presentes para realizar su diagnóstico.

Objetivos: Determinar la prevalencia y características diagnósticas del síndrome metabólico (SM) en la comuna de Santa Juana, según los criterios NCEP-ATP III.

Material y método: Se incluyeron todos los exámenes de medicina preventiva del adulto (EMPA) de mayores de 20 años, realizados durante el año 2007, en el Hospital de Santa Juana. Se diagnosticó SM en base a los criterios del NCEP-ATP III.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 244 EMPA. El SM estuvo presente en 13 casos (5,32%), de los cuales 11 fueron mujeres (84,61%). El rango de edad fue de 29 a 63 años. El antecedente de familiares de riesgo CV se encontró en 2 casos (15,38%) y 7 pacientes (53,84%) poseían algún familiar de primer grado con DM-2. En todos los pacientes se encontró un IMC elevado y una circunferencia de cintura anormal de acuerdo a los criterios empleados, clasificando a 10 pacientes en la categoría de obesos. Ningún paciente presentó hábito tabáquico y 5 casos (38,46%) presentaron cifras de presión arterial mayores de 130/85. La totalidad de los pacientes presentó de alguna forma alterado su perfil lipídico, y en ningún caso estuvo presente un HDL mayor a 60mg/dl como factor protector cardiovascular. En 7 casos (53,84%) se encontró alterada la glicemia de ayuna, confirmando un paciente con DM-2 y 2 con resistencia a la insulina.

Discusión: La prevalencia del SM encontrada en Santa Juana es más baja que la estimada por la NCEP, correspondiente al 23% de la población mayor de 20 años. Por otra parte, en la población estudiada hubo diferencia por sexo, a diferencia de lo que señala la NCEP.

PERFIL DEL USO DE CORTICOIDES INHALATORIOS EN EL CONSULTORIO ADOSADO HOSPITAL CURACAUTIN AÑOS 2005 A 2007.

Antonia Olivari L., María Paz Olbagaray F., Ángela Castillo M., Paula Bustos B., Edgardo Navarrete F., Médicos Interno, Hospital Dr. Oscar Hernández Escobar, Curacautín, Chile, Universidad de La Frontera.

Introducción y objetivos: En Chile las enfermedades respiratorias se mantienen como un severo problema de salud pública. Debido a esto, en el año 1999 se crean las Salas de Apoyo Respiratorio del Adulto (sala ERA) valorándose adecuadamente este tipo de patologías en cuanto a gravedad y magnitud, se incorporan además tanto asma como EPOC en el régimen de GES. En el consultorio adosado al Hospital de Curacautín se crea la Sala Era en el año 2006 lo que permite mantener a pacientes con estas patologías bajo un control estricto afinando así su diagnóstico, tratamiento y mejorando su calidad de vida. Este estudio pretende definir el perfil de uso de corticoides inhalatorios en pacientes en control en

sala ERA. Como objetivo específico se espera observar la disminución del uso de ellos en relación a la mejora en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes crónicos.

Material y método: Se incluyeron todos los pacientes en control en la sala ERA en el consultorio adosado al Hospital Rral de Curacautín. La evaluación se realizó mediante la revisión de estadística mensual de entrega de inhaladores, y del tarjetero de la sala. Se determinaron así los datos de uso de Beclolema y Budesonida de los años 2005, 2006 y 2007 analizándose estos en planilla Excel.

Resultados: Se analizaron los datos estadísticos de los años 2005 a 2007, determinándose que el año 2005 se entregaron 1708 corticoides inhalatorios, correspondiendo 41% a Budesonida y 59% a Beclometasona. En el año 2006, se entregaron 1223 correspondiendo 53% a Budesonida y 46% a Beclometasona y finalmente el año 2007 se entregaron 409 correspondiendo el 95% a Budesonida y el 5% a Beclometasona.

Discusión: Observamos claramente la disminución global del uso de corticoides inhalatorios durante los años evaluados. Siendo además particularmente importante el retroceso en el uso de Beclometasona específicamente entre los años 2006 y 2007. Vemos también que claramente se asocia a la creación de la Sala ERA el año 2006, lo que permite tener a los pacientes bajo control y realizar en ellos un diagnóstico adecuado ajustando así su tratamiento. Así hasta el año 2005 la mayoría de los pacientes eran diagnosticados como Limitación Crónica del Flujo Aéreo, a partir del año 2005 principalmente con espirometrías se han podido realizar diagnósticos de asma, EPOC y sus distintas etapas, además de otras patologías en control como secuelas de TBC. Esto a permitido ajustar el tratamiento según las normas clínicas y las guías GES, suprimiendo los corticoides inhalatorios en los casos no indicados y cambiando el uso de Beclolema por Budesonida.

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES EPOC EN CONTROL EN LA SALA ERA EN HOSPITAL CURACAUTIN

María Paz Olbagaray Idro¹, Ángela Castillo Martínez¹, Antonia Olivari Luengo¹, Edgardo Alexis Navarrete Fonseca². Médicos¹, Hospital Dr. Oscar Hernández Escobar, Curacautín, Región de La Araucanía, Chile. Interno Medicina, Universidad de La Frontera².

Introducción y objetivos: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un problema de salud pública, debido a su alta prevalencia y condición progresiva, con deterioro significativo de la calidad de vida y gran impacto económico en la persona y sistemas de salud. Nuestro objetivo es establecer una descripción sociodemográfica del total de pacientes EPOC en control en Sala ERA en un hospital tipo IV.

Material y método: Estudio descriptivo en base a información obtenida del total de fichas de pacientes EPOC inscritos en Sala ERA del Hospital Curacautín. Se analizaron variables como edad, sexo, exposición al tabaco y comorbilidad. Los resultados obtenidos fueron analizados estadísticamente en el programa Microsoft Excel versión Windows XP.

Resultados: De un total de 44 pacientes diagnosticados de EPOC, un 60,4% son hombres y un 39,6% mujeres, con un promedio de edad de 71,5 años para ambos sexos, siendo éste de 73 años para el sexo masculino y 65 años para el sexo femenino, fluctuando ambos entre los 53 y los 88 años. Un 69,7% de los pacientes tiene antecedente de exposición

significativa al humo del tabaco; de ellos, un 16% mantiene aún el hábito. Un 53% tiene como antecedente la exposición a otros humos y partículas, como fogón, trabajo en fábrica de carbón o en aserraderos. Con respecto a la comorbilidad, un 72% tiene además diagnóstico de hipertensión arterial crónica, un 32% sedentarismo, un 20,9% obesidad; diabetes mellitus en un 11,6%, insuficiencia cardiaca en un 16% y dislipidemia en un 11,6%. Del total de pacientes, un 70% ha sido diagnosticado con espirometría, y un 30% sólo por clínica, ya que no han podido realizar espirometría en forma adecuada.

Discusión: Los resultados confirman que el EPOC es una patología que afecta a pacientes añosos, con predominio en el sexo masculino. El gran factor de riesgo es el tabaquismo, lo que se correlaciona con los datos internacionales, sin embargo, en nuestra población encontramos además una estrecha relación con la exposición a otros humos como el fogón, lo que podría deberse al tipo de calefacción utilizado en nuestro medio. Además podemos constatar que la mayoría de los pacientes presentan comorbilidad, sobre todo del tipo cardiovascular, por lo que son considerados de alto riesgo, con polifarmacia y que significan un alto costo para el sistema de salud, por lo que nuestros esfuerzos deben ir enfocados en el uso óptimo de los recursos asignados para el manejo de este tipo de pacientes.

EXPERIENCIA DEL MANEJO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO C/SDST EN HOSPITAL TIPO 3 DE PUERTO NATALES

Ivian Blanco Brintrup, Paulina Folch Cardemil, Carolina Norero, Jimena Alvarado León. Hospital "Dr. Augusto Essmann Burgos" de Puerto Natales.

Introducción: El Hospital Dr. Augusto Essmann es el único centro hospitalario de la provincia de Última Esperanza. Está ubicado a 247 km. de Punta Arenas y atiende una población estimada de 18.192 habitantes. Contamos con una sala de cuidados intermedios, donde ingresan los pacientes críticos, incluídos los sd. coronarios, es manejada por médicos generales, consta de dos camas, un ventilador mecánico y un monitor multiparámetro.

Objetivos: Optimizar la atención de nuestros pacientes críticos con sd. coronario agudo y dar a conocer las condiciones de trabajo y las particularidades de los pacientes en un centro pequeño y aislado.

Material y método: Se registraron los datos de los pacientes ingresados a nuestra sala entre enero de 2006 y mayo de 2008. Los datos fueron recolectados en un protocolo tipo y analizados en una planilla Excel.

Resultados: Hubo un total de 169 pacientes ingresados a esta sala, 15 con SCA c/ SDST. De estos hubo 2 mujeres y 13 hombres, edad promedio 58,8 años (39- 72), la localización del dolor fue 100% retroesternal opresivo, de intensidad promedio en EVA 7,8 (3- 10), la mayoría inició dolor 2 horas antes de la consulta (66%), y durante el reposo (12), sin irradiación (13) y sin síntomas neurovegetativos (9). Sólo un paciente no presentaba HTA y la segunda comorbilidad asociada más frecuente fue el tabaquismo activo (5). Todos los pacientes eran sedentarios y un 66% llevaba un mal control de su patología cardiovascular de base. Fue más frecuente el IAM de pared anterior (9), seguido por el de pared inferior (6). Se realizó trombolisis al 100% de los pacientes, el 20% tuvo dolor anginoso post trombolisis, debiendo trasladarse al centro de referencia. El tiempo promedio de hospitalización

fue de 2 días, luego todo paciente fue trasladado al centro de referencia. Tres pacientes se complicaron con bradicardia, 2 requirieron marcapaso externo. No se registraron defunciones en nuestro servicio.

Comentarios: En Puerto Natales, el perfil del paciente que sufre IAM corresponde a hombre, mayor de 40 años, hipertenso, fumador activo y sedentario. El síntoma más constante fue el dolor precordial opresivo. Todas las consultas se realizaron dentro del tiempo recomendado para la aplicación de trombolisis, que se realizó sin complicaciones mayores. En función de los factores de riesgo pesquizados se debe hacer énfasis en la prevención y optimizar control de la hipertensión arterial, el cese del consumo de tabaco, promoviendo estilos de vida saludable a través de cambios en hábitos alimentarios y promoción de actividad física.

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES HIPERTENSOS EN CONTROL EN EL POLICLINICO CARDIOVASCULAR EN EL HOSPITAL AUGUSTO ESSMANN DE PUERTO NATALES

*Carlos Aravena Castro, Paulina Folch Cardemil, Jimena Alvarado León, Rolando Cocio Arcos.
Hospital "Dr. Augusto Essmann Burgos" de Puerto Natales.*

Introducción: La importancia de la hipertensión arterial como problema de salud pública radica en su rol causal de morbi-mortalidad cardiovascular. Su tasa de mortalidad en Chile fue de 16,9/100.000 habitantes en el 2003.

En Puerto Natales existe una población aproximada de 18.192 habitantes, de los cuales el 72.2% son atendidos en el hospital. Actualmente se atienden en el programa de salud cardiovascular 1.664 pacientes los cuales 1.566 son hipertensos.

Objetivo general: Determinar el perfil epidemiológico de los pacientes hipertensos, con el fin de mejorar la atención de nuestros pacientes e informar sobre nuestra realidad local como centro aislado.

Material y método: Se analizó el grupo de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, excluyendo a los pacientes portadores de diabetes mellitus y a los inasistentes a control en más de 1 año. Se trabajó con una muestra de 956 pacientes, teniendo como punto de término del estudio el 30 mayo de 2008. Se realizó el registro en una planilla virtual recopilándose los siguientes datos: edad, sexo, presión arterial, colesterol, estado nutricional, riesgo cardiovascular, tabaquismo y sedentarismo.

Resultados: Del total de pacientes 40,69% son mujeres y 59,31 son hombres, el promedio de edad fue de 65,5 años (21 - 96 años), de los cuales el 59,2% se encuentra entre los 61 y 80 años. El 59,2% se encuentra en etapa I. El 30,86% tiene sobrepeso, el 41% obesidad y el 10,25% obesidad mórbida. El 63,81% presenta un colesterol total >200 mg/dl. El 92,05% presenta sedentarismo y el 8,79% presenta tabaquismo activo.

El riesgo cardiovascular de los pacientes estudiados es: 1,78% medio, 81,49% alto y un 16,63% es máximo.

Conclusiones: La mayoría de los hipertensos son hombres y adultos mayores. La mayor parte se encuentra en etapa I, cifra similar a la realidad nacional. Es importante destacar el gran porcentaje de pacientes con sobrepeso y obesidad, esto podría explicarse a que la dieta de estos pacientes contiene una gran cantidad de cordero y carnes rojas, escasas frutas y verduras, principalmente por la calidad y el costo de estas en la Región de Magallanes. Es importante destacar que más del 80% de

los pacientes presenta un alto riesgo cardiovascular por lo que se nos presenta un gran desafío para disminuirlo, debido a las condiciones ambientales y de alimentación de la población de Puerto Natales.

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL PACIENTE POSTRADO SEVERO EN PUERTO NATALES

*Ivian Blanco Brintrup, Paulina Folch Cardemil, Daniela Cardemil Navarrete, Carlos Aravena Castro.
Hospital "Dr. Augusto Essmann Burgos" de Puerto Natales.*

Introducción: El Hospital Dr. Augusto Essmann B. es el único centro hospitalario de la provincia de Última Esperanza. Atiende una población estimada de 18.192 habitantes.

Objetivos: Optimizar la atención de pacientes postrados severos y dar a conocer las condiciones de trabajo y las particularidades de un centro pequeño y aislado.

Material y método: Se registraron las visitas domiciliarias y actividades realizadas por médico, enfermero y técnico paramédico del programa desde el inicio del éste en el año 2007. De los pacientes se analizó: sexo, edad, estado civil, causa de postración, comorbilidad, fallecimientos y su causa, y del cuidador: actividad, edad, tiempo de cuidador, nivel de educación y beneficios otorgados por el programa. Los datos fueron recolectados en un protocolo tipo y analizados en una planilla Excel.

Resultados: Se realizaron 40 visitas domiciliarias, 16 cumplieron criterios de ingreso al programa (según el índice de Katz), hubo 7 hombres, 9 mujeres, la edad promedio fue de 64 años (29- 106), 1 soltero, 7 casados y 8 viudos. La principal causa de postración fue la senilidad (10), seguida por los traumatismos medulares (3) y parálisis cerebral (3). La comorbilidad principal fue la cardiovascular (10). Ningún paciente presentó úlceras de decúbito. Hubo un 50% de fallecimientos, la mayoría correspondió a descompensación de sus patologías concomitantes (5). Un 50% de los cuidadores son dueñas de casa, la mayoría familiares cercanos, con edad promedio de 50 años (20- 77) y sólo dos son varones. El promedio de tiempo que llevan como cuidadores son 7 años (5- 29) y sólo 2 no viven junto al paciente. La mayoría ha cursado enseñanza básica completa (9), pero ninguno posee estudios superiores. Todos reciben un estipendio municipal de \$20.000 mensuales, 30 pañales al mes, visitas multidisciplinarias (odontólogo, enfermero, técnico paramédico, psicólogo, nutricionista, kinesiólogo, asistente social y médico general), clases de educación y autocuidado.

Comentarios: El número real de pacientes postrados es mucho mayor que nuestra cobertura actual. El perfil del paciente atendido es mujer adulto mayor y viuda. El de sus cuidadores es mujer dueña de casa de unos 50 años de edad. Todos llevan largos años al cuidado de enfermos por lo que se debe enfatizar en su autocuidado. La asistencia profesional hacia los pacientes es mucho mayor que las exigencias mínimas establecidas a nivel nacional ministerial, sin embargo el apoyo monetario y de insumos se debe mejorar. Además debemos considerar un constante mejoramiento del programa debido al alto recambio de pacientes en éste y al envejecimiento de la población lo cual exigirá cada vez más apoyo a estos grupos poblacionales.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON TBC PULMONAR EN PUERTO NATALES ENTRE 2004 - 2007

Oyarzún P. Jorge, Folch C. Paulina, Cocío A. Rolando,
Alvarado L. Jimena
Hospital Puerto Natales, Región de Magallanes.

Introducción y Objetivos: Considerando la alta tasa de prevalencia e incidencia de TBC pulmonar en la región de Magallanes, una de las más alta del país, se investigó el perfil epidemiológico de los pacientes del Hospital de Puerto Natales, centro de referencia de la comuna de Última Esperanza y determinar que variables afectan o contribuyen a la aún preocupante persistencia y aumento de esta enfermedad.

Material y método: Es un estudio comparativo durante 4 años (2004 - 2007) de pacientes diagnosticados con TBC pulmonar en la comuna de Última Esperanza donde se revisaron las fichas clínicas y sus respectivas tarjetas de control y tratamiento. Se les realiza una encuesta de factores de riesgo debidamente estandarizada y reproducible para todos los pacientes que incluye alfabetismo, nivel educacional, nutrición, actividad laboral, tipo de vivienda, residencia, factores de riesgo y presencia o ausencia de vacunación BCG. Se excluyen los pacientes portadores de TBC miliar y extrapulmonar.

Resultados: Existen 25 pacientes con TBC pulmonar diagnosticados. 12 (48%) hombres y 13 (52%) mujeres. Del total (12 - 82 años), 19 (76%) tienen entre 15 y 64 años. 5 (20%) tienen sobre 64 años y 1 paciente (4%) de 12 años. Solo 2 pacientes (8%) son analfabetos y 21 (84%) poseen estudios desde básico a superior. Dentro de la evaluación nutricional, 13 pacientes (52%) tienen IMC considerado normal, 9 pacientes (36%) están en rango de sobrepeso y obesidad. El resto son enflaquecidos. Dentro de las actividades que realizan los pacientes un 32% (8) son dueñas de casa, 24% (6) son cesantes, 20% (5) son trabajadores, 16% (4) son estudiantes y un 8% (2) son jubilados. La mayoría de los pacientes, 22 (88%) viven en casa propia o arrendada con los servicios básicos completos y no en estado de hacinamiento. El resto viven en una mediagua o en la calle. El 100% (25) de los pacientes vive en la ciudad de Puerto Natales. Ninguno en alta ruralidad. Más de la mitad de los pacientes (56%) tiene algún factor de riesgo tales como movilidad concomitante, antecedentes de TBC tratada o contacto. 21 pacientes (84%) tienen antecedente de vacunación (BCG), el resto no tiene o no sabe.

Discusión o Comentarios: La TBC pulmonar es una enfermedad que se creía en etapa de eliminación pero a la luz de los resultados obtenidos nos podemos dar cuenta que aún estamos muy lejos de ello. No tiene distinción de sexo, escolaridad, rango nutricional, tipo de vivienda o actividad diaria esto contrario a la cátedra que decía que esta patología estaba ligada a la pobreza, hacinamiento y ruralidad. Ahora bien, hay que considerar que los pacientes que tienen antecedentes mórbidos o que son contactos de otros pacientes portadores de TBC pulmonar siempre hay que estudiarlos aunque no tengan sintomatología respiratoria, punto muy importante ya que requiere un alto grado de sospecha diagnóstica sobretodo en esta región.

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS TRASPLANTADOS RENALES MAGALLANICOS Y COMPARACION CON LA REALIDAD NACIONAL

Folch Cardemil Paulina, Carlos Alcayaga Palazón, Hugo Folch
Cardemil, Daniela Cardemil Navarrete.
Hospital Regional de Punta Arenas "Dr. Lautaro Navarro Avaria."

Introducción: En Chile se han realizado hasta diciembre de 2007, 6355 trasplantes de órganos, de los cuales el 85.1% corresponde a trasplantes renales; El primero de éstos fue realizado en 1966 y correspondió a riñón de donante cadáver; dos años más tarde se trasplantó el primer riñón de donante vivo en nuestro país. El total de pacientes magallánicos trasplantados renales es de 49 (dos retrasplantados), desde 1978 hasta 2008.

Objetivos: Analizar los casos de todos los trasplantados renales magallánicos y compararlos con cifras nacionales.

Material y métodos: Se estudiaron todos los casos de pacientes magallánicos trasplantados renales desde 1978 hasta mayo de 2008, mediante análisis retrospectivo de fichas clínicas y base de datos de la Unidad de Diálisis del Hospital base de Punta Arenas. Se analizó sexo, tipo de donante, rechazo y supervivencia. Se compararon los resultados obtenidos con los datos nacionales.

Resultados: De un universo de 51 trasplantes en la XII Región, el 62,7% corresponde a hombres y el 37,2% a mujeres. Sobreviven actualmente el 71,4% observándose una mortalidad del 28,5%. El tipo de donante fue en el 49,1% de los casos cadáver y en el 50,9% donante vivo. Del subgrupo de trasplantados renales con donante cadáver sobrevive el 72%. Del subgrupo donante vivo, el 73,1%. De los 51 trasplantes 60,7% no presentó rechazo. De los pacientes con rechazo, sobrevive el 40%. Un 4% de los pacientes (2) fueron retrasplantados.

Comentarios: A nivel nacional el 67% de todos los trasplantes renales corresponden a donante cadáver y el 33% a donante vivo, mientras que las cifras a nivel regional equivalen al 49% y 50,9% respectivamente. El porcentaje nacional de fracaso en trasplantados renales es de 35% v/s un 39,2% regional, mientras que el de pacientes que mantienen función renal es de 57% y 60,8% respectivamente. El porcentaje de retrasplantados es de 4,6% a nivel nacional v/s 4% regional. Hemos detectado que los márgenes que separan a los trasplantados magallánicos respecto a los porcentajes nacionales son bastante estrechos y concuerdan con la realidad chilena. Aún así existe un 4% más de fracaso a nivel regional y la homogeneidad del tipo de donante.

PERFIL DEL PACIENTE QUE FALLECE HOSPITALIZADO DEL PROGRAMA ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL DE PUERTO NATALES.

Cardemil Navarrete Daniela, Paulina Folch Cardemil, Ivian Blanco
Brintrup, Paulo Carrasco García.
Hospital "Dr. Augusto Essmann Burgos" de Puerto Natales.

Introducción: El programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos por cáncer funciona desde el año 2000 en el Hospital de Puerto Natales. Históricamente las muertes intrahospitalarias han correspondido a un 29%. Es esperable que esta cifra sea menor y que la mayor parte de los pacientes fallezcan en su domicilio en un ambiente familiar.

Objetivos: Detectar las causas por las cuales los pacientes con cáncer terminal fallecen en el hospital. Proponer estrategias para disminuir la proporción de pacientes fallecidos en el hospital v/s su domicilio.

Material y método: Se analizaron los casos de pacientes pertenecientes al programa alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer fallecidos en el hospital entre enero de 2005 y abril de 2008. Analizando sexo, edad, localización del cáncer, intensidad del dolor (cuantificada mediante la Escala Visual Análoga o EVA), causa de ingreso al hospital previo a la muerte y apoyo familiar

Resultados: El total de fallecidos en el periodo analizado fue de 84 pacientes, 59 (70%) fallecieron en su domicilio y 25 (30%) en el hospital. De los fallecidos en el hospital el 64% son de sexo masculino, con un promedio de edad de 68,3 años (39-89). Los diagnósticos más frecuentes fueron cáncer gástrico con 6 casos, vesícula biliar y cérvico-uterino 3 casos cada uno. El EVA de egreso promedio fue de 0,35 en pacientes fallecidos en el hospital v/s un EVA de 0,31 en pacientes fallecidos en domicilio. No se registró la causa de ingreso al hospital en 8 pacientes, 3 pacientes ingresaron por disnea y requerimientos de oxígeno, ingresaron 5 pacientes por dolor de difícil manejo, de los cuales 3 requirieron una técnica de anestesia para el alivio del dolor, 3 pacientes ingresaron por patologías concomitantes, neumonía (2), insuficiencia renal aguda (1). 7 pacientes estuvieron largo tiempo hospitalizados por no tener apoyo familiar.

Comentarios: La alta tasa de hospitalización en pacientes con cáncer terminal es mayor a lo esperado, La principal causa de éste fenómeno fue la falta de red social para los cuidados paliativos de éstos pacientes. Otro factor importante corresponde al dolor de difícil manejo, sin embargo los EVA de egresos son cercanos a 0 y no existen diferencias en el EVA de egreso de pacientes fallecidos en el hospital v/s en su domicilio. Por lo que muchos de éstos pacientes podrían haber sido manejados en el hogar con la asistencia del equipo de salud. Se sugiere implementar un programa de capacitación a familiares en cuidados paliativos y dotar de recurso humano actualmente insuficiente para la educación y asistencia permanente, disminuyendo las hospitalizaciones innecesarias.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACION DE MINEROS DE PUNITAQUI.

Guerrero Bonnet Sofía, Francisco Peñaloza Lecaros, Daniel Díaz Ávila, ces Punitaqui, ces paiguano

Introducción: Como ya es sabido, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en nuestro país y el mundo. Es por ello que resulta fundamental el estudio y prevención de estas enfermedades, así como la pesquisa oportuna de sus factores de riesgo. Una forma de realizar esto último es la aplicación del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA).

El presente trabajo de investigación pretende pesquisar estos factores de riesgo en una población de la comuna de Punitaqui, que no suele consultar en nuestro centro de salud, debido principalmente a su sistema de trabajo, nos referimos a los trabajadores de una empresa minera.

Objetivo: conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en trabajadores mineros de la comuna de Punitaqui.

Material y método: Este es un estudio transversal y descriptivo, que se realizó en un universo de 254 personas

de ambos sexos, trabajadores de una empresa minera de Punitaqui, a los que se aplicó la pauta de evaluación EMPA, entre los meses Abril a Julio de 2007.

Resultados: El promedio de edad es de 36,2 años. La mayoría de la población estudiada se encuentra entre los 25 y 44 años. Más del 90% de la población estudiada corresponde a hombres. La D.M. tiene mayor prevalencia en personas de 45 años y más. Un 38% de la población estudiada presentó rangos de presión arterial sobre 130/85, la mayoría de estos tiene entre 40 y 50 años. Casi la mitad de los encuestados presentaba hábito tabáquico. Un 54% de la población tiene malnutrición por exceso. Un tercio de la población estudiada tiene dislipidemia.

Conclusiones y discusiones: La mayoría de la población estudiada se encuentra entre los 25 y 44 años de edad, y corresponde a hombres, esto debido a que se trata de mineros (trabajo tradicionalmente realizado por varones). No hubo adultos mayores en la población estudiada. Un 2.36% de la población total se encontró con DM. En el grupo etáreo de 25 a 44 años fue de un 0,6% (un paciente), esta cifra fue mayor a lo esperado según la Encuesta Nacional de Salud 2003 (0,1%). En el grupo entre 45 a 65 años el resultado fue de 8,3% de pacientes diabéticos, lo que es menor al 9,4% de la Encuesta Nacional de Salud. No se encontraron pacientes diabéticos menores de 25 años. Se encontró un 38% de los estudiados con rangos de presión arterial elevados, porcentaje significativamente mayor al esperado según es estudio del Dr. Eduardo Fasce de 2004 en la región del Bio Bio, que muestra una prevalencia de HTA de 15,7% en menores de 65 años. En relación al estado nutricional de la población estudiada se encontró un 54% con mal nutrición por exceso a su vez el porcentaje de obesos correspondió al 19%, cercano al 22% encontrado en la Encuesta Nacional de Salud. El tabaquismo se encontró en un 44% de la población estudiada, muy similar al 42% de población fumadora entregada por la Encuesta Nacional de Salud 2003. Según esta misma encuesta el porcentaje esperable de hipercolesterolemia era de 35%, cifra idéntica a la encontrada en nuestro estudio. Dada la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población, podemos concluir la importancia del EMPA como herramienta de pesquisa de dichos factores.

PERFIL DE APEGO SEGÚN APLICACIÓN DE PAUTA DE MASSIE CAMPBELL EN MENORES DE UN AÑO CON MADRES ATACAMEÑAS Y NO ATACAMEÑAS DE LA COMUNA DE SAN PEDRO DE ATACAMA.

Peralta Oros Elsa, M^a Jeannette Pizarro Rojas, Leoncio Muñoz Uslar, Francisca Espinosa Arcub, M^a Alejandra Villavicencio, Lorena Cruz Chinchilla, Consultorio General Rural San Pedro de Atacama.

Objetivos: Realizar un perfil epidemiológico de los tipos de apego en madres atacameñas y no atacameñas de niños y niñas menores de un año, que asisten al Consultorio General Rural de San Pedro de Atacama, sus postas y estaciones médico rurales del interior. Establecer relación entre etnia, edades maternas y número de hijos. Realizar el levantamiento de información para conocer y fortalecer las intervenciones en los pacientes de riesgo y contribuir al desarrollo integral de la primera infancia en nuestros niños y niñas de la comuna

Introducción: Se reconoce que la infancia temprana, es el periodo que se sientan las bases de todo el desarrollo humano posterior, una relación vincular segura entre madre e hijo, protegerá a este último del maltrato, la negligencia y se

correlaciona con un mejor nivel de salud mental a lo largo del ciclo vital. El conocer los tipos de apego de nuestra población facilita una oportuna y eficiente intervención.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo aplicando la pauta de Massie_Campbell, previa capacitación de los profesionales, a niños y niñas menores de una año, excluyendo a neonatos, que asisten a controles de salud durante el mes de mayo de 2008, registrando tipo de apego, etnia materna, edad del paciente y de la madre, número de hijos y localidad. El total de pautas aplicadas fue de 44 de un universo comunal de 112 (INE).

Resultados: El 55% presentó apego seguro, 18% seguro con tendencia indiferente, 11% seguro con tendencia ambivalente, 16% inseguro y 0% desorganizado. El 73% de las madres eran atacameñas, de ellas el 59, 37% presenta apego seguro a diferencia de un 41% en madres no atacameñas. Sólo un 9,37% de las madres atacameñas presento apego inseguro a diferencia de un 33.3% en la no atacameñas, con un RR de 0,272. El 95% de las madres tiene entre 1 y 3 hijos. El 57% de los apegos inseguros corresponden a primogénitos, 28% a madres con 2 hijos y el 15% a madres con 3 hijos, con un RR de 1,23 para madres de un solo hijo. No encontramos apegos inseguros en madres de más de 4 hijos. Madres adolescentes presentan un 25% de apego inseguro y madres sobre 40 años 0%.

Discusión: Del total de la muestra existe un alto porcentaje de apegos seguros y seguros con alguna tendencia, los cuales son más frecuentes en madres atacameñas que las no atacameñas, siendo el origen étnico un factor protector para el desarrollo de apegos inseguros. Las madres que presentan mayor número de apegos inseguros son aquellas no atacameñas. Las madres adolescentes y madres añosas muestran una tendencia al apego seguro.

Existe un leve riesgo de desarrollar apegos inseguros en aquellas madres con su primer hijo. A mayor número de hijos, mayor porcentaje de apegos seguros.

ENFERMEDADES ASOCIADAS AL EMBARAZO CON OBESIDAD EN PACIENTES DEL CONSULTORIO MATERNAL DEL HOSPITAL LA CALERA

Imarai B. César, Liliana Ramos R, Paulette Andino S, Claudia Lavados S, Hospital Mario Sánchez Vergara, La Calera

Introducción: En Chile ha habido un importante aumento en la prevalencia de obesidad. El cambio ha sido especialmente significativo en mujeres embarazadas, donde la prevalencia de obesidad ha aumentado de 13 a 32% en solo 15 años. Si se considera el sobrepeso, más de la mitad de las embarazadas chilenas controladas en el sistema público de salud estarían expuestas a un riesgo mayor durante la gestación por este factor. Las complicaciones obstétricas en la paciente obesa se inician desde el diagnóstico del embarazo, la ganancia de peso exagerada dará lugar a complicaciones como la diabetes gestacional, SHE, infecciones urinarias, flebitis, trombosis, etc. En el parto se observan partos prolongados, aumento de las cesáreas, problemas en la aplicación de la anestesia. En el post parto existe riesgo principalmente de complicaciones pulmonares que serán frecuentes entre mayor sea el grado de obesidad.

Objetivos: Poder determinar la prevalencia de enfermedades asociadas al embarazo cuando este se presenta con obesidad en comparación a embarazos con peso normal en el control prenatal.

Material y método: Estudio de tipo descriptivo y retrospectivo, la muestra se tomó revisando las cartolas de control de embarazadas y obesas controladas en el consultorio maternal del Hospital de La Calera en el periodo comprendido entre marzo y noviembre de 2007 (n=38), se tomó un grupo control del mismo periodo de embarazos normales (n=30).

Resultados; la edad entre los grupos es similar fluctuando entre 16 y 35 años; en cuanto al incremento de peso en el grupo control se observa un aumento de 43% entre 6 y 10 kg, 43% entre 11 y 15kg, un 11% entre 16 y 20Kg, no se observaron casos con aumento mayor a 20 kg, y en el grupo de embarazos obesas presentaron un incremento de peso de 26% entre 6 y 10kg, 42% entre los 11 y 15 Kg, 13% entre 16 y 20 Kg y 11% mayor a 20Kg;. En el grupo control se observó una menor incidencia de enfermedades asociadas, 63% (19 de 30) contra un 81% de pacientes con enfermedades asociadas en el grupo estudiado (31 de 38), con un riesgo relativo de 1,288 95%IC (1,175;1,39). El grupo control presentó un 3% de SHE, 30% de infecciones urogenitales, 7% de anemia, 20% de tabaquismo, mientras que en el grupo estudiado se observó un 29% de SHE, 2% de diabetes gestacional, 42% de infecciones urogenitales, 24% de cesáreas anteriores y 18% de tabaquismo

Discusión: En nuestros resultados resaltan la diferencia en el incremento de peso que tienen las embarazadas con un peso normal en el embarazo versus el del grupo estudiado, dando en este último una tendencia a tener un mayor incremento durante el embarazo. En cuanto al las enfermedades asociadas, se aprecia una mayor cantidad de enfermedades asociadas tales como SHE, diabetes gestacional, mayor número de cesáreas anteriores, como está relatado en la literatura y estudios que hemos encontrado. También destaca la cantidad de infecciones urogenitales encontrados, mayoritariamente vulvovaginitis y en menor cuantía ITU, que es ligeramente mayor en el grupo estudiado.

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES INGRESADAS A CONTROL PRENATAL EN HOSPITAL SANTA JUANA DESDE 1996 A 2007

Orellana R. Francisco, Fernanda Casanueva L, Grace Hasler S, Macarena Vorpbal S, Karin Müller Campos, Hospital de Santa Juana

El control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Todo embarazo implica algún riesgo de complicaciones o de muerte, a la madre, a su hijo o a ambos, por lo tanto es importante conocer las características propias de las pacientes en cada establecimiento en particular.

Objetivos: Caracterizar a las pacientes ingresadas a control prenatal en Hospital Santa Juana entre Enero 1996 y Diciembre 2007, en relación a número de pacientes ingresadas, edad, estado nutricional, paridad y edad gestacional.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con un total de 1665 pacientes ingresadas entre Enero 1996 y Diciembre de 2007. Se revisó el libro de registro del programa de Control Prenatal considerando las siguientes variables: edad, estado nutricional, gestaciones y edad gestacional al ingreso. Se llevaron los datos a tabla Excel se relacionaron y graficaron para observar sus características.

Resultados: se observó que el promedio de ingresos fue de 138,75. El 0,66% tenía menos de 15 años, el 22,82% entre 15 y 19 años; el 22,82% tenían entre 20 y 24 años; el 24,26% entre

25 y 29 años; el 17,59% entre 30 y 34 años; el 9,12% tenían entre 35 y 39 años y 45 pacientes (2,70%) tenían 40 o más. 182 (10,93%) se encontraban bajo peso, 568 (34,11%) estaban normales, 386 (23,18%) con sobrepeso y 529 (31,77%) estaban obesas. Primigestas (G1) 658 (39,51%); pacientes G2 469 (28,16%); pacientes G3 288 (17,29%); pacientes G4 131 (7,86%), y pacientes G5 o más 119 (7,14%). 11 (0,66%) tenían menos de 5 semanas; 811 (48,70%) entre 5 y 10 semanas; 368 (22,10%) entre 11 y 15 semanas; 454 (27,26%) tenían más de 15 semanas y 21 (1,26%) correspondieron a pacientes con edad gestacional dudosa (EGD)

Conclusiones: Si bien, el número de pacientes ingresada por años, se mantiene estable, hay una discreta baja a partir de 1999. Esto es concordante con los datos del INE en el sentido de que la tasa de natalidad a nivel nacional ha disminuido, siendo de 19,3 por mil hab. en 1996 y la última estimada de 15,6 en el año 2003. El mayor número de pacientes que ingresó al programa estaban en el grupo de 25-29 años, y las que menos ingresaron eran del grupo de menores de 15 años. Según MINSAL, en el año 2004, en Chile las embarazadas con estado nutricional normal superaban estrechamente a las obesas, seguido de las con sobrepeso y bajo peso, lo cual es concordante con nuestro estudio. Las primigestas fueron el grupo que más frecuentemente ingresó a control prenatal, seguidos de las G2 y G3. Las G5 fueron el grupo que menos ingresaron seguidos de las G4. En relación a la edad gestacional al ingreso, la mayoría tenía entre 5 y 10 semanas de gestación, siendo los menores de 5 semanas y EGD los que menos ingresaron al programa. Estos resultados permiten generar estrategias más apropiadas sobretodo en el área preventiva.

EXPERIENCIA EN EL USO DE OXIDO NITROSO COMO ANALGESIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE CURACAUTIN

Olhagaray Idro María Paz, Ángela Castillo Martínez, Antonia Olivari Luengo, Edgardo Navarrete Fonseca, Hospital Dr. Oscar Hernández Escobar, Curacautin.

Introducción y objetivos: El manejo del dolor es un aspecto fundamental de la actividad del equipo de salud encargado del apoyo y asistencia profesional de una madre en trabajo de parto y parto. Este manejo es una garantía explícita en salud desde el año 2007, por lo cual los hospitales tipo IV, al no contar con anestésista para administrar anestesia peridural, fueron dotados por balones de mezcla de óxido nítrico al 50% para analgesia inhalatoria. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia del uso del óxido nítrico durante el trabajo de parto en nuestro hospital.

Material y método: A partir del 1 de enero del 2008 se comenzó a utilizar el óxido nítrico, registrándose en una planilla los datos de las pacientes y la evaluación subjetiva del dolor que ellas referían a través de la Escala Visual Análoga (EVA). Se analizaron los datos desde enero a mayo del 2008. El dolor se evaluó al inicio del trabajo de parto en fase activa y luego de 10 minutos de inhalación de óxido nítrico. Se evaluaron las variables de paridad, edad, EVA a los 0 y 10 minutos. Los resultados obtenidos fueron analizados estadísticamente en el programa Microsoft Excel versión Windows XP.

Resultados: Se atendieron un total 17 partos de los cuales 14 recibieron analgesia con óxido nítrico, con un promedio de edad materna de 26 años. Un 23% de las pacientes eran primigestas, el promedio del EVA inicial en todas las pacientes

fue de 7, y a los diez minutos, de 4, con una reducción del 43%. En las primigestas el promedio del EVA al tiempo cero fue de 8, y a los diez minutos, de 3, con una disminución del 62,5%. En las multíparas, el promedio de la evaluación del dolor al tiempo cero fue de 6 y a los diez minutos, 4, con una disminución del 33,3%.

Discusión: Todas las pacientes que recibieron analgesia, experimentaron una disminución en la percepción del dolor. El EVA inicial en las primigestas fue mayor que en las multíparas y su disminución en la percepción del dolor también fue mayor, lo que podría explicarse por la gran ansiedad y temor ante la nueva experiencia que significa el primer parto y al saber que están recibiendo analgesia disminuye su stress psicológico. Las multíparas, en cambio, saben lo que es parir con dolor y están más preparadas psicológicamente al momento del trabajo de parto. De acuerdo a los resultados de nuestra revisión, consideramos positivo el uso de analgesia durante el trabajo de parto con óxido nítrico, ya que, tanto las multíparas como primigestas experimentaron una disminución del dolor.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL TIPO 3. EXPERIENCIA DE 3 AÑOS EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE BUIN (2005-2007)

Contesse A. Francisco, Muñoz B. Camila, Galdames C. Daniel, Espinoza A. Francisco, Quilodrán P. Javier, Pesce Giglio, González R. Luis., Servicio de Medicina Hospital San Luis de Buin

Introducción y objetivos: El Hospital San Luis de Buin (HSLB) es un establecimiento tipo 3 con un nicho poblacional en las comunas de Buin y Paine (Censo 2002: 113.447 habitantes). El HSLB cumple un rol importante como establecimiento de salud intermedio entre la atención primaria de salud (APS) y el centro terciario de salud (Complejo Asistencial Barros Luco -CABL-). Dentro de las herramientas diagnósticas con que cuenta, el HSLB posee un video endoscopio, con fines principalmente diagnósticos, dada la alta incidencia de patología digestiva en la población. El objetivo de este trabajo es revisar los aspectos clínicos-epidemiológicos de las endoscopías digestivas altas (EDA) realizadas en un período de 3 años (2005-2007), para conocer la realidad local y comparar los hallazgos con los datos nacionales e internacionales disponibles.

Material y método: Se revisaron los datos de las EDA realizadas durante los años ya descritos, registrándose el número total de procedimientos, el sexo y edad de los pacientes, el lugar y diagnóstico de derivación, los diagnósticos endoscópicos, las complicaciones del procedimiento y en algunos casos, se registró el resultado del estudio histológico (biopsia). Además, se incluyeron datos de pacientes en quienes se realizó algún procedimiento terapéutico (inyección de péptica).

Resultados: Durante el período registrado entre enero de 2005 a diciembre de 2007 se realizaron 1969 procedimientos, con un incremento anual sostenido (2005: 553, 2006: 654, 2007: 762). Al diferenciar por sexo, las pacientes mujeres fueron 1288 (65,4%) y los hombres fueron 681 (34,6%). La edad promedio de los pacientes sometidos a EDA fue de 50 años, con un rango de edad entre los 12 y 98 años. Los diagnósticos de derivación más frecuentes fueron: síndrome ulceroso (28,4%), hemorragia digestiva alta (8,8%) y reflujo gastroesofágico (7,6%). Los hallazgos endoscópicos más frecuentes en ambos sexos fueron: gastritis crónica plana-

erosiva (GCPE) (39,3%), esofagitis erosiva (14,6%) y gastritis aguda (13,7%). En el sexo femenino, los diagnósticos endoscópicos más frecuentes fueron los ya descritos, en un porcentaje de 39,4%, 13,2% y 12,25%, respectivamente; en el sexo masculino se mantuvieron los mismos diagnósticos, con un porcentaje de 36,6%, 10,3% y 9,8%, respectivamente. La EDA normal se pesquisó en un 19%.

Discusión: La patología digestiva es un motivo de consulta muy frecuente en APS y la EDA es una herramienta diagnóstica cada vez más extendida en la práctica clínica. Los hallazgos descritos en este trabajo evidencian la realidad local, esto es el alto porcentaje de mujeres y un joven promedio de edad. El diagnóstico endoscópico más frecuente (GCPE) es una patología digestiva crónica, de difícil manejo y policonsulta.

RETINOPATÍA EN PACIENTES EN CONTROL CARDIOVASCULAR

Ramos Liliana, César Imarai; Paulette Andino, Hospital de La Calera

Introducción: Retinopatía diabética; El tipo más frecuente de retinopatía se relaciona con la diabetes.

En función del crecimiento de los vasos sanguíneos anómalos en la retina, este tipo se clasifica en retinopatía proliferativa o no proliferativa. La no proliferativa es mucho más frecuente y no suele requerir tratamiento. En la retinopatía proliferativa, empiezan a crecer vasos sanguíneos anómalos. Retinopatía hipertensiva; la hipertensión y las enfermedades vasculares pueden perjudicar a los pequeños vasos sanguíneos de la retina. Por consiguiente, esta enfermedad puede ser un indicador de una lesión vascular en cualquier parte del cuerpo. La prevención de la retinopatía empieza por un diagnóstico y un tratamiento precoces de las enfermedades que la provocan. Para personas con diabetes, con la finalidad de prevenirla, son esenciales un control apropiado de la concentración de glucosa sanguínea, un buen control de la hipertensión y exámenes oculares a intervalos regulares. El control adecuado de la presión arterial es decisivo para todo hipertenso.

Objetivos: evaluar factores de riesgo en nuestra población para el desarrollo de retinopatía diabética y/o hipertensiva, y la asociación con cataratas.

Material y método: se tomó una muestra aleatoria de 101 cartolas de pacientes en control cardiovascular en nuestro establecimiento con un examen de fondo de ojo con menos de 1 año de vigencia, evaluándose comorbilidad entre DM2 e HTA, etapa de HTA, control metabólico con HbA1c, asociación con dislipidemia, edad, sexo, IMC.

Resultados: HbA1c; menor a 7 un 29%, entre 7 y 9 un 46%, mayor a 9 un 25% de lo cual se asoció retinopatía diabética en un 8% en pacientes con HbA1c menor a 7, entre 7 y 9 un 23% y mayor a 9 un 69%; fondo de ojo normal en 36% de los controles con HbA1c menor a 7, 31% con HbA1c entre 7 y 8, 21% con HbA1c entre 8 y 9, 7% de los con HbA1c entre 9 y 10, 5% con HbA1c mayor a 10; solo HTA en un 63%; con un 72% de los pacientes en HTA etapa 1, 24% en etapa 2 y 4% en etapa 3; se asoció dislipidemia en un 42%; y un resultado de fondo de ojo normal en un 60% de los examinados, 12% con cataratas, 7% con RTP DM2 leve, 4% con RTP DM2 moderada, y un 1% con RTP proliferativa, además de 4% con RTP HTA leve, 11% con RTP HTA moderada.

Discusión: La importancia del examen de Fondo de Ojo radica en la posibilidad que brinda de conocer el estado de la circulación sistémica. Según las normas ministeriales para el programa cardiovascular solo se sugiere un examen anual a

los pacientes diabéticos, excluyendo en este caso a los que solo presentan HTA a pesar que observamos en nuestros resultados que un 15% de los pacientes presentan un tipo de RTP HTA. En cuanto a la relación de control metabólico según parámetros de HbA1c se observa una relación proporcional de aumento de la retinopatía a mayor índice de este.

"PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA POBLACIÓN ENTRE 15 Y 64 AÑOS CONSULTANTE EN EL HOSPITAL DE FRUTILLAR"

Costa T. Marcelo., Cristian Isamit F., Luis Álvarez M., Eliana Miranda R., José Luis Cuevas S., Claudia Días C. Programa de Salud Cardiovascular, Hospital de Frutillar. Facultad de medicina, Universidad San Sebastián.

Introducción: El examen médico preventivo (EMP) es un sistema de evaluación periódica del estado de salud de la población, destinado principalmente a la pesquisa de factores de riesgo cardiovascular, ya que esta es la principal causa de muerte en ambos sexos, explicando una de cada 3 defunciones. Estudios epidemiológicos han demostrado una asociación causal entre factores de riesgos (FR) y eventos cardiovasculares.

Objetivos: determinar la presencia de FR cardiovascular en la población entre 15 y 64 años de edad consultante en el Hospital de Frutillar.

Material y método: Se revisaron retrospectivamente 480 formularios de exámenes de medicina preventiva, realizados entre marzo de 2007 y junio de 2008 en el Hospital Frutillar, los que se agruparon según edad, sexo, patología y hábitos.

Resultados: De las 480 fichas se detectaron factores de riesgo en 427 de ellas, siendo la obesidad y el tabaquismo los de mayor prevalencia (43.5 y 33.9% respectivamente), obteniendo además mayor frecuencia en el sexo femenino. Dislipidemia se detectó en un 36% de los casos, presentando mayor prevalencia en los grupos etéreos entre los 35 y 54 años. Además en un 10% de los casos se detectó glicemia mayor a 126 mg/dl, derivándose a confirmación diagnóstica. Cifras hipertensivas que requirieron confirmación se presentaron en un 19%.

Conclusión: los factores de riesgo cardiovascular se presentan con una relativa alta frecuencia en la sociedad, aumentando cada vez más en el sexo femenino, y manteniendo la mayor frecuencia en la población adulta entre los 35 y 54 años, lo que concuerda con la literatura. Además con los resultados de este estudio se pone de manifiesto la necesidad de masificar el examen de medicina preventiva, el cual demuestra ser efectivo en la pesquisa del riesgo cardiovascular.

Palabras Clave: EMP, Riesgo cardiovascular.

CASO CLÍNICO: PATRÓN ELECTROCARDIOGRÁFICO BRUGADA TIPO 2 EN UE DEL HOSPITAL PEÑABLANCA.

Gaete Fuente M., C. Hidalgo Abuyeres, R. Vela Gonzalez, C. Vera Norambuena, J. del Campo Hitschfeld. Hospital de Peñablanca

Hombre de 60 años, sin antecedentes mórbidos que consulta por cuadro de 2 días de evolución de dolor torácico intermitente de tipo puntada en zona apexiana, asociado a mareos, sin otra sintomatología.

Se realiza EKG donde se muestra bradicardia sinusal, bloqueo incompleto de rama derecha y cambios de ST-T sugerente de Brugada tipo 2, interpretación electrocardiográfica confirmada mediante telemedicina.

En 1992 J. Brugada y P. Brugada describieron un síndrome caracterizado por episodios de síncope y muerte súbita inesperada en pacientes con un corazón estructuralmente normal y un electrocardiograma característico, con un patrón de bloqueo de rama derecha y elevación del segmento ST en las derivaciones precordiales unipolares V1 a V3.

Desde que se definieron los criterios que permiten diagnosticar el síndrome de Brugada, se han realizado búsquedas en diferentes grupos de población, para determinar la verdadera prevalencia de esta enfermedad, causada por mutaciones de la estructura del locus genético codificador del canal de sodio

SCN5A localizado en el cromosoma 36. Es necesario hacer distinción entre el llamado Síndrome de Brugada y el patrón electrocardiográfico de tipo Brugada. Este último toma en cuenta criterios electrocardiográficos pero en las derivaciones precordiales derechas; a diferencia del síndrome que además incluye el síncope o muerte súbita por fibrilación ventricular en sujetos con corazón estructuralmente sano.

Debido a que los signos clásicos pueden ser manifiestos o bien intermitentes, el diagnóstico podría pasar desapercibido si no se emplean derivaciones precordiales derechas modificadas o pruebas farmacológicas diversas. Se han descrito por lo menos 3 patrones electrocardiográficos tipo Brugada y se han observado los signos electrocardiográficos similares a los del síndrome de Brugada en sujetos con diversas condiciones clínicas.

El síndrome se ha encontrado en prácticamente todos los países del mundo. Su incidencia es difícil de evaluar, pero parece causar de 4 a 10 muertes súbitas por año por 10.000 habitantes en áreas como Tailandia y Laos, representando la causa más frecuente de muerte natural en adultos jóvenes en estos países. Hasta el 50% de todas las muertes súbitas anuales en pacientes con un corazón normal son causadas por este síndrome.

Concluyendo, creemos que la importancia para el clínico en conocer esta patología radica en la sospecha de este cuadro, debido a su fácil detección mediante un simple EKG. Si bien no es común, podría ser de suma importancia en el futuro del paciente, debido a su alta asociación a episodios de muerte súbita.

INFECCIONES RESPIRATORIA BAJAS ENTRE RESIDENTES AYMARAS DE LA COMUNA DE PUTRE (2007 – 2008)

Riquelme J., Oliva M.¹ y Moreno A.²

¹Consultorio General Rural de Putre, Instituto de Alta Investigación.

Las infecciones respiratorias agudas bajas (en adelante IRAB) representan el mayor motivo de consulta entre los menores de 6 años en la comuna de Putre, así como en el territorio nacional. La comuna de Putre está situada sobre los 3.500 metros sobre el nivel del mar y alberga alrededor de 4200 personas de las cuales, más del 60% son de origen aymara, dedicados en gran parte a la actividad agropastoril (CENSO 2002)

Material y método: Se utiliza un modelo retrospectivo de tipo cohorte. El estudio incluyó la revisión de las fichas de todos los menores de 6 años, residentes en la localidad de Putre y controlados en el consultorio general rural de Putre (N=108). Se analizaron los resultados en base a las variables de origen (aymara/no aymara), sexo (F/M) y número de episodios registrados durante el periodo comprendido entre el 31 de mayo del 2007 y 31 de mayo del 2008. En la población aymara (92.6%) se analizaron los primeros 6 meses de estudio con tal de determinar prevalencia de síndrome bronquial obstructivo recurrente (en adelante SBOR).

Resultados: El 77% del total de niños considerados como población muestral (n=108) presentó al menos 1 episodio de SBO durante el periodo de estudio. Entre los niños la incidencia es mayor (61.4%), mientras que entre las niñas la incidencia es de 38.6%. Del análisis de los primeros 6 meses de estudio (31 mayo - 31 noviembre 2007) entre la población aymara (n=100) se desprende que la prevalencia de SBOR es 16% de los cuales el 37.5% son niñas y 62.5% son niños.

Discusión: De acuerdo al índice reportado bajo la norma IRA en Chile (2005), el SBO representa un 23% del total de consultas, con una incidencia de IRAB de 3 a 6 episodios por niño al año. En la comuna de Putre el 77% (n=108) de los niños menores de 6 años han presentado al menos una IRAB. La incidencia del SBO en promedio es de 2.4 episodios anuales por niño, entre la población aymara menor de 6 años en Putre. El promedio anual de neumonías a nivel nacional es de 2.1%, mientras que en Putre es de un 1% al año (n=1). Las actuales referencias en torno al factor aymara como población de riesgo para patología pulmonar (como es el caso de la TBC) no es extrapolable a las IRAB entre los menores de 6 años. Se requieren más estudios en torno al comportamiento de las IRAB en ambientes de altura dada la variabilidad climática que presenta el altiplano andino y las particularidades de la población aymara en la región.



REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Revista de la Sociedad Médica VI Región
Filial Soc. Médica de Santiago - Alameda 611, Casilla 334
Fono - Fax (72) 234803 - Rancagua.

TIPO DE PUBLICACIONES

Trabajos originales, que sean experimentales, clínicos, epidemiológicos o estadísticos de revisión.

Revisiones de temas importantes que tengan por objeto una puesta al día. Su extensión será calificada por el editor.

Perspectivas en la investigación o aplicaciones clínicas epidemiológicas o de programas en el campo de la Medicina.

Textos con referencias bibliográficas de un máximo de 10 hojas, tamaño carta o doble espacio.

PROCEDIMIENTO DE ENVÍO DE LA PUBLICACIÓN

Enviar el documento al Comité Editorial de la Revista a la siguiente dirección: SOCIEDAD MEDICA VI REGION, Alameda 611, Casilla 334, Rancagua, email smsextar@entelchile.net.

Dirección y teléfono del primer autor

Compromiso de no usar la información en otra revista o diario, mientras no sea publicada por la Sociedad Médica.

Especificar el área o campo médico en el cual se ubica la publicación.

Los documentos serán analizados por tres revisores y devueltos al autor, en caso de observaciones.

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

1. Trabajos Originales y casos clínicos.

1.1 Investigaciones.

Los trabajos deben ser inéditos y entregarse en un CD, en archivo de word en papel tamaño carta, a doble espacio letra tipo arial 12, escrito por una sola cara con un margen de 3,0 cms. por los cuatro bordes. Los originales deben atenerse a las normas internacionales para la publicación de trabajos médicos científicos y pueden ser devueltos al autor (autores) para su corrección o para darles una forma adecuada.

El orden de las diversas partes de un trabajo científico es el siguiente:

- a) **Resumen:** que no exceda de 250 palabras en el original, acompañado de un resumen en inglés.
- b) **Introducción:** Breve explicación de los motivos de la investigación realizada y de la literatura pertinente, excluyendo descripciones de conocimientos básicos.
- c) **Material y Métodos:** Descripción del material de estudio y del método aplicado para su análisis, entrando en detalles sólo cuando sea nuevo u original.
- d) **Resultados:** Señalar lugar de tablas o figuras
- e) **Discusión o comentarios:**

f) Bibliografía: Que debe incluir únicamente la que se cite en el texto, máximo 40 citas. Las citas de revistas deben hacerse del modo siguiente: Apellidos e iniciales del (de los) nombre (s) del (de los) autor (es). En casos de varios autores se separan por coma (,) finalizando con un punto (.): título del trabajo en el idioma original finalizando con un punto (.); nombre de la revista abreviado en la forma indicada en el Index Medicus, seguido de coma (,); año, seguido de punta y coma (;); volumen indicado con números arábigos; el número de la revista en paréntesis, seguido de dos puntos (:); página inicial y página final separada por guión seguido de punto (.). Las citas de libros o capítulos de libros deben referirse de la siguiente manera: autores del capítulo (.), casa editorial (.), año (:), página inicial y final (.). La bibliografía debe ordenarse alfabéticamente y numerarse correlativamente.

1.2 Casos clínicos

Los trabajos referentes a casos clínicos deberán incluir un breve resumen de la anamnesis, las investigaciones de laboratorio que sólo tengan relación con el cuadro en cuestión, un pequeño comentario y un resumen final. No deben incluirse revisiones de la literatura.

1.3. Ilustraciones y Tablas

Las figuras (fotografías, gráficos, etc.), deben venir en hojas separadas, numeradas (numerales arábigos), y con una indicación del sitio en que deberán intercalarse en el texto del original. (enfocando exclusivamente la región de interés reproducciones de radiografías (copia positiva) y en general, toda ilustración gráfica, debe ser de muy buena calidad técnica y debe indicar en el texto su posición. .

Las tablas deben venir en hojas separada con su número y título y se debe precisar la posición en el texto.

1.4 Disposiciones varias

Todo manuscrito debe indicar el nombre y apellido del o de los autores, servicio, cátedra o departamento universitario de donde procede, y, al pie del mismo, su dirección postal. Los títulos de los trabajos deben ser breves y concisos. En caso de no reunir este requisito, será abreviado de acuerdo con el autor. No se aceptarán e las correcciones de pruebas modificaciones en desacuerdo con los originales. Los trabajos deben tener una extensión y un número de figuras y tablas razonable. El Comité de redacción podrá pedir al autor la reducción de los trabajos muy extensos.

REVISIONES DE TEMAS IMPORTANTES

Tendrán libertad en su presentación y los revisores y el editor podrán hacer sugerencias al autor sobre formato y extensión del documento y aceptar o rechazar el tema.

**Sociedad Médica
VI Región**

GUÍA DE EXIGENCIAS PARA LOS MANUSCRITOS.

(según “Instrucciones a los autores”)

Debe ser revisada por el autor responsable, que firma su aprobación
Incluye un resumen de hasta 250 palabras en castellano y traducido al inglés.

Se indican números telefónicos y de fax del autor que mantendrá contacto con la Revista.

Título del manuscrito

Nombre y firma del autor que mantendrá contacto con la Revista:

Teléfono

Fax

RESPONSABILIDAD DE AUTORÍA.

Cada co-autor debe firmar esta declaración, que se exigirá junto con el manuscrito y la “Guía de Exigencias para los Manuscritos”. Si es insuficiente el espacio para las firmas de todos los co-autores, puede usarse fotocopias de esta página.

Título del manuscrito:

Declaración: Certifico que he contribuido directamente al contenido intelectual de este manuscrito, a la génesis y análisis de sus datos, por lo cual estoy en condiciones de hacerme públicamente responsable de él y acepto que mi nombre figure en la lista de autores. He revisado su versión final y apruebo su publicación en la Revista de la Sociedad Médica Sexta Región.

Como co-autor certifico que es un manuscrito inédito y que no será sometido a publicación en otra revista, nacional o extranjera, en texto idéntico, parcial o modificado, sin haber obtenido previamente una autorización expresa del Editor de esta revista.

Nombre y firma de los co-autores

Fecha de firma



CONVOCATORIA

La Sociedad Médica VI Región tiene el agrado de reiterar a ustedes su convocatoria a la presentación de trabajos clínicos, epidemiológicos o estadísticos de investigación a nivel regional.

- OBJETIVOS** Seleccionar los trabajos para su publicación en el Vol. III, N° 4 de la Revista de la Sociedad Médica Sexta Región.
- BASES:** Las ya remitidas a cada uno de los Médicos de la VI Región (copias en Secretaría Sociedad Médica)
- PLAZO:** Hasta el 30 de marzo de 2009.

MAYORES INFORMACIONES EN:

Secretaría Sociedad Médica VI Región
Sra. Nora Vargas Palma
Lunes a Viernes 09:00 a 18:00 hrs.
Fono-Fax 72-234803
Alameda 611 – casilla 334
e -mail: secretaria@smsextar.cl
Rancagua

