



*“XII Jornada Científica Nacional de  
Alumnos Ayudantes”  
y  
III Feria de Material Educativo”  
USACH 2009*

*Desafíos de la Atención Primaria en el siglo XXI*

## *Auspician*

*Universidad de Santiago de Chile  
Vicerrectoría de Gestión y Desarrollo Estudiantil  
Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela de Medicina  
Escuela de Obstetricia y Puericultura  
Dirección de Extensión y Actividades Culturales  
Editorial Usach*

*Laboratorio Chile  
Proyecto MUSA*

## *Patrocinan*

*Universidad de Santiago de Chile  
Vicerrectoría de Gestión y desarrollo Estudiantil  
Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela de Medicina  
Escuela de Obstetricia y Puericultura  
Dirección de Extensión y Actividades Culturales  
Editorial Usach*

*Colegio Médico de Chile A.G.  
Colegio de Enfermeras de Chile A.G.  
Colegio de Matronas de Chile A.G.*

*Laboratorio Chile  
Proyecto MUSA*

## INDICE

### **PROLOGO**

-----01

### **DISCURSO ALUMNA AYUDANTE**

- Discurso en representación alumnos ayudantes  
Srta. Johanna Muñoz Castillo.

-----02/03

### **CLASE MAGISTRAL**

- Visión de la Atención Primaria mirada desde el punto de vista de un Médico General de Zona.

Dr. Ricardo Peña González

-----05/06

### **FORO PANEL**

- Derecho y Salud en la Atención Primaria

Prof. Lic. Carlos Flores Navarrete

-----08/14

### **MESA REDONDA**

- Cuidados Primarios, Salud Colectiva, Pluralismo y Democracia. Superar los obstáculos de la Atención Primaria.

Dr. Sergio Zorrilla Fuenzalida, Dr. Rodrigo Inti Vega, Alumnos Ayudantes de Bioética.

-----16

### **TRABAJOS PRE-CLÍNICOS**

Análisis comparativo de resistencia antimicrobiana en brote de *A. Baumannii* causante de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) en uci neonatal.

-----18

Portación de *Staphylococcus aureus* en alumnos de cuarto año de obstetricia y Puericultura, USACH 2008.

-----19

### **TRABAJOS CLÍNICOS**

- Dominancia Hemisférica: Importancia de evaluación orientadora de lateralidad.

-----21

|  |    |
|--|----|
| - Infección genital por Micoplasmas y su impacto en la salud reproductiva en la población beneficiaria del Servicio de Salud Metropolitano Norte | 22 |
|--|----|

## TRABAJOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS

|  |    |
|--|----|
| - Asfisia neonatal y miocardiopatía hipóxica, variables clínicas y de laboratorio.   | 24 |
| - Caracterización de las pacientes obstétricas ingresadas a la unidad de cuidados intensivos.                                      | 25 |
| - Distribución de las patologías psiquiátricas más frecuentes en pacientes hospitalizados del Hospital San José.                   | 26 |
| - Distribución y morbilidad de los accesos vasculares en pacientes en hemodiálisis.  | 27 |
| - Lupus eritematoso sistémico en pacientes hospitalizados en servicio medicina, Hospital San José. Revisión de 3 años.             | 28 |
| - Síndrome coronario agudo asociado a puentes musculares: experiencia de 1 año en una unidad de cuidados intensivos cardiológicos. | 29 |

## TRABAJOS EPIDEMIOLÓGICOS

|  |    |
|--|----|
| - Automedicación en estudiantes de segundo año del área de la salud de la Universidad San Sebastian, Concepción, Chile 2009. | 31 |
| - Caracterización de partos macrosómicos en primigestas.   | 32 |
| - Descripción y manejo de embarazadas VDRL (+) en el Hospital El Pino  | 33 |
| - Edad materna y estado nutricional al año de edad en una localidad rural de la VIII región.                                 | 34 |
| - Ganancia de peso durante el embarazo y su correlación con características maternas.  | 35 |
| - Hábitos alimentarios y actividad física en alumnos universitarios de dos carreras diferentes.                              | 36 |

|   |    |
|---|----|
| - Infecciones del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central.   | 37 |
| - Intento de suicidio en pacientes pediátricos.   | 38 |
| - Percepción de sobrecarga en cuidadoras informales de adultos mayores postrados.                                 | 39 |
| - Perfil del lactante usuario de corticoides inhalados en atención primaria.                                      | 40 |
| - Pelionefritis aguda en pacientes hospitalizados en servicio medicina del Hospital San José. Revisión de 2 años. | 41 |
| - Prevalencia de accidente cerebrovascular en Hospital San José. Revisión de 3 años.                              | 42 |
| - Sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil.   | 43 |

## TRABAJOS DE EDUCACIÓN

|   |    |
|---|----|
| - Análisis Anatómico funcional del lanzamiento de jabalina.   | 45 |
| - Conocimientos sobre sexualidad en un grupo de estudiantes adolescentes y su relación con el comportamiento y la actitud sexual.             | 46 |
| - Curso Teórico-Práctico de heridas y técnicas de sutura.   | 47 |
| - Desarrollo de un programa de promoción, prevención y educación en salud para la Escuela de Medicina de la Universidad de Santiago de Chile. | 48 |
| - Educación en influenza humana y prevención de enfermedades respiratorias en la comunidad de Conchalí.                                       | 49 |
| - El examen clínico objetivo estandarizado (ECO) como instrumento de evaluación de la docencia.   | 50 |
| - Evaluación de la competencia “Realización de historia clínica en SBOR” en internos de pediatría mediante ECO.                               | 51 |
| - Manual de Anatomía Humana.  |    |

|  |         |
|--|---------|
| -----  | 52      |
| - Modalidad Sensorial de aprendizaje afecta el rendimiento estudiantil   | -----53 |
| - Percepción de los estudiantes del ambiente educacional en la escuela de medicina de la Universidad de Santiago de Chile. | -----54 |
| - Sistema anatómico interactivo del aparato locomotor (miembro superior).  | -----55 |
| - Sistema Ventricular Encefálico.  | -----56 |
| - Sitio Web de Anatomía Interactiva.   | -----57 |
| - Teledermatología en educación de pregrado.   | -----58 |

## **TRABAJO BÁSICO EXPERIMENTAL**

|   |         |
|---|---------|
| - Cambios histopatológicos en mucosa lingual de ratones CF-1. Modelo de Carcinogénesis oral experimental. | -----60 |
|---|---------|

## **TRABAJOS DE BIOÉTICA**

|  |         |
|--|---------|
| - Bioética: un enfoque social                                    | -----62 |
| - El fracaso de Alma ATA. Perspectiva histórica.                 | -----63 |
| - Problemática ética en relación al sistema de metas sanitarias. | -----64 |

## **CASO CLÍNICO**

|   |         |
|---|---------|
| - Caso Clínico: Taponamiento cardiaco como forma de presentación de hipotiroidismo. | -----66 |
|---|---------|

## PROLOGO

El programa Alumno Ayudante es un programa que se forma para complementar la formación del estudiante de la Facultad de Ciencias Médicas en un área de su interés mediante el conocimiento y la realización de proyectos de investigación y la participación en tareas de docencia y extensión

Constituido en 1996, cuenta con más de 200 alumnos ayudantes y 40 tutores académicos pertenecientes a las diversas unidades académicas de nuestra Facultad, integrando estudiantes de Enfermería, Licenciatura en Ciencias de la Actividad Física Medicina, y Obstetricia y Puericultura.

La participación de estudiantes y académicos en el programa ha permitido la creación de una jornada científica anual y una feria de material educativo, un espacio para el intercambio de conocimientos y experiencia de los distintos equipos de trabajos, conocer las actuales líneas de investigación del ambiente nacional e internacional en la materia en la cual se han desempeñado y para dar a conocer de forma clara y amena aquellos materiales que los grupos hayan evaluado como un aporte en creatividad y logros de aprendizaje,

Desde la primera jornada del año 1998 hasta la fecha han participado distintas universidades del país, esperamos de este modo incentivar también a las nuevas generaciones de estudiantes en la investigación clínica y básica, en docencia y extensión. Crear un espacio para que los jóvenes, que cursan carreras de la salud y afines en universidades estatales y privadas del país puedan mostrar su quehacer científico, conocernos y compartir con académicos y estudiantes de nuestra universidad

Finalmente, es necesario agradecer el entusiasmo y compromiso de cada uno de las personas que han hecho posible esta jornada, integrantes de la comisión organizadora de la jornada, del comité científico que aún estando muy atareados dedicaron un espacio importantísimo de su tiempo a evaluar los trabajos presentados, a nuestra secretaria, a los alumnos ayudantes y sus tutores académicos y el apoyo incondicional de las autoridades de la Escuela de Medicina y de la Facultad de Ciencias Médicas

**DRA. YAMILLE KESSRA P.  
DIRECTORA  
PROGRAMA ALUMNO AYUDANTE  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

## Discurso

**DISCURSO EN REPRESENTACIÓN ALUMNOS AYUDANTES  
Srta. Johanna Muñoz Castillo**

**XII JORNADAS CIENTÍFICAS NACIONALES DE ALUMNOS AYUDANTES,  
USACH 2009 y  
III FERIA DE MATERIAL EDUCATIVO**

Rector de la Universidad de Santiago de Chile, Excmo. Sr. Dr. Juan Manuel Zolezzi Cid.  
Autoridades de la Universidad de Santiago de Chile.  
Autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas.  
Decano Facultad de Ciencias Médicas Sr. Dr. José Luis Cárdenas Nuñez  
Docentes.  
Invitados.  
Estudiantes.

*“Los niños nos esperaban ansiosos aquel día de la intervención. Nos habíamos preparado para entregarles conocimientos sobre la Pediculosis de una manera didáctica y acorde a su edad, con muchos juegos y actividades que tanto los niños como nosotros disfrutamos y con ellas se lograban los objetivos: APRENDER!!”*

*“Vinieron otras intervenciones en colegios, con temas de suma importancia, como La Sexualidad y Afectividad, por ejemplo, donde los adolescentes con sus caras de asombro tras ver imágenes impactantes y llenándonos de preguntas nos demostraban que tenían mucho interés en aprender...”*

Terminadas las jornadas nos sentíamos con los corazones un poco más grandes y ya orgullosos por sentirnos que contribuíamos con los niños y con la Sociedad.

Así, como les comentaba parte de mi experiencia en este paso por la Universidad en lo que se refiere al ámbito de Extensión, hay muchísimas actividades en las que uno como alumno ayudante puede enriquecerse y colaborar en la gran tarea de hacer de nuestro país un lugar mejor.

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile, brinda el Programa Alumno Ayudante desde el año 1996, con la finalidad de complementar la formación integral de sus alumnos, y facilita la publicación de los resultados de investigaciones que se basan en temas de Educación, Investigación Básica y Clínica, de Salud Pública, entre otros. Además, potencia las capacidades que poseen muchos alumnos en formar parte de actividades docentes, incrementando sus habilidades y destrezas que sin duda, nos prepara para asumir con mayor seguridad el mundo laboral.



Nuestra Universidad nos entrega importantes herramientas para hacer de nosotros profesionales de excelencia y con un compromiso social que nos caracteriza no sólo a nivel de país, sino también a nivel internacional. Sin embargo, la MOTIVACIÓN que mueve a cada uno de quienes hacemos Universidad es fundamental para que el resultado de nuestras acciones sea el mejor. Y con esto me refiero a sentirnos felices y complacidos con nuestro quehacer diario, siguiendo nuestra vocación, siendo profesionales en nuestras decisiones de principio a fin.

Felicito a todos los participantes de esta XII Jornada Científica Nacional de Alumnos Ayudantes, y más aún a quienes expondrán sus trabajos, ya que existe un gran compromiso y horas que dedicaron a su investigación, a la innovación docente y a la extensión, interesante y valiosa información que hoy y mañana compartirán junto a nosotros, y por ello muchas gracias.

Me siento tremendamente feliz de ser parte de esta gran casa de estudios, y dando fe que en este último año que me queda como alumna (de la USACH), les aseguro que me voy con innumerables experiencias de vida.

El ser alumna ayudante, ha significado para mi no sólo la oportunidad de crecer como persona y obtener muchos conocimientos, sino también tener el gran privilegio de conocer a docentes y otros alumnos comprometidos con el trabajo de equipo, y con una tremenda calidad humana, personas de valores que quedarán siempre en mi memoria.

Los invito a participar y trabajar más activamente en cuanto esté a su alcance y a asumir nuevos desafíos, ya que en nuestros días el tiempo se pasa rápidamente, y como bien dijo alguien sabio por ahí, “en vez de vivir pre-ocupados por infinitos quehaceres... es mejor OCUPARSE!!

**¡¡ÉXITO PARA TODAS Y TODOS, Y  
MUCHAS GRACIAS!!**

# ***CLASE MAGISTRAL***

## Clase Magistral

### **VISIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA. MIRADA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE UN MÉDICO GENERAL DE ZONA. Dr. Ricardo Peña González**

Se me ha solicitado hacer una clase magistral sobre desafíos de la Atención Primaria en el siglo XXI, pero creo necesario primero hacer una breve pasada por la historia para poder ver el futuro.

Chile fue uno de los pioneros en el mundo en Atención Primaria de Salud, y quizás el primero de América, debemos recordar que la beneficencia pública, ya a fines del siglo XIX y principios del XX desarrolla un sistema de atención en salud basado en los casos de socorro, de los cuales son herederos los hospitales (cuatro) de nuestro sistema de Salud y que son atención primaria.

Paralelamente con la creación del Servicio de Seguro Social, Sistema Previsional de los obreros siguiendo las políticas de Bismarck en Alemania de Protección Social, se genera una red de consultorios a lo largo del País, algunos todavía persisten como por ejemplo; el Consultorio N°5 campo clínico nuestro, el Consultorio N°1, otros se encuentran las estructuras pero cumpliendo otra función como es el caso del Consultorio N°2, actualmente sede del Servicio de Salud Metropolitano Norte. Además la beneficencia implementó el Sistema de Urgencia Asistencia Pública, cuya misión en sus inicios es prestar atención primaria a los accidentados y personas que requieran atención médica por enfermedades comunes.

Con la creación de S.N.S. en la década de los cincuenta y pertinentemente con la creación de médico general de zona, se desarrolla toda una política de atención primaria que contemplaba la educación, promoción y prevención en salud, además de la curativa, con énfasis en los programas de atención materno-infantil, sin abandonar por supuesto las patologías comunes e infecciones que eran las prevalentes en la época. Para eso existe por parte de las Universidades la formación del recurso humano (médico en nuestro caso) que cumpla con los requisitos y competencias para poder llevar a buen destino estos programas de salud.

Llama la atención que en nuestro país se piense que con Alma Ata recién se comienza con la atención primaria de salud y se deseche toda la experiencia acumulada así por un siglo de atención Primaria en Chile.

En el presente tenemos una atención primaria disgregada del tejido de la red de salud, con recurso humano médico descontento en su trabajo, sin visualizar futuro e la profesión lo que provoca una alta rotación que impide poder llevar con una conducción técnica adecuada los programas de salud. Por otra parte la municipalización de este ha generado inequidad entre los municipios pobres versus los municipios ricos (con más recursos económicos propios), dejando con esto a los sectores de más alto riesgo en salud discriminados.

El desafío del futuro podemos sintetizarlo en los siguientes puntos:

1. Discusión nacional, si debe volver la atención primaria a la red de salud (desmunicipalizarla).
2. La responsabilidad del estado en colocar el recurso humana adecuado y con una carrera que incentive a los médicos a integrarse a la atención primaria.
3. Recuperar la educación – prevención y fomento como función primordial en la Atención Primaria.
4. Acrecentar la resolutiveidad en la Atención Primaria.
5. Un financiamiento acorde con las necesidades de la Atención Primaria.

\*\*\*\*\*

# ***FORO PANEL***

## Foro Panel

### DERECHO Y SALUD

#### EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

**Prof. Lic. Carlos Flores Navarrete, Magíster Abogado**

#### LA SALUD

LA SALUD es un bien valioso y un problema de todos. La existencia humana se despliega y expresa mejor, en toda su riqueza y asombro, si en el ámbito de las fundamentales necesidades personales, al individuo se le protege su vida y su salud, tanto física como mental y aún la espiritual; es decir, su salud en términos amplios. Tiene la salud por consiguiente, su valer y su carácter distintivo en la personalidad, tanto individual como social.

Como asunto de Estado, la salud ha sido siempre, permanentemente, un tema de reflexión de suyo candente en todas las naciones y en todos los tiempos. De poco valen las garantías de cualquier pacto social, político y cultural, particularmente el régimen de libertades públicas que se establezca, cuando a la persona en concreto no se le asegura o no puede procurarse por sí misma las prestaciones de salud que requiere. He ahí apenas una de las muchas contradicciones que se detectan entre las formalidades legales o estatutarias y la realidad vivencial en el complejo tema de la salud; realidades que se expresan, con todo su descarnado dramatismo, en situaciones de pobreza, de marginalidad y de las indigencias más exasperantes.

De ello se sigue que, muchas veces, los grandes problemas de salud, siempre en aumento y cada vez con mayores complejidades y dificultades, cruzan los umbrales de lo socialmente tolerable y se manifiestan en forma de demandas radicales, revestidas en forma y fondo de llamados angustiosos a la conciencia moral de las sociedades jurídicamente organizadas, de los gobiernos y de las demás autoridades de los Estados, pero particularmente a los profesionales de la salud, esos testigos más inmediatos y del dolor y verdaderos muros de contención en que se descargan muchas de las insatisfacciones que se generan en otros niveles muy distantes de ellos, sea por aplicación de políticas públicas mal concebidas, sea por errores de diseño en los sistema establecido para garantizarla y proveerla o sea, en fin, por crisis o falencias que responden a otros múltiples factores relacionados, sea directa o indirectamente con la salud.

Por consiguiente, los problemas de la salud, nuevos y antiguos, son eventos reales y por lo mismo distantes de toda entelequia y reflexión especulativa, pues emergen, crecen, se diversifican y se desplazan, con inusitada vertiginosidad y asombro, aún por sobre los avances científicos y tecnológicos, sin que logren resolverlos ni las economías de prosperidad ni la riqueza de las naciones; particularmente en aquellos países como Chile, que se caracterizan por bajas inversiones sociales y una pésima redistribución del ingreso.

## LA SALUD EN SUS REALIDADES: LA ATENCIÓN PRIMARIA

El cómo garantizar el acceso a la salud, en las diferentes realidades políticas, sociales y culturales en que aquella se expresa y necesita, es el desafío que deben enfrentar permanentemente los gobiernos nacionales, las autoridades del sector, las entidades, reparticiones, empresas y establecimientos prestadores y aseguradores de salud, así como las diversas organizaciones comunitarias donde se expresa la sociedad civil, escenario último y concreto que da cuenta de las auténticas realidades en el devenir ciudadano, entre ellas, la salud.

Ello es así porque quizás no existan otros problemas sociales más transversales, muchas veces casi inmanejables y en no pocos casos dramáticos, en cualquier sociedad, como los que se generan a diario en el ámbito de la salud. En los tiempos actuales, las Políticas de Estado y las capacidades existentes para atender las demandas asistenciales de salud, se encuentran muchas veces exigidas al máximo, cuando no claramente sobrepasadas por esas realidades acuciantes y, por ellas mismas, expuestas permanentemente a cambios, ajustes y otros diversos procesos de reingeniería, orientados todos y desde luego al logro de mayores coberturas, mayor impacto social y mejores indicadores, pero que no siempre se alcanzan en la forma deseada por quienes las establecen y aplican. Por su parte, las comunidades académicas y científicas, que son las que mejor entienden estas situaciones, no siempre son consultadas ni se les abren los espacios necesarios que les permitan hacer valer sus puntos de vista. Debe agregarse, para ser justos, que aún siendo consultadas de tarde en tarde, normalmente sus recomendaciones no siempre son acogidas.

Cuánto destinar a salud en los presupuestos nacionales; qué inversiones priorizar; cómo estructurar y coordinar los diferentes sistemas de salud y los servicios asistenciales de que se disponen; cuál debiera ser la política y la normativa más idónea que asegure financiar razonablemente las prestaciones en salud; de qué manera y con qué estrategias se puede educar masivamente a la población y así promocionar la importancia y el valor de la salud y su cuidado, con estilos coadyuvantes; cómo debiera estructurarse una política preventiva, ideada para el cuidado de la salud, que se anticipe a la ocurrencia de esos eventos que obligan a desplegar acciones asistenciales, muchas veces onerosas e inalcanzables para la mayoría de la población; cómo garantizar el acceso universal a las prestaciones más imprescindibles y de qué manera financiar su costo real por el erario; hasta dónde debiera llegar la verdadera responsabilidad de los Estados y sus gobiernos nacionales, regionales y locales, en estas demandas de tan alta sensibilidad social y qué garantías efectivas y derechos puede hacer valer, aún judicialmente, el ciudadano común y corriente que requiere determinadas prestaciones de salud y que comprueba que, finalmente, ellas no están disponibles por su incapacidad económica o le son proporcionadas en forma insuficiente, defectuosa o con daño; qué puede hacer el ciudadano ante una falta de servicio garantizado para él y su familia; a quién recurrir con razonables probabilidades de éxito en esos casos de falta de servicio; cómo hacerse cargo como sociedad y de qué manera administrar y resolver los grandes y pequeños conflictos que se generan a diario por esos y otros motivos relacionados con la salud; qué actores se ven concretamente involucrados y cuáles son las probabilidades de unos y otros en sede judicial; cómo manejar esos conflictos y llegar a soluciones justas; etc., etc., son todos ellos solo algunos de los múltiples temas de investigación que merecen y debe abordarse como país, como región, como comuna y aún como barrio.

En la estructuración del sistema público de salud en Chile (ciertamente el más demandado y el que sufre las más severas presiones de la población) los técnicos han organizado las redes de atención en las que puede otorgarla el sistema, teniendo en consideración muchos factores influyentes y analizándolo desde variados aspectos, entre

los cuales caben citarse las complejidades asociadas al tipo de atención, las acciones requeridas, los recursos disponibles, las especialidades médicas con las que pueden contarse en forma más o menos permanente, las intervenciones necesarias, en fin, las concentraciones de población, las realidades epidemiológicas, la existencia de especialistas, las condiciones de vida, las conductas y estilos de vida, etc.

Y es el subsistema de atención primaria se hace cargo de las primeras acciones de salud al interior del sistema y se constituye, por ello mismo, en aquel que más se aproxima y el que mejor conoce la exacta realidad local en salud, precisamente por ser el más demandado. Por consiguiente, un apoyo fuerte y permanente, una mirada atenta a lo que sucede en la atención primaria y sus problemas de atención, desarrollo y provisión de medios necesarios para su desarrollo, debiera ser motivo de preocupación permanente de las autoridades del sector salud y fuente privilegiada de información para las nuevas políticas que tales realidades aconsejan implantar en las diferentes políticas que puedan reflejarse en avances concretos en la ganaría de asegurar mejor salud a la población.

### LA SALUD ES UN DERECHO

Y a ello debe propenderse, por cuanto la salud es un derecho. Eso no debiera ser una frase sin contenido. El derecho a la salud es el más fundamental de los derechos humanos. Su ejercicio no debiera quedar condicionado jamás a distinciones de raza, sexo, origen, religión, ideas políticas ni a condición económica o social alguna. De esa manera clara y categórica, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado desde su carta constitutiva, que este bien jurídico es esencial en cada ser humano, individual y socialmente considerado.

El derecho y la protección de la salud se yerguen así en imperativos morales y jurídicos relevantes, respecto de los cuales las sociedades jurídicamente organizadas tienen obligaciones concretas, permanentes e insoslayables que debieran cumplir sin reservas. Es por ello que la OMS le recuerda a todas las naciones del mundo que deben extremar sus esfuerzos para generar condiciones adecuadas de salud para todos. Esas condiciones comprenden la disponibilidad real y garantizada de contar con servicios de salud idóneos y políticas sociales orientadas fuertemente al cuidado preventivo de la salud, por cuanto el derecho a la salud no se agota ni se limita únicamente al derecho a estar sano o a establecer políticas y planes asistenciales de mera formalidad discursiva, sino a trabajar fuertemente en tareas orientadas a preservar estados saludables virtuosos y a destinar recursos suficientes para contar con servicios asistenciales adecuados que den cuenta y atiendan las necesidades reales de sus comunidades locales, para los momentos en que aquellos se necesiten.

Conviene recordar e ese respecto, para que no lo olviden nunca los gobiernos nacionales, que el derecho a la salud está debidamente consagrado en numerosos tratados internacionales y regionales de derechos humanos, instrumentos que la mayoría de las naciones del mundo han suscrito de buena fe e incorporados a sus respectivos órdenes jurídicos internos, tratados entre los cuales pueden citarse, por vía meramente ejemplar, el “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” (de 1966); la “Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer” (de 1979); la “Convención sobre los Derechos del Niño” (de 1989), la “Carta Social Europea” (de 1961); la “Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos” (de 1981) y el “Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” (Protocolo de San Salvador, de 1988).



-10-

A la luz de tales instrumentos internacionales, el “Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), encargado de supervisar la aplicación del ya citado “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, se pronunció (año 2000) taxativamente sobre el derecho a la salud, indicando que ese derecho no sólo debe comprender la atención de salud oportuna y apropiada, sino también atender positivamente y en su integridad a los principales factores que la determinan y condicionan, a saber, el acceso al agua limpia potable, a condiciones sanitarias adecuadas, al suministro adecuado de alimentos sanos, a una nutrición adecuada, vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y (en) el medio ambiente, y acceso a una educación, información y promoción completa sobre todas las cuestiones relacionadas e incidentes en la calidad de la salud de las personas, siempre como un todo e incluida la salud sexual y reproductiva.

### DERECHO A LA SALUD EN CHILE

Chile no escapa a la realidad que ha venido describiendo la OMS y que se resume en su pronunciamiento del año 2000, aunque existe una tendencia muy fuerte en el país en términos de creer que se estaría dejando atrás una realidad de subdesarrollo, sobre la base de que, al menos en materia de salud, los indicadores demostrarían una mejora progresiva en relación a la misma. Guardando las debidas proporciones y sin dejarse llevar por un optimismo demasiado exagerado ni por ese pesimismo tan propio de nuestra idiosincrasia, puede afirmarse, provisionalmente, que nuestra realidad en materia de salud se presenta con sus proverbiales contradicciones históricas de dulce y de agraz. Porque si bien, por una parte, se percibe un aumento considerable en la oferta de salud asistencial de calidad en la industria privada, hay que reconocer que la situación cambia bruscamente cuando se trata de evaluar la calidad, cobertura y expedición de la salud disponible en los establecimientos públicos o estatales, responsables por lo demás, de alrededor del 70% de la salud de la población.

Es en esta última, por consiguiente, donde no resulta fácil aseverar que hay situaciones de progreso, no porque no los haya habido comparativamente en los últimos años, sino porque ellos resultan casi irrelevantes, sin incidencia casi, si se los compara con las insatisfacciones que se constatan a diario en todo el subsistema encargado de proveerla, como se dijo, por los establecimientos públicos de salud, particularmente, también lo hemos dicho, en aquellos destinados a la atención primaria.

Los grandes problemas relativos a salud que debe enfrentar el país en esa parte del sistema, siempre en aumento y cada vez con mayor complejidad, a consecuencia de los cambios epidemiológicos observados por la ciencia médica y que constatan los expertos chilenos, cruzan los umbrales de lo socialmente tolerable y se transforman en realidades brutales, radicalmente exasperantes y que se desplazan con inusitada vertiginosidad y asombro, muy por debajo de los propios descubrimientos científicos y tecnológicos, ajenos del todo al optimismo de las cifras e indicadores de gestión gubernamentales, los avances en la economía y las políticas que apuntan a una mejor redistribución del ingreso; hasta mimetizarse en un paisaje de realidades oscuras y contradictorias, inexplicables muchas veces, a pesar de los logros que se pudieran haber alcanzado mediante políticas de superación de la pobreza y de mayor participación social. Esa es parte de nuestra contradictoria realidad social como país en relación a la salud y debe asumirse tal como es, única manera honesta de conocernos a nosotros mismos como nación y trabajar en busca de soluciones realistas y eficaces.

Por consiguiente, hay un primer gran paso dado por el país que debe destacarse en todo lo que vale: acoger y asumir las recomendaciones de la OMS. Corresponde, entonces,

afrontar los problemas de salud desde las perspectiva de implementar las política de Estado que impliquen invertir más en salud, mejorando sustantivamente las acciones asistenciales, junto a la estrategia de planes y programas concretos, realizables, que promuevan el valor de la salud y tomar conciencia en cada ciudadano su obligación de ser sujeto activo de su cuidado en su realidad personal, familiar y social.

Ello se hace cada vez más necesario cuando se constata que las altas decisiones y las capacidades existentes para implementar políticas, planes y programas de salud de carácter asistencial, se ven muchas veces exigidas al máximo cuando no claramente sobrepasadas y, por ello mismo, expuestas permanentemente a cambios, ajustes y otros diversos procesos de reingeniería, orientados todos y desde luego al logro de mayores impactos, pero que no siempre se alcanzan en los índices deseados. Y lo que es peor, no se reflejan en resultados prácticos a favor del ciudadano que la demanda y éste no tiene, no puede o no sabe hacer valer sus derechos a la salud que le es negada o la recibe imperfectamente, cuando tiene la suerte de recibirla.

Pero lo más contradictorio de todo en el caso de Chile, jurídicamente hablando, radica en la frondosa legislación que el país se ha dado, precisamente para GARANTIZAR el derecho a la salud; es decir, esa normativa que el ciudadano común no se encuentra en condiciones de entender, no por problemas de desconocimiento de los institutos existentes a raudales ni por aparentes dificultades hermenéutica, sino lisa y llanamente porque considera sencillamente ininteligible la falta de correlato entre la fuerza obligatoria de esos mandatos normativos vigentes, con la falta de cumplimiento de los mismos por quienes están obligados a cumplirlos, o por desidia de quienes están llamados por la ley a hacerlos cumplir forzosamente y no lo hacen.

Por esas razones, tanto la OMS como la OPS (Organización Panamericana de la Salud) dirigen sus miradas hacia aquellos países que quieren hacer esfuerzos en esta relación derechos-salud, por cuanto la voluntad normativa siempre ha de ser clave a la hora de establecer políticas favorables a la salud de la población, entendiendo ellas que se está refiriendo a derechos que el ciudadano puede ejercer efectivamente en materia de salud con razonables probabilidades de éxito, mientras la normativa que los establezcan sea conocida y entendida correctamente por quienes ejecutan acciones de salud, vale decir, los equipos de salud; y segundo, gracias a la gestión de éstos mismos, por el ciudadano común, en su realidad individual, familiar y comunitaria; vale decir, en la atención primaria.

## EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Atentos a las recomendaciones de la OMS, entendiendo perfectamente su aseveración de que la salud no es sólo responsabilidad de los Estados y de los profesionales de la salud, conviene examinar el tema pero ahora desde una perspectiva de anticipación.

En efecto, existe un alto consenso de que la visión de la salud ha cambiado en los últimos cincuenta años, particularmente en los últimos diez. La convicción actualmente dominante se orienta a destacar que la salud ya no es sólo un problema de los gobiernos o que tenga que descansar única y necesariamente sobre los hombros de los profesionales de la salud, sino que también lo es y depende de otros actores y factores relevantes. Así, la concepción restrictiva, estratificada y aún mecanicista de responsabilizar de la salud sólo a los gobiernos y los profesionales de la salud, ha dejado su lugar a la visión holística, integradora y de responsabilidades compartidas.

Esto quiere decir, con la OMS y en palabras muy sencillas, que la salud es un bien deseable para todos, pero también es una responsabilidad de todos, partiendo por el propio individuo, siguiendo por la comunidad a que pertenece, los profesionales de la salud, los gobiernos y aún de la comunidad internacional. De otra manera no se explicarían las

posiciones claras e inequívocas de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, en sus afanes de reforzar su antiguo soporte con otros ejes.

A partir de las nuevas realidades epidemiológicas y en el contexto de una salud pública de anticipación, surge la mirada extensiva y amplia para comprender que en salud se debe atender muy cuidadosamente a los llamados “FACTORES DE RIESGO”, esas condicionantes que se manifiestan según una multiplicidad de causas y que la derivan a una condición de variable mucho más dependiente de lo que antes se creía. Se llega así, entonces, a la idea de trabajar los estilos de vida saludable, verdadera revolución en la salud pública moderna e hito en su aporte de anticipación a la posibilidad de eventos u ocurrencias de enfermar.

Descubrir, entender y trabajar la idea de que el individuo es él y su entorno condicionante, social y culturalmente hablando, como un todo, abrió un amplio referente con nuevo objeto de estudio y nuevas líneas de investigación, donde las perspectivas y trabajos de campo se ensanchan en tal magnitud, que recién se comienzan a dimensionar sus alcances y agentes involucrados. Nace y adquiere así en salud pública, concretamente al interior de la educación para la salud, el apartado de promoción de la salud, esto es, un proceso y una política de salud pública que al decir de la “Carta de Ottawa” consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma y por sí mismos, con el apoyo de redes de promoción y participación social comunitaria. Documentos posteriores, enriquecidos por las reflexiones de connotados especialistas, indican que la promoción de la salud, en términos de provisional definición “es el proceso que permite a las personas adquirir mayor conciencia y control sobre su propia salud y, al mismo tiempo mejorarla”. Así entonces, la salud desde la perspectiva de la promoción, adquiere la dimensión conceptual de ser una propuesta integradora, de idea-convicción, de magnitud-aspiración, de necesidad-compromiso, y por sobre todo, un cambio en la visión-entorno.

Cinco principios y cinco áreas temáticas confluyen, entonces, a la promoción de la salud, a saber, i) los problemas de salud afectan a la población en su conjunto y en el contexto de su vida cotidiana; ii) la promoción de la salud busca influir en las determinantes que condicionan la salud en las personas; iii) la promoción de la salud asocia enfoques distintos pero complementarios en un norte determinado previamente, este es, el cuidado y la conservación de la salud; iv) la promoción de la salud se orienta a conseguir el compromiso y la participación efectiva de la población en su conjunto para alcanzar sus objetivos; y v) la promoción de la salud necesita el concurso activo de los equipos de salud, tanto asistenciales, como de atención primaria y de educación y promoción de la salud.

En cuanto a áreas temáticas concretas, la promoción de la salud apunta a 1) contar con un acceso efectivo a acciones de salud, preventiva y correctiva; 2) a desarrollar entornos acogedores y estimulantes de conducta y hábitos virtuosos en salud; 3) reforzar efectivas y estructuradas redes de apoyo social; 4) promover comportamientos positivos y estrategias orientadas al cumplimiento de los objetivos que persigue en el cuidado de la salud; y 5) trabajar fuertemente desde la docencia, en terreno y dirigida, a lograr un aumento cualitativo de conocimientos y difusión de informaciones relacionadas con el valor de la salud y su cuidado.

De acuerdo a esos principios, orientaciones y recomendaciones de la OMS, los países se han comprometido en el proceso de promoción de la salud.

En el caso de Chile, junto con las Políticas de Estado que se han adoptado en la materia, se encuentra en pleno desarrollo un ambicioso Plan Nacional de Promoción de la Salud que culmina en 2010, plan que necesita ser examinado y comentado in extenso, al menos a la luz de sus resultados todavía provisionales.

Un apartado fundamental en ese Plan tienen que ser el resultado en lo que a ese respecto se logre a nivel local, desde donde las experiencias y cifras que pueda aportar la memoria sistematizada de lo conseguido a ese respecto en la atención primaria será crucial para las nuevas políticas en esa importantísima materia.

### CONFLICTOS EN SALUD

Vinculado con los derechos a la salud y su promoción, está el tema de los conflictos en salud, conflictos que no escapan a otro de los muchos problemas en los establecimientos de atención primaria. Muchas veces a los usuarios se les convence que promuevan juicios por falta de servicio, por errores de diagnóstico o tratamientos, en fin, por malas praxis, conflictos que afectan a todos los actores involucrados pero que normalmente terminan sin resultados concretos, sea porque se deducen sin sustento alguno, sea por errores en la real identificación de la cusa del conflicto, sea, en fin, por desconocimiento de la normativa que regulan las relaciones jurídicas entre quienes se ven enfrentados por motivos de salud. Por ello se hace muy necesario que los profesionales de la salud de la atención primaria, los promotores locales de la salud y quienes administrativamente son hechos responsables por los conflictos asociados a la salud en la atención primaria, conozcan esa normativa y la socialicen en las personas que trabajan en esos establecimientos y en comunidades don las cuales trabajan, de manera que en ese aspecto puedan actuar con un sentido de anticipación a los problemas potenciales que amenacen la convivencia entre sus actores y encuentren los modos de solución más amables, menos onerosos y más efectivos e inmediatos.

Por último, cabe decir que en la atención primaria se suscitan todos los eventos más imaginables y el conocimiento de esas realidades locales, en lo asistencia, social y comunitario, constituye un deber del médico en especial y de todos los demás integrantes del equipo de salud.

\*\*\*\*\*



# ***MESA REDONDA***

## Mesa Redonda

### CUIDADOS PRIMARIOS, SALUD COLECTIVA, PLURALISMO Y DEMOCRACIA SUPERAR LOS OBSTÁCULOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

**Moderador: Dr. Sergio Zorrilla**

**Expositores:**

**Alonso Quijada (V año, ayudante Programa Bioética)**  
**Gonzalo Rojas (V año, ayudante Programa Bioética)**  
**Juan Pablo Figueroa (VII año, ayudante Programa Bioética)**  
**Dante Perucca (VII año, ayudante Programa Bioética)**  
**Dr. Rodrigo Vega (Médico - Programa Bioética)**  
**Dra. Gabriela Manitta (Psicóloga - Programa Bioética)**  
**Escuela de Medicina, Universidad de Santiago de Chile**

Asistimos a una época marcada por el sello del significativo *crisis*. De las crisis más perturbadoras (ambiental, alimentaria, económica) la de la salud permanece inconfesa entre el escrutinio del cuerpo mediante sofisticados aparatos, el desciframiento de causas genéticas del padecimiento y la producción industrial de promesas farmacológicas. Ante tanto avance científico y tanta tecnología, cabe preguntarse ¿de qué crisis de la salud estamos hablando? Considerando que, por un lado, la *salud* es un concepto vulgar (es decir, puesto al alcance de todos y que cualquier persona puede enunciarla sin ser necesariamente un iniciado en la ciencia), y que, por otro lado, su definición más famosa -la de la OMS- la propone como una gran aspiración de bienestar total (no sólo la ausencia de enfermedad), dicha crisis puede localizarse en la noción de *estilo de vida*, que, en el contexto global de explotación y acumulación en el cual se desenvuelve el sistema capitalista, opera individualizando los riesgos y hegemonizando las representaciones de la enfermedad. Dentro de las estrategias que los pueblos han forjado para hacer frente a los problemas de salud, la Atención Primaria tiene un capítulo aparte por ser considerada, en su momento, *asistencia sanitaria esencial*. A 31 años de la conferencia de Alma Ata con su lema "Salud para todos el año 2000", el desarrollo económico y social basado en un eufemístico "Nuevo Orden Económico Internacional" -que perseguía el grado máximo de salud para todos-, paradójicamente ha promovido la voltereta desde una *asistencia sanitaria esencial* (donde la *salud* figura como un derecho inalienable de los pueblos y un deber del Estado garantizarla a sus ciudadanos) hacia un *nivel primario de atención* (donde la salud se concibe como un bien que *debe ser* gestionado de forma individual junto a sus riesgos y donde el Estado asume como *derecho* el poder de control de la población en términos de un estilo de vida "saludable").

La actividad del Programa de Bioética de la Escuela de Medicina de la Universidad de Santiago de Chile en esta mesa redonda tiene como objetivo explicitar algunas de las tensiones y contradicciones presentes en la práctica cotidiana del nivel primario de atención, entre ellas, la medicina basada en el procedimiento versus la atención centrada en el cuidado; lo normal y lo patológico versus la salud y la enfermedad; el cuerpo muerto como objeto versus el sujeto que habita un cuerpo vivo; el asistencialismo impersonal de la salud pública versus la acción instituyente de una salud colectiva; el cinismo como recurso frente a la impotencia versus la solidaridad como estrategia frente a la adversidad.



# ***TRABAJOS PRE-CLÍNICOS***

## ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESISTENCIA ANTIMICROBIANA EN BROTE DE *A. BAUMANNI* CAUSANTE DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAVМ) EN UCI NEONATAL

Barbagelata G. Stella, Perales C. Juan, Guerra O. Mario, González V, Fabián.  
Universidad de Santiago de Chile, Hospital San José

**Introducción:** Durante el año 2008 los agentes etiológicos aislados de NAVM en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCI) fueron *A. baumannii*, 36% *Enterobacter cloacae* 18%, *Pseudomonas aeruginosa* 9% VRS 36%, distinguiéndose el brote epidémico de *A. baumannii* durante el primer trimestre 2008. En Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de Adultos, los agentes etiológicos de NAVM son *A. baumannii*, 40% *St aureus*, 22% y *Pseudomonas aeruginosa* 18%. El pilar del tratamiento es la epidemiología microbiológica local para su inicio empírico.

**Objetivo:** Análisis comparativo de resistencia antimicrobiana *A. baumannii* en UCI Neonatal versus UCI Adultos.

**Materiales y Métodos:** Revisión de antibiogramas de Aspirado Traqueofaríngeo de pacientes con diagnóstico de NAVM en UCI Adultos y UCI Neonatal durante año 2008, selección 25 de antibiogramas correspondientes a *A. Baumannii* en UCI Adulto y 2 antibiogramas correspondientes a UCI Neonatal, análisis estadístico utilizando test exacto de Fisher .

**Resultados:** Para Amikacina hay 22 gérmenes resistentes en UCI Adultos, 2 en UCI neonatal. Valor p 1. Para Ciprofloxacino existen 17 gérmenes resistentes en UCI Adultos, 2 en UCI Neonatal. Valor de p de 1. Cefepime presenta 2 gérmenes resistentes en UCI Adultos. Valor de p 1. Gentamicina presenta 10 gérmenes resistentes a en UCI Adultos, 2 gérmenes resistentes en UCI Neonatal, valor de P 0.1. Imipenen muestra 10 gérmenes resistentes, en UCI Adultos. Valor de p 0.15 Meropenem presenta resistencia en 17 germen en UCI Adultos, 2 gérmenes resistentes en UCI Neonatal, valor de p 1. Piperacilina /Tazobactam presenta resistencia en 23 gérmenes en UCI de Adultos, 2 germen resistentes en UCI Neonatal. Ampicilina/ sulbactam muestra 21 germen resistentes en UCI Adultos, 2 resistencias en UCI Neonatal. Valor de p 1

**Conclusiones:** No se encuentra diferencia de resistencia antimicrobiana estadísticamente significativa, evidencia a favor que foco eventual de brote epidemiológico es UCI Adultos.



## PORTACIÓN DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN ALUMNOS DE CUARTO AÑO DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA, USACH 2008.

Cerón M. Ariela<sup>1</sup>, Tapia A. Beatriz<sup>1</sup>, Vega H. Pía<sup>1</sup>, Ibáñez H. Valeria<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Estudiantes Obstetricia y Puericultura. <sup>2</sup>Docente Facultad Cs Médicas  
Universidad de Santiago de Chile

*Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) es un patógeno ampliamente estudiado por desencadenar una variada gama de enfermedades en el ser humano, por su capacidad de adquirir genes de resistencia a antimicrobianos y a condiciones ambientales adversas y por colonizar piel y mucosas del personal sanitario en mayor proporción que en la comunidad extrahospitalaria (50-75 %). Los alumnos del área de la salud que acuden a prácticas clínicas con regularidad, están expuestos a adquirir *S. aureus* nosocomial y podrían comportarse como diseminadores ocasionales del microorganismo.

Objetivos: 1) Determinar frecuencia portación nasal de *S. aureus* en alumnos de cuarto año de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Santiago de Chile, 2) Determinar susceptibilidad bacteriana a penicilina, meticilina y vancomicina. 3) Determinar asociación entre portación y tener un familiar hospitalizado o trabajador hospitalario, padecer acné, rinitis o usar piercing.

Metodología: se analizan 53 muestras de hisopado nasal, homogenizadas en 0,5 ml de suero fisiológico. *S. aureus* se aísla e identifica por método microbiológico estandar. La susceptibilidad se mide por difusión en agar según normas del NCCLS. Factores de riesgo de portación se recogen a través de encuesta. Los datos se analizan con programa SPSS 15.0 y se determina riesgo relativo y coeficiente de contingencia. Participan los alumnos que otorgan consentimiento informado.

Resultados: 53 alumnos de cuarto año (94.6% del grupo curso) fueron incluidos en el estudio, 16 (30%) resultaron portadores de *S. aureus*, similar a lo que se describe en la literatura nacional. 15 cepas resultaron resistentes a penicilina y todas sensibles a meticilina y vancomicina. Se logró establecer que en la población estudiada, tener algún factor de riesgo no es un indicador de portación del microorganismo y el frecuentar el ambiente hospitalario (como prácticas clínicas) no incrementa el riesgo para colonizarse con esta bacteria.

**Palabras clave:** *Staphylococcus aureus*, portación nasal



# ***TRABAJOS CLÍNICOS***

## DOMINANCIA HEMISFÉRICA: EVALUACIÓN ORIENTADORA DE LATERALIDAD

Dr. Gómez G. Juan Carlos, Díaz P. Daniel

Departamento de Neurología, Escuela de Medicina, Universidad de Santiago de Chile.

**Introducción:** Destacar la importancia de conocer el hemisferio cerebral cualificador. Reconocer su valor clínico a través de la anamnesis personal, antecedentes familiares y examen semiológico orientado a descubrir lateralidad motora y visual a través de la maniobra del aplauso y el estudio de manejo del agujero estenopecico, respectivamente.

**Objetivos:** Incluir somero estudio físico que permita orientar al clínico acerca de la dominancia hemisférica de determinados pacientes, considerando etiología de patologías neurolingüísticas, prevenir iatrogenia en intervenciones neuroquirúrgicas, estimular la elaboración de estudios de lateralidad en disfemia y optimizar entrenamiento de deportistas elite.

**Métodos:** Protocolo de investigación de dominancia hemisférica que incluye identificación del entrevistado, antecedentes mórbidos y dominancia familiar, examen físico, test clínico/semiológico específico para dominancia motora y óptica. El estudio nosológico fue realizado en 50 estudiantes de nuestra comunidad universitaria, 18 mujeres y 32 hombres entre 21 y 32 años.

**Resultados:** La maniobra de aplauso en los examinados permite descubrir diferencias de lateralidad cuando el individuo aplaude con las manos paralelas, señalando una contradicción en pacientes que referirían ser diestros, pero que presentarían una marcada dominancia cerebral derecha, destacándose el concepto de “zurdo corregido”. 46% de la muestra estudiada aplaudió con las manos paralelas, esto demuestra un alto porcentaje de corrección del hemisferio dominante.

**Conclusiones:** Nuestra información provee evidencia de que un alto porcentaje de la población diestra lo es porque fue inducido a serlo, esta información posee gran valor clínico en diversas áreas de la salud. Dada la existencia de una relación entre lateralidad y la etiología de determinadas patologías neurolingüísticas, este estudio aportaría importantes elementos en la práctica de la educación preescolar y familiar, psiquiatría infantil, psicología y fonoaudiología. Los resultados recomiendan determinar dominancia en individuos que serán sometidos a intervenciones neuroquirúrgicas. Consideramos necesario aplicar evaluación en pacientes disfémicos y exhortamos a iniciar investigaciones que consideren posible topografía hemisférica de dicha patología. Finalmente, advertimos la importancia de identificar la dominancia hemisférica motora en deportistas de alto nivel competitivo, optimizar su rendimiento dependería de un adecuado apoyo funcional del hemisferio cualificador y sus eferencias.

## INFECCIÓN GENITAL POR MICOPLASMAS Y SU IMPACTO EN LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACIÓN BENEFICIARIA DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

Borda S Paula<sup>1</sup>, Vargas S Renato<sup>1</sup>, Velásquez C Luis<sup>2</sup>, Salgado C Nicole<sup>2</sup>, Morales Z Francisco<sup>2</sup>, Cárdenas S Hugo<sup>2</sup>, Costoya A Alberto<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Unidad de Ginecología y Obstetricia, Escuela de Medicina, Universidad de Santiago de Chile. <sup>2</sup>Departamento de Biología, Facultad de Química y Biología, Universidad de Santiago de Chile

**Introducción.** La infertilidad afecta entre 10% y 15% de las parejas en edad reproductiva. La infección genital es una de sus principales causas en el mundo, y la patología tuboperitoneal resultante es una causa importante de disminución de la fertilidad, alcanzando en Chile hasta 40%. Los agentes etiológicos más frecuentes son *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae*; sin embargo, la mayoría de las salpingitis son asintomáticas y sólo se diagnostican a través de sus secuelas, mediante laparoscopia y laparotomía, sin ser posible determinar el agente causal del daño anatómico. Se ha postulado que los micoplasmas, agentes causales de infecciones y daños en otros parénquimas no genitales, sean también causales de infertilidad. Los datos existentes sobre la relación causal entre micoplasmas y daño tubario son actualmente controvertidos.

**Objetivo.** Analizar la correlación entre la presencia de micoplasmas en cérvix y trompas de falopio con infertilidad.

**Materiales y Métodos.** Los protocolos fueron aprobados por el comité de ética y se recolectaron las muestras previo consentimiento informado.

Se diseñaron tres grupos de pacientes. Se tomaron muestras de cérvix y de lavado tubario para determinar micoplasmas (*M. hominis*, *M. genitalium* y *U. urealyticum*), *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* con técnica PCR. El primer grupo incluyó pacientes que solicitaron esterilización tubaria (n=37), el segundo, pacientes infértiles sin factor tuboperitoneal (n=9) y el tercero pacientes infértiles con factor tuboperitoneal (n=32).

**Resultados.** Se han realizado PCR a 31 de 78 pacientes. Los PCR de cérvix resultaron 20% positivos en el grupo 1 y 28% en el grupo 3. Todos los PCR realizados al lavado de trompas de Falopio en los tres grupos resultaron negativos.

**Conclusión.** Actualmente, no hay correlación entre la presencia de micoplasmas en cérvix y trompas de falopio con infertilidad.

Financiado por DICYT de la Universidad de Santiago de Chile.



# ***TRABAJOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS***

## ASFIXIA NEONATAL Y MIOCARDIOPATIA HIPOXICA, VARIABLES CLÍNICAS Y DE LABORATORIO.

Páez A. Rosario, Meza G. Ximena, Guerra O. Mario, Peñailillo E. Marcos  
Aguilar M. Pedro.

Servicio Neonatología, Hospital El Pino. Universidad de Santiago de Chile.

**Introducción:** La miocardiopatía hipóxica isquémica (MHI) es una patología secundaria a la asfixia perinatal (ANN) que condiciona un cuadro clínico funcional sin alteraciones estructurales del corazón ni los grandes vasos. La signología es variable ocasionando diversos grados de alteración en la función cardíaca, cuyas manifestaciones clínicas, electrocardiográficas, y de laboratorio dependerán de la intensidad del daño y la capacidad de respuesta del miocardio.

**Objetivos:** Describir la relación entre el grado de severidad de la ANN y el desarrollo de MHI en los RN en el Hospital El Pino (HEP) durante el año 2008. Determinar la asociación de parámetros clínicos (apgar, prematurez) como de laboratorio (CK, CK-MB) con el diagnóstico ecocardiográfico de MHI en estos RN.

**Materiales y método:** Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes con diagnóstico de ANN en el servicio de neonatología del HEP durante el año 2008. Se comparó a los RN con ANN que presentaron MHI versus los que no. Se utilizó t-student para el análisis estadístico de las variables continuas (CK-Total, CK-MB, apgar) y test de chi 2 (x2) para las nominales (severidad y prematurez).

**Resultados:** Hubo 41 RN con diagnóstico de ANN. En 15 de ellos se encontró MHI. Del total de los asfixiados el 29,2 % presentó asfixia leve, 43,9% moderada y 26,8% severa. La severidad tuvo una asociación estadística significativa al desarrollo de MHI ( $p=0,03$ ). No hubo asociación estadística significativa entre el valor de CK-Total ( $p=0,5283$ ), CK-MB ( $p=0,63$ ), prematurez ( $p=0,3048$ ), apgar ( $p=0,7621$ ) y el desarrollo de MHI.

**Conclusión:** La severidad de la asfixia es un buen parámetro que podría utilizarse como indicador de riesgo de MHI. Sin embargo, pese a esta relación significativa no es despreciable clínicamente la presencia de MHI en RN con ANN leve. Por lo tanto, sugerimos el estudio con ecocardiografía como gold standar en todo paciente con ANN. CK, CK-MB, valor de apgar aislado y prematurez no tuvieron un valor significativo para realizar el diagnóstico de MHI, correlacionándose con la literatura.

## CARACTERIZACION DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS INGRESADAS A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Guerra O., Mario; Páez A., Rosario; Meza G., Ximena; Becerra R., Alfredo.  
Vásquez U., Patricio.

Unidad Alto Riesgo Obstétrico, Hospital San José. Universidad de Santiago de Chile.

**Introducción:** La mayoría de los embarazos y partos en nuestro medio se desarrollan sin complicaciones, sin embargo en algunas oportunidades se presentan enfermedades graves que pueden desencadenar una falla aguda y el consiguiente ingreso a una unidad de cuidados intensivos (UCI). Diversas son las patologías que justifican este ingreso las cuales pueden tener como consecuencia un aumento de la morbimortalidad materna y/o fetal o la interrupción precoz del embarazo.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia de ingresos a la UCI por pacientes obstétricas los años 2007-2008 en el Hospital San José (HSJ). Determinar las causas de ingreso y la mortalidad en estas pacientes. Asociar la causa de ingreso con la mortalidad.

**Materiales y métodos:** Se realizó un análisis descriptivo de las pacientes ingresadas a la UCI del HSJ los años 2007-2008. Para el análisis estadístico se utilizó el programa GraphPad, con uso de  $\chi^2$  para variables nominales.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 20 pacientes (edad materna  $29,6 \pm 7,7$  años; edad gestacional  $35 \pm 3$  semanas como promedio), lo que constituyó un 3,06% de los ingresos a la UCI y un 0,11% de todos los Recién Nacidos vivos del hospital. 12 pacientes ingresaron post-parto. Los principales diagnósticos de ingreso fueron: Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE) (10), Sepsis (5), Aborto séptico (2) y Hemorragia, Síndrome Convulsivo y Shock Anafiláctico (1). De las pacientes con SHE, 3 presentaron Eclampsia y 2 Síndrome de HELLP. 12 pacientes requirieron Ventilación Mecánica, mientras que 8 pacientes presentaron SDRA y 6 Shock. La mortalidad materna encontrada fue de un 15% encontrándose Shock (2) y Falla Multiorgánica (1) como causas principales. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico de ingreso de SHE ( $p=1.00$ ), Aborto séptico ( $p=0.842$ ) y shock anafiláctico ( $p=0.15$ ) con muerte. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre shock y muerte ( $p=0.0175$ ), no así con SDRA ( $p=0.5368$ ).

**Conclusiones:** El SHE es la principal complicación grave en pacientes obstétricas, presentándose la necesidad de VM como la causa más importante de ingreso a UCI. El aborto séptico sigue siendo causa importante de mortalidad modificable. Se asoció la presencia de shock durante la estadía de las pacientes a una mayor mortalidad. No hubo relación entre los diagnósticos de ingreso y la mortalidad.

## **DISTRIBUCIÓN DE LAS PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL HSJ**

Sade B. Cristina, Saavedra M. Daniela, Figueroa L. Juan Pablo, Saavedra M. Francisca, Dr Venegas L. Patricio  
Hospital San José, Universidad Santiago de Chile.

**Introducción:** Las patologías en la esfera de salud mental generan importante comorbilidad, estadías hospitalarias más prolongadas y de mayor costo. Junto a un gran impacto en la calidad de vida de los afectados. A nivel internacional se describe en pacientes hospitalizados un 17 - 35% de Trastornos de ánimo (TA) y a nivel nacional un 14.4% de Trastorno de Uso de Sustancias (TUS).

**Objetivo:** Describir y caracterizar las patologías psiquiátricas más prevalentes en los pacientes del hospital San José para así realizar una mejor focalización en las intervenciones de salud mental y en los distintos niveles de complejidad de atención.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo de 540 pacientes entre Enero y Julio de 2009 interconsultados por el equipo de Psiquiatría de enlace, cuyos diagnósticos fueron clasificados según el DSM-IV en cada uno de sus 5 ejes. Se caracterizó según sexo y edad, a las 2 patologías más frecuentemente encontradas. El análisis estadístico se realizó en SPSS versión 13.

**Resultado:** Del total de pacientes entrevistados la distribución por sexo fue 74%(400) mujeres y 26%(140) hombres, estadísticamente significativa (74% v/s 26%  $p < 0,005$ ). La patología más prevalente correspondió a los Trastornos de Animo (TA) 26% (140) con diferencia significativa entre mujeres 79% (110) y hombres 21% (30). No así con respecto a edad y nivel socioeconómicos.

La segunda patología más frecuente con un 20%(108) fueron los Trastornos por Uso de Sustancia (TUS) 50% (54) mujeres y 50% (54) hombres. Siendo la patología más frecuente en el sexo masculino. Sin significancia estadística para el sexo y nivel socioeconómico Si para su distribución etárea, 73%(37) en mujeres menores de 30 años y 57% (31) en hombres entre 3° y 4° década.

**Conclusiones:** Los TA fue la patología más frecuente en la población estudiada, con predominio femenino sin distribución etárea significativa. Los TUS fue la segunda patología psiquiátrica más frecuente y la de mayor prevalencia en hombres siendo su distribución no significativa en cuanto a sexo, pero sí en cuanto a edad cuya discusión se preserva para posterior análisis.



## DISTRIBUCIÓN Y MORBILIDAD DE LOS ACCESOS VASCULARES EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS.

Cid S.Ximena<sup>(1)</sup>, Sade B.Cristina<sup>(1)</sup>, Barreda S.Leopoldo<sup>(1)</sup>. Tutor: Quinteros G. Neiro<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Internos medicina, Universidad de Santiago de Chile.

<sup>(2)</sup>Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT)

**Introducción:** El acceso vascular (AV) en los pacientes en hemodiálisis (HD) condiciona la eficiencia de la HD y la morbilidad y calidad de vida del paciente. Al no contar con datos nacionales hemos realizado un estudio basándonos en la población en HD del HBLT, la más numerosa del país.

**Objetivos:** Conocer la distribución y comportamiento de los AV en la población en estudio en cuanto a: tipo de AV con el cual inician la HD, tiempo entre inicio de HD y realización de fistula arterio-venosa (FAV), ingresos hospitalario por complicaciones del AV en el período de un año y riesgo de complicaciones según el tipo de acceso.

**Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo basándonos en los datos obtenidos mediante revisión de 100 fichas clínicas elegidas según disponibilidad de un total de 364 fichas de pacientes que iniciaron HD en HBLT entre el año 2007 y 2008. El análisis estadístico se hizo con SPSS versión 15.

**Resultados:** El AV utilizado al inicio de la HD fue en el 48% una FAV natural, en el 42% un catéter transitorio (CT), en el 7% un catéter tunelizado y en un 3% una prótesis vascular. En el grupo que iniciaron HD a través de un CT el 28,5 % presentaba una FAV inmadura, el resto esperaron en promedio 35 días para su confección.

La hospitalización en el transcurso de un año por infección del AV se requirió en el 21,4% de los paciente que iniciaron con CT versus 2% de los que iniciaron con FAV. La hospitalización por trombosis fue de 16,6% y 9% respectivamente.

Al realizar el análisis estadístico el riesgo, definido por el OR (odds ratio), de tener trombosis con CT versus los otros AV es de 1,75 (0,3-11,00)  $p < 0.4$ . El OR de tener trombosis con FAV versus los otros AV es de 0,57 (0,09-3,00)  $p < 0.4$ . El OR de tener infección con CT frente a los otros AV: 0,96 (0,09-21,00). El OR de tener infección con FAV: 0,11 (0,00-11,00).

**Conclusión:** Al inicio de la HD el AV más utilizado en el HBLT es la FAV, en segundo lugar es el CT con una cantidad de complicaciones claramente mayor que la FAV. Sin embargo, el análisis estadístico del riesgo de presentar trombosis o infección según el tipo de AV resultó ser no significativo. Por lo que proponemos la necesidad de aumentar el número de casos estudiados.

**LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN SERVICIO MEDICINA, HOSPITAL SAN JOSÉ. REVISIÓN DE 3 AÑOS.**

Sepúlveda T. Julián, Sanhueza G. Paola, Sanhueza G. Pamela, Romero V. Felipe,  
Dr. Varela V. Joaquín  
Hospital San José, Universidad de Santiago de Chile.

**Introducción:** Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad crónica autoinmune, multisistémica, de etiología desconocida que presenta gran espectro de manifestaciones clínicas. Los órganos más afectados son piel, serosas, médula ósea, riñones y SNC. Prevalencia estimada en 17-50 por 100.000 personas, variable según las distintas regiones. Afecta preferentemente a mujeres con proporción mujeres/hombres de 7/1.

**Objetivos:** Caracterización epidemiológica y clínica de pacientes con diagnóstico reciente de LES hospitalizados en Servicio de medicina del Hospital San José.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico reciente de LES entre 2006-2008. El diagnóstico de LES según los criterios de American College of Rheumatology (ACR). Se descartó sobreposición con otra afección del tejido conectivo.

**Resultados:** De 9010 pacientes hospitalizados, 24 con diagnóstico de LES reciente (0,3%), Edades fluctuando entre 19 a 74 años. 21 mujeres (88%), 3 hombres (12%), con relación 7:1. Edad promedio 39 años. En 5 pacientes (21%) el diagnóstico de LES fue realizado después de los 50 años (LES de inicio tardío). El 100% de los pacientes presentó ANA (+). En relación a las manifestaciones clínicas: síntomas sistémicos (CEG y fiebre) 92%, osteoarticulares (artritis y artralgiás) 83%, dermatológicos (lesiones específicas e inespecíficas) 83%, renal (glomerulonefritis clínica) 46%, Anemia 54%, serositis 33% y compromiso SNC (disfunción cognitiva) 21%. Dentro de los hallazgos cutáneos frecuentes destaca fotosensibilidad 67%, eritema malar 33% y fenómeno de Raynaud 17 %.

**Conclusiones:** Incidencia de 7 x 100.000 habitantes estimada en población del área norte de Santiago en 3 años, es inferior a registros nacionales, resultado esperable al sesgo de incidencia en pacientes hospitalizados. Relación mujeres/hombres (7:1), edad media de 39 años e incidencia LES de inicio tardío (21%) que se obtuvo concordante con estudios a nivel nacional. Todos los pacientes presentaron ANA (+), criterio diagnóstico (ACR) esencial en nuestro centro (presente en 95-98% de LES). En manifestaciones clínicas, destaca sistémicas, osteoarticulares y dermatológicas como las más frecuentes, sin diferencias significativa en cuanto a edad ni sexo ( $P>0,05$ ). Cabe destacar que el presente estudio se basa en un centro de referencia y no a nivel poblacional.

**SINDROME CORONARIO AGUDO ASOCIADO A PUENTES MUSCULARES:  
EXPERIENCIA DE 1 AÑO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  
CARDIOLOGICOS.**

Valdebenito P. Carlos<sup>1</sup>, Caro E. Marcela<sup>1</sup>, Abarca C. Carolina<sup>1</sup>, Salas P. José Ignacio<sup>1</sup> Meza Russeth<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Internos de Medicina Universidad de Santiago de Chile. <sup>2</sup> Médico Docente en Cardiología. UCIC. Hospital Barros Luco Trudeau

Las arterias coronarias tienen habitualmente un curso epicárdico. Sin embargo, ocasionalmente haces de fibras musculares recubren un trayecto variable de una arteria coronaria, determinando trayectos intramiocárdicos, situación denominada puente muscular (PM). Su incidencia varía en función del método de estudio utilizado, así en series angiográficas oscila entre el 0,82 y el 4%, mientras que en los estudios autópsicos varía entre el 23 y el 55%. Generalmente son únicos y comprometen a la arteria descendente anterior (ADA). Se manifiesta principalmente como cuadro anginoso típico con coronarias normales en la coronariografía.

Objetivos: Describir incidencia, características clínicas y hallazgos coronariográficos de pacientes con diagnóstico de SCA y presencia de PM en arterias coronarias.

Material y método: Estudio descriptivo. Se revisó 6 fichas clínicas correspondientes a los pacientes con diagnóstico de SCA y cuya coronariografía evidenció la presencia de PM ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos (UCIC) del Hospital Barros Luco Trudeau entre enero de 2008 y enero de 2009.

Resultados: De los 405 pacientes con SCA ingresados en el periodo analizado, 6 presentaron PM (1,48 %). De éstos, la relación hombre: mujer fue de 2:1, con un promedio de edad de 48, 5 años. La frecuencia relativa de factores de riesgo para enfermedad aterosclerótica fue de 0.8, siendo el tabaquismo, la HTA crónica y la dislipidemia los factores presentes. Su presentación clínica fue Infarto Agudo al Miocardio (IAM) en 4 de ellos (0.6) y el resto como angina inestable. A la coronariografía: todos presentaron el PM en la ADA. Se evidenció 4 pacientes (0.6) en que el PM se presentó aislado, sin lesiones ateromatosas significativas en otros vasos y 2 (0.3) con lesiones difusas ateromatosas de A. coronarias. Todos los pacientes se manejaron al alta con bloqueadores de canales de calcio y antiagregantes plaquetarios.

Conclusiones: Se evidencia una incidencia de PM similar a lo encontrado en series angiográficas internacionales. Se concuerda en que es más frecuente en el sexo masculino y de localización mayoritaria en la ADA. En 4 de 6 pacientes el único hallazgo coronariográfico fue el PM. En todo paciente con SCA, sin evidencias de lesiones ateromatosas coronarias, se debe sospechar a los PM como posible etiología.



# ***TRABAJOS EPIDEMIOLÓGICOS***

**AUTOMEDICACION EN ESTUDIANTES DE SEGUNDO AÑO DEL AREA DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD SAN SEBASTIAN, CONCEPCION, CHILE 2009.**

<sup>1</sup>Beatriz Fernández, <sup>2</sup>Daniela Jara, <sup>2</sup>Carolina Ogalde, <sup>2</sup>Karen Yáñez

<sup>1</sup>Enfermera Directora Escuela Enfermería USS

<sup>2</sup>Enfermeras en Formación USS

A lo largo de la historia de la Humanidad, la automedicación, ha sido la forma más utilizada para el mantenimiento de la salud. Así, se convierte en una práctica frecuente en el mundo, pero sin hacer relevancia en el papel de los consumidores en la elección y consecuente uso apropiado de los medicamentos.

Este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, prospectivo, cuya objetivo fue determinar el nivel de automedicación a través de la prevalencia, frecuencia y tipo de medicamento utilizados y los factores que influyen en la automedicación de los alumnos de segundo año de las carreras del área de la salud en la Universidad San Sebastián sede Concepción durante el año 2009.

La muestra estuvo constituida por 227 alumnos de las carreras de Enfermería, Medicina, Kinesiología, Nutrición y Dietética, Tecnología Médica, Fonoaudiología, Química y Farmacia Y Terapia Ocupacional, de segundo año académico de la Universidad San Sebastián Sede Concepción; a quienes se les aplico un cuestionario siendo seleccionados al azar, se les pregunto si se auto medicaban sus familiares, amigos y ellos, su rango económico, con quien viven, la frecuencia de consumo, época y con que tipo de medicamentos se automedican.

El análisis descriptivo permitió conocer el perfil de la muestra: la media de edad fue de 20 años con una desviación estándar de 2.49 años, mayoritariamente de sexo femenino, con ingresos familiares en rango 500.000-650.000 pesos, con afiliación, y con la presencia de padres en casa, tienen a quien acudir cuando se encuentran enfermos, siendo el 82.4% de la muestra quienes se automedican, de estos la mayor parte de sus familiares y amigos se automedican, siendo estas variables influyentes en la automedicación de los alumnos. Además arrojó que los medicamentos mas utilizados fueron antiinflamatorios con un 75.3 % y los analgésicos 79.7%.

El análisis inferencial arrojó que existen diferencias estadísticamente significativas con un  $p > 0.05$  entre la automedicación y las variables: sexo, afiliación, automedicación de la familia del encuestado y automedicación de los amigos del encuestado.

De acuerdo con esto se puede concluir que las personas con mayor nivel económico acceden menos a los servicio de salud y se automedican mas, las mujeres se automedican un 18.5% mas que los Hombres. Los alumnos que viven con sus padres se automedican en un 64.6% mas que los que no viven con sus padres. Se observó que el 92% de los alumnos han empleado uno o más medicamentos por cuenta propia, siendo los más utilizados los analgésicos antiinflamatorios y antifebriles, un 84%.refiere que esta conducta se debió en un 50% a la presencia de síntomas leves. la automedicación fue mayoritaria mente esporádica solo cuando lo necesitaban con un 75.3%, la prevalencia mas alta fue en estudiantes de 20 años y los fármacos mas utilizados fueron los analgésicos con un 79.7% y los antiinflamatorios con un 75.3%.

## CARACTERIZACIÓN DE PARTOS MACROSOMICOS EN PRIMIGESTAS

Espinoza Z. Marcela, Millán V. Carlos, Cortés F. Victor, Dr. Jaime Martínez Chavez  
Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte

**Introducción:** Se define macrosomía fetal al peso de nacimiento mayor a 4000 grs., se asocia a un riesgo relativo de morbilidad materna y fetal. No existen estudios en nuestra región que muestren el resultado perinatal de las pacientes primigestas, cuyos partos tienen un peso mayor o igual a 4.000 grs.

**Objetivo:** Analizar situación de pacientes primigestas que tuvieron recién nacidos cuyo peso fue mayor o igual a 4000 grs. Describir el resultado perinatal en estas pacientes.  
**Material y método:** Periodo en estudio noviembre 2007-diciembre 2008. Se realizó revisión del libro de Partos de la maternidad, seleccionando pacientes primigestas. De ellas se extrajeron los Recién nacidos cuyo peso al nacer fue igual o mayor a 4.000 grs.

**Resultados:** Total de partos del periodo 3.476 partos. 45% de los partos fue en pacientes primigestas (1567). De éste total 104 fueron primigestas cuyos fetos fueron mayores a 4.000 grs. (6,6%). La media de la edad en las fue pacientes 22,3 años. Rango etáreo de 14-36. 97% fueron partos de término. Los partos operatorios (cesárea y fórceps) fue de un 70%, mayor porcentaje en comparación con los partos en primigestas en general (57%) aunque no significativo. De las 72 cesáreas realizadas, la causa más frecuente de ésta fue la desproporción cefalo pélvica. 25 % fueron cesáreas electivas. En cuanto a los recién nacidos 65% de sexo masculino, peso promedio 4.188 grs. 5 recién nacidos con diagnóstico sufrimiento fetal agudo, 3 de ellos requirieron ingreso a Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.

**Conclusión:** Se muestra la realidad local en relación a los resultados obstétricos de partos macrosómicos en primigestas. Queda a discusión la recomendación de someter inmediatamente a cesárea electiva a aquellas primigestas con EPF mayor a 4.000 grs, debido a que luego de una prueba de trabajo de parto la gran mayoría requerirá cesárea

**Palabras Clave:** macrosomía, primigestas, cesárea electiva

## DESCRIPCIÓN Y MANEJO DE EMBARAZADAS VDRL (+) EN EL HOSPITAL EL PINO

Caviedes, B. Paola, Molina, A. Rossana, Hernández Mariluz  
Hospital El Pino, Universidad de Santiago de Chile

**INTRODUCCIÓN.** En Chile, la morbilidad por sífilis en todas sus formas muestra una tendencia a mantenerse estable desde 1990. La transmisión al feto es del 80 -100%. Si la madre se infecta poco antes, o, en las primeras semanas de gestación, se produce un daño fetal severo y habitualmente aborto espontáneo. Sólo un pequeño porcentaje nacerá sano. Para ello, se ha creado la vigilancia nacional con 4 controles de VDRL durante el embarazo. Este trabajo se creó con el objetivo de caracterizar la situación de salud, estudio y manejo de embarazadas VDRL +

**MATERIALES Y MÉTODOS.** Se realizó un estudio retrospectivo entre Julio y Octubre del 2008 en la Maternidad del H. El Pino, donde se analizan todos los casos VDRL +

**RESULTADOS.** De un total de 112 embarazadas, se obtuvo 23 pacientes con VDRL +. De estas, el 34,78% corresponde a menores de 20 años. El 47,83% eran convivientes. Tan solo el 30,43% habían completado sus estudios de enseñanza media. Un 69,57% no presentaba antecedentes de drogadicción. El 52,38% contaban con el antecedente de su primer VDRL +, de los cuales 23,81% no recibieron tratamiento o este fue incompleto. Se realizaron pruebas treponémicas confirmatorias en un 56,52%, y tan sólo un 17,39% resultaron positivas. Además un 30,43% no acudieron a controles

**CONCLUSIONES.** La edad, el nivel educacional, y el escaso control prenatal son factores de riesgo para presentar VDRL +, a excepción de lo que ocurre con la drogadicción comparado con la bibliografía revisada

Pese a que existen medidas de supervisión implementadas a nivel ministerial, con este trabajo se observa la necesidad de efectuar instancias de consejería permanente, y así reducir la deserción, ya que en múltiples casos presentaban el antecedente de VDRL + previos sin haber recibido la supervisión correspondiente, y aún más no existe interés en el seguimiento de esta patología. Por esto, se puede suponer que existe dificultad en la comunicación entre atención primaria y centros de mayor complejidad que expliquen la falta de seguimiento

## EDAD MATERNA Y ESTADO NUTRICIONAL AL AÑO DE EDAD EN UNA LOCALIDAD RURAL DE LA VIII REGIÓN

Valdebenito P. Carlos, Abarca C. Carolina, Fuenzalida C. Loreto, Bernal R. José  
Dra. Russeth Meza  
Hospital de Florida. VIII región. Universidad de Santiago de Chile

En Chile uno de cada tres niños menor de 6 años tiene un peso sobre el rango normal, con 10% de obesos y 22,1% en sobrepeso (Minsal.2008). La edad materna menor a 25 años se ha relacionado como factor de riesgo de obesidad en preescolares. Son mínimos estudios de factores de riesgo de malnutrición en lactantes.

**Objetivos:** Caracterizar y comparar el estado nutricional de lactantes al año de vida de una localidad rural según sean hijos de madres adolescentes ( $\leq 19$  años) o madres adultas ( $>19$  años). **Hipótesis:** lactantes de madres adolescentes presentan más trastornos nutricionales comparados con los de madres adultas.

**Material y método:** Revisión de fichas de lactantes de un año en control sano del Hospital de Florida, VIII región. Se excluyen lactantes pretérmino y con alguna enfermedad grave. Se obtienen los datos de edad y escolaridad materna al año, peso y talla del RN al nacer y su estado nutricional según relación P/T al año de vida. Análisis mediante Test de medias y Chi- Cuadrado, significancia  $p < 0.05$ .

**Resultados:** 365 cumplen criterios de inclusión, con 70 lactantes de madres adolescentes (19,1%) y 295 de madres adultas (80,8%). Su promedio de edad fue de:  $17,5 \pm 1,5$  DS y  $29,5$  años  $\pm 6,2$  DS respectivamente, con edades medias para ambos grupos diferentes ( $p: 0.000$  Levene). La escolaridad promedio del grupo adolescente fue de 9,4 años y de 9,6 para el grupo adulto. Dentro del grupo de madres adolescentes, el peso y talla promedio de sus RN fue de: 3289,4 gr. y 50,2 cm. respectivamente. El estado nutricional de sus hijos al año fue de 5 obesos (7,1%), sobrepeso: 17 (24,2%), adecuado: 44 (62,8%), en riesgo de desnutrir 2 (2,8%), sin presencia de lactantes desnutridos. En los lactantes de madres adultas, el peso de sus RN promedio fue de 3334,0 gr, con talla promedio de 50,0 cm. El estado nutricional: 35 de lactantes obesos (11,8%), 60 sobrepeso (20,3%), 188 adecuados (63,7%), 11 en riesgo de desnutrir (3,7%) y 1 lactante desnutrido (0,3%). ( $\chi^2: 0,866$ )

**Conclusiones:** no existe evidencia para afirmar que hijos de madres adolescentes presenten diferente estado nutricional con respecto al de hijos de madres adultas. Se necesita estudiar más factores que incidan en el estado nutricional de lactantes al año de vida.



## GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO Y SU CORRELACION CON CARACTERISTICAS MATERNAS

Couve C.<sup>1</sup>, Cid X.<sup>1</sup>, Hernández S.<sup>1</sup>, Sade C.<sup>1</sup>, Partarrieu S.<sup>1,2</sup>, Morales F.<sup>2,3</sup>  
<sup>1</sup>Usach, <sup>2</sup>Hospital San José (HSJ), <sup>3</sup>Universidad Andrés Bello

**Introducción:** La Ganancia de Peso Excesiva (GPE) durante el embarazo es frecuente y constituye un factor de riesgo de resultados adversos maternos y neonatales.

**Objetivos:** Analizar la GP durante el embarazo y su correlación con características maternas.

**Método:** Análisis retrospectivo de 582 mujeres con embarazos únicos, >34 semanas, controladas en el HSJ entre Marzo y Junio de 2008. Se analizó la GP, Edad, Índice de Masa Corporal Pregestacional (IMCp) y Paridad maternas. Se conformaron grupos según IMCp: <18.5 (Grupo1), 18.5–24.9 (Grupo2), 25–29.9 (Grupo 3) y ≥30 (Grupo 4) y se definió GPE como el aumento >18kg, >16kg, >11.5kg y >9kg en los grupos 1, 2, 3 y 4 respectivamente. Paralelamente se conformaron grupos según edad y paridad. El análisis estadístico de regresión lineal se realizó con el programa STATA 10.0

**Resultados:** De las 582 pacientes 1.37% correspondió al Grupo1, 25.77% al Grupo 2, 35.39% al Grupo 3 y 37.45% al Grupo 4. Encontrándose GPE en 12.5%, 22%, 49.51% y 73.39% de los grupos 1, 2, 3 y 4 respectivamente. La GP promedio fue 13.06kg en las mujeres <20años y 10.4kg en las ≥35años. 10% del grupo más joven y 4.05% del grupo de mayor edad tuvo GP>20kg. El coeficiente de regresión (CR) para la edad fue -0.136 con P<0.001. Por cada año de edad disminuye la GP en 0.136kg. La GP promedio en Nulíparas (M<sub>0</sub>) fue 13.08kg y en multíparas de 3 o más (M<sub>≥3</sub>) fue 9.6Kg, con GP>20kg en 12.49% de M<sub>0</sub> y 1.42% de M<sub>≥3</sub>. El CR para paridad fue -0.668 con un P<0.001. Por cada embarazo previo existe disminución de GP en 0.668kg. El CR para IMCp fue 0.077 con P=0.076 siendo no significativo.

**Conclusiones:** La mayoría de las mujeres comienzan el embarazo con sobrepeso u obesidad y tienen GPE durante la gestación. Las nulíparas y jóvenes constituyen el grupo de mayor riesgo de GPE, con los riesgos maternos y neonatales que ella conlleva tanto a corto como a largo plazo.

## HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ACTIVIDAD FÍSICA EN ALUMNOS UNIVERSITARIOS DE DOS CARRERAS DIFERENTES

Cabrera R., Gissela, Tapia V., Juan, Sepúlveda B., Silvia  
Laboratorio de Investigación Científica Emory Black (LICEB), Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina. Universidad de Santiago de Chile

Diversos factores influyen en la mantención de la salud y la estabilidad orgánica de las personas, dentro de los cuales se encuentran los hábitos alimenticios y la práctica de actividad física, que son el pilar fundamental para la prevención de enfermedades crónicas (OMS, 2004)

En el presente trabajo de corte transversal, comparativo-correlacional, se estudiaron los hábitos alimentarios y la actividad deportiva de alumnos universitarios con el fin de determinar si existen diferencias en la condición nutricional y en la física, que pudiesen estar relacionados con el tipo de carrera que estudian. Se seleccionó como muestra a alumnos de 1° año de Obstetricia y de Licenciatura de La Actividad Física (LICAF), carreras muy distintas desde el punto de vista de la formación profesional respecto a la actividad física.

La muestra estuvo compuesta de 33 alumnos de cada carrera y el estudio se desarrolló entre mayo del 2008 y Septiembre 2009. Para conocer los hábitos alimenticios de los alumnos se les aplicó una encuesta personal, previo consentimiento informado y se evaluó su grado nutricional de manera indirecta a través del test CAGRE y la condición física a través del test Rufier.

La encuesta nutricional arroja que en general ambos grupos de estudiantes poseen malos hábitos alimenticios, enfocándose en aspectos poco saludables (mucho contenido de grasas, cafeína y hábitos tabáquicos). La evaluación de la medida del test CAGRE en el grupo de alumnos de Obstetricia indicó al igual que el punto anterior que tenían una deficiencia vitamínica, iguales medidas para el grupo de alumnos de LICAF se están realizando a la fecha de entrega de este resumen. Respecto de la evaluación de la condición física, se encontró que los alumnos de LICAF se encontraban mejor preparados para realizar actividad física intensa clasificándose de acuerdo con la escala de Rufier en excelente (46,15% de la muestra de LICAF contra un 6.06% en la muestra de Obstetricia). Con esto concluimos que la muestra compuesta por alumnos de ambas carreras poseen malos hábitos alimenticios, pero que probablemente debido a su formación, los alumnos de LICAF presentan niveles superiores de condición física.

## INFECCIONES DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A CATÉTER VENOSO CENTRAL

Perales C., Juan, Barbagelata G., Stella, Lacámara R., Celeste, Cortés H., Pedro  
Universidad de Santiago de Chile, Hospital San José

**Introducción:** Las infecciones del torrente sanguíneo (ITS) son una de las complicaciones más graves y mortales que pueden ocurrirle a un paciente hospitalizado. Existen múltiples factores de riesgo, siendo uno de los principales, el uso de catéteres venosos centrales (CVC). Factores adicionales asociados con mayor riesgo de ITS por CVC son colonización del catéter con microbiota cutánea. Su importancia radica en su elevada letalidad (20%) a pesar de su baja incidencia, determinado el interés de definir medidas para su prevención y control.

**Objetivos:** Conocer la frecuencia y etiología de las ITS asociadas a CVC en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital San José (HSJ) ocurridas durante el año 2008, definir la resistencia de los microorganismos aislados y comparar la tasa obtenida con los índices nacionales.

**Materiales y Métodos:** Revisión de estadísticas y datos de vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias correspondientes al año 2008 (enero a diciembre) para ITS por CVC en la UCI del HSJ; revisión retrospectiva de 7 fichas clínicas correspondientes a los casos detectados de ITS por CVC en dicho periodo.

**Resultados:** En UCI se registraron 7 casos ITS por CVC en 235 pacientes cateterizados. Analizando los datos en base porcentajes y tasas se obtuvo que en un 43% de los casos se aisló *Klebsiella pneumoniae* (KPN) como microorganismo patógeno, presentando 100% de resistencia a cefalosporinas de primera y tercera generación, amikacina y ciprofloxacino. Obteniéndose una tasa de infección de 2.9 por 1000 días catéter.

**Conclusiones:** KPN es el patógeno más frecuentemente aislado en las ITS por CVC en la UCI del HSJ, no concordando con la realidad nacional, ubicándose en el tercer lugar luego de *S. aureus* y *S. coagulasa* (-), presentando una resistencia antibiótica acorde a lo descrito en la literatura. La baja tasa obtenida en la UCI del HSJ de 2.9 por 1000 días catéter en comparación con el indicador MINSAL de 3.6, demuestra el alto grado de control de los factores de riesgo para la prevención de las ITS por CVC.

## INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Espinoza Z. Marcela, Cortés F. Victor, González E. Hugo, Dr. Barberis C. Franco. MsC  
Lancellotti G. Domingo  
Facultad de Medicina. Universidad Católica del Norte

**Introducción:** El fenómeno suicida considera pensamientos y/o actos que realizados en su totalidad conducen a injuria o muerte. El intento de suicidio es más frecuente que el suicidio. No existen en nuestra región estudios que muestren el perfil del paciente pediátrico que ingresa por intento suicida.

**Objetivo:** Caracterizar el perfil psico social de los pacientes con intento de suicidio que fueron hospitalizados en el Servicio de pediatría de los hospitales de Coquimbo y La Serena durante el año 2008.

**Material y Método:** Se realizó estudio descriptivo retrospectivo donde se revisaron fichas clínicas de 16 pacientes pediátricos. Se analizaron datos socio demográficos y psicológicos, así como también la derivación a policlínico de psiquiatría infanto-juvenil.

**Resultados:** Total 16 casos, 12 pacientes de sexo femenino. ( $P < 0,05$ ) La edad promedio 12,8 años, rango entre 6 y 14 años. 15 pacientes adolescentes. 5 pacientes con antecedentes mórbidos previos. Tres pacientes con intento suicida previo. 8 niños vivían sólo con un progenitor y en siete de ellos los padres tenían patología psiquiátrica o neurológica. 9 de ellos tenía antecedente de disfunción familiar. ( $P = 0,8$ ) En relación al evento, 13 de ellos tuvo intento suicida con ingestión medicamentosa, ( $P < 0,05$ ) especialmente ansiolíticos. 5 niños requirieron internación en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. El motivo principal por el que cometieron fue pelea con algún familiar o amigo. De los pacientes 9 fueron derivados a la Unidad Infanto Juvenil, pero sólo dos realizaron el tratamiento completo.

**Conclusión:** Se muestra el perfil del paciente pediátrico hospitalizado por intento de suicidio. Es importante conocer la epidemiología de la realidad local en relación a este fenómeno, para diseñar estrategias preventivas tales como restricción parental de medicamentos y promover el conocimiento y la comunicación familiar, así como también la importancia del seguimiento clínico.

**Palabras Clave:** Intento de suicidio, ingesta medicamentosa, pediatría

## PERCEPCIÓN DE SOBRECARGA EN CUIDADORAS INFORMALES DE ADULTOS MAYORES POSTRADOS”

<sup>1</sup>Guíñez, F. Patricia, <sup>1</sup>Herrera, H. Andrea, <sup>2</sup>Sanhueza, P. Marcela, <sup>3</sup>Torres, A. Alexandra  
<sup>1</sup>Alumnas de 5<sup>o</sup> año de Enfermería de la Universidad San Sebastián Sede Concepción,  
<sup>2</sup>Magíster en Enfermería especialidad en administración y gestión del cuidado, Diplomada en Salud Familiar, <sup>3</sup>Magíster En Bioestadística Universidad de Chile, Licenciada En Epidemiología Pontificia Universidad Católica de Chile, Doctor en Enfermería Universidad de Concepción

**INTRODUCCION:** Durante el último tiempo, Chile ha evolucionado hacia un mayor envejecimiento de la población, lo que incluye en un gran porcentaje pérdida de autovalencia, situación que es compensada a través de personas que en su mayoría, también son adultos mayores y prevalentemente de sexo femenino, que al no tener una preparación ó instrucción específica en los cuidados de los mayores dependientes son llamados “cuidadores informales”.

**OBJETIVOS:** Conocer la percepción de sobrecarga en sus diferentes dimensiones (física, psicológica y social), de las cuidadoras informales de pacientes adultos mayores postrados inscritos a móvil de postrados de la dirección de administración y salud Concepción. Perfilar los factores relacionados con la percepción de sobrecarga en sus diferentes dimensiones (física, psicológica y social) de las cuidadoras informales.

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

**TIPO DE ESTUDIO:** Cuantitativo, descriptivo, no experimental, retrospectivo, de corte transversal y de análisis causal e inferencial.

**TIPO DE MUESTRA:** Aleatoria, estratificada e intencionada, Simple probabilística, que corresponde al 66% del universo, es decir 66 personas, este porcentaje se obtuvo calculando nuestro un 95% de confianza y un 2.5% de error.

**METODO:** Encuesta a mujeres cuidadoras informales de pacientes adultos mayores postrados. Utilizando escala de Zimet y Zarit .

**TECNICA:** Cuestionario y entrevista.

**RESULTADOS:** El perfil de la cuidadora informal en promedio tienen 51 años, con enseñanza básica incompleta, pasa al cuidado del adulto mayor de 24 horas al día, con regular percepción de salud, bajo apoyo social y alta sobrecarga. Al analizar la correlación de las variables, resultaron significativas la edad y percepción de salud ambas influyen en la sobrecarga, a mayor edad mayor sobrecarga, a mejor percepción de salud, menor percepción de sobrecarga.

**CONCLUSIÓN:** Se desprende del análisis, que el perfil de la cuidadora informal de adultos mayores postrados, corresponde a un promedio de edad de 51 años, con una desviación estándar de 12 años, enseñanza básica incompleta, percepción de salud regular y bajo apoyo social. Las variables que influyen significativamente en la sobrecarga de las cuidadoras son, la edad con un P de 0.05 y la percepción de salud con una P de 0.010 lo que es altamente significativo.

## PERFIL DEL LACTANTE USUARIO DE CORTICOIDES INHALADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Borda S. Paula, Zúñiga V. Bárbara, Aguilar M. Pedro.  
Unidad de Pediatría, Escuela de Medicina, Universidad de Santiago de Chile.

### **Introducción**

Entre las consultas más frecuentes en Atención Primaria (AP) está el Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente (SBOR) en lactantes. Los corticoides inhalados se recomiendan en lactantes con SBOR moderado y severo, según clasificación ministerial, independientemente de su fenotipo clínico.

**Objetivo.** Describir el perfil clínico del SBOR de lactantes tratados con corticoides inhalados en un centro de AP del sector norte de Santiago de Chile.

**Pacientes y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, a partir de las fichas clínicas de lactantes con SBOR, de hasta dos años de edad, ingresados a tratamiento con corticoides inhalados durante el año 2008 en el Consultorio Lucas Sierra, comuna de Conchalí. Variables de estudio: edad, sexo, edad y perfil del primer SBO, frecuencia y severidad de los SBO, antecedentes familiares y respuesta a tratamiento.

**Resultados.** Hubo 43 lactantes en terapia corticoidal (74,4% varones) en 2008. Entre los varones, el primer SBO fue en promedio ( $\pm$  D.S.) a los 3,4 meses ( $\pm$  2,2) y en las mujeres a los 5,5 meses ( $\pm$  2,7) ( $p < 0,05$ ). Inicio del tratamiento corticoidal en varones: a los 9,8 ( $\pm$  3,9) meses y en mujeres a los 13,8 ( $\pm$  4,3) meses ( $p < 0,05$ ). Número de episodios de SBO previos al inicio del tratamiento no queda registrado en el 79% de los casos. Tampoco se conoce (en %) las siguientes variables pre-tratamiento: uso de corticoides sistémicos (33%), consultas a urgencia (32%), duración de los SBO (53%), duración de los períodos intercrisis (86%), morbilidad perinatal (92%), morbilidad personal no SBOR (72%), antecedente de asma en la familia (23%) ni las características del SBOR post-tratamiento a los 3 (47%) y 6 (66%) meses.

**Conclusión.** Los varones inician más precozmente su SBOR y la terapia corticoidal inhalada, la que se instaura en promedio, en ambos sexos, 6 meses desde iniciado el SBOR. Existen omisiones importantes de registro que pudieran afectar la caracterización fenotípica de lactantes con SBOR en AP y su seguimiento, por lo que se sugiere mejorar dicha información.

## PIELONEFRITIS AGUDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN SERVICIO MEDICINA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ. REVISIÓN DE 2 AÑOS.

Figueroa L. Juan P., Sanhueza G. Paola, Sepúlveda T. Julián, Sanhueza G. Pamela,  
Dr. Varela V. Joaquín.  
Hospital San José, Universidad de Santiago de Chile.

**Introducción:** Pielonefritis aguda (PNA), corresponde a una importante causa de hospitalización en Chile. Se define como una infección del tracto urinario, específicamente del parénquima y pelvis renales comprobada con urocultivo positivo. Se considera que PNA es no complicada cuando la infección es causada por patógeno típico en paciente inmunocompetente y con anatomía renal normal. El principal patógeno aislado en nuestro país es *Escherichia coli* (*E.coli*) correspondiendo a 80-90%. La falta de diagnóstico y tratamiento oportuno, puede conducir a complicaciones sépticas e insuficiencia renal crónica, de ahí la importancia de iniciar un tratamiento empírico frente al agente y perfil de resistencia más frecuente del centro Hospitalario donde se identifique

**Objetivos:** Caracterización de pacientes con PNA, agentes etiológicos aislados y sensibilidad antibiótica general, en Servicio de medicina Hospital San José durante el periodo 2007(01/ene)-2008(31/dic)

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico de PNA, confirmada con urocultivo, hospitalizados entre 2007- 2008. Revisión de fichas protocolizadas más análisis de datos estadísticos hospitalarios. 196 fichas revisadas de pacientes con diagnóstico de PNA

**Resultados:** De 6069 pacientes, 196 (3.23%) egresaron con diagnóstico de PNA confirmado mediante urocultivo, de los cuales 60 (30.6%) correspondieron a hombres y 136 (69.4%) mujeres, edad promedio 64±20 años. Del total *E.Coli* corresponde al 66.3% del total de pacientes (n=130 ;80.1% en pacientes entre 18-50 años, un 73.5% entre 18-70 años). Siguen en frecuencia *Enterococcus faecalis* (n=20;10.2%), *Klebsiella pneumoniae* (n=18;9.18%), *Proteus mirabilis* (n=14;7.14%), *Pseudomona aeruginosa* (n=8;4.1%) y *Enterobacter aerogenes* (n=6;3.06%). Sensibilidad global a Cefadroxilo 34.2%; Ciprofloxacino 45.1% ; Gentamicina 79.5% , Nitrofurantoina 75.9% ; Cotrimoxazol 55.8% , Ceftriaxona 48.8%, Ceftazidima 56% ; Cefazolina 45.2% , Imipenem 90.9%, Ertapenem 92.5%; Sulperazone 78.3% ; Tazobactam 75.6% .

**Conclusiones:** PNA corresponde al 3,23% de los egresos hospitalarios; varones 69,4% y mujeres 30,6% respectivamente, con relación de 3:1. *E.Coli* fue el uropatógeno más frecuentemente aislado a todas las edades, aumentando la frecuencia de otros uropatógenos en forma directa con la edad. La sensibilidad a los antibióticos más frecuentemente utilizados es menor que la descrita en cifras nacionales, manteniendo una sensibilidad aceptable a la Gentamicina, Nitrofurantoina, Imipenem, Ertapenem, Sulperazone y Tazobactam.

## PREVALENCIA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN HOSPITAL SAN JOSÉ. REVISIÓN DE 3 AÑOS.

Sanhueza G. Paola, Sepúlveda T. Julián, Sanhueza G. Pamela, Romero V. Felipe

Dr. Varela Joaquín.

Universidad Santiago de Chile. Hospital San José

**Introducción:** El Accidente Cerebrovascular (ACV), constituye una causa importante de muerte e invalidez a partir de los 20 años. Representa el 6% de las causas de hospitalización en nuestro país, con una incidencia global de 0,14%. En Chile corresponde a la segunda causa específica de muerte. 63% del total de ACV, corresponde a ACV isquémicos, definidos como déficit neurológico con duración mayor a 24 hrs, sin otra explicación que la causa vascular y 25 % a hemorragias intracerebrales, confirmadas con neuroimagen que evidencien hematoma. 5% corresponden a Hemorragia subaracnoidea (HSA) y 17% permanecen como causa indeterminadas.

**Objetivos:** Caracterizar la forma de presentación y factores de riesgo asociados a ACV en Hospital San José entre 2006-2008, sobre una población beneficiaria de 750.000 habitantes.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes egresados con diagnóstico de ACV, mediante revisión de fichas clínicas en Hospital San José entre 2006-2008.

**Resultados:** De 9010 pacientes egresados, 453 pacientes corresponden a ACV (5,03%). Representa una incidencia de 0.06 %. 217 hombres (47.9%), 236 mujeres (52.1%). Edad promedio: 72±14,2 años. Edad promedio en varones 71±12,6 años y en mujeres 73±15,5 años. Del total de 453 pacientes, 290 presentaron ACV isquémico (64%). 89 ACV hemorrágicos (19,6%), 3 HSA (0,6%) y 71 (15,6 %) indeterminados. 250 presentaban HTA (55%, OR=5.55), 198 Tabaquismo (43,7%, OR=1,04), 121 Dislipidemia (26,7 %, OR=3.02); 81 Diabetes Mellitus tipo II (17,8 %, OR=6,06), 222 Obesidad (49%, OR=3,71), 75 antecedentes de probable fuente ateroembólica (16,55%).

**Conclusiones:** La incidencia de ACV en Hospital San José (0,06%) es menor a la incidencia nacional global (0,11%). Representa el 5,03% de los egresos hospitalarios. El ACV isquémico prevalece con un 64%, seguido del ACV hemorrágico 19,6% e indeterminado 16% para terminar con HSA 0,6%, lo que se correlaciona con estadísticas nacionales. Todo paciente presentaba al menos un factor de riesgo asociado. En algunos casos un mismo paciente presentó más de un factor de riesgo. Todas las comorbilidades asociadas resultaron ser de riesgo al compararse con estadísticas nacionales. En general, el perfil de presentación del ACV en Hospital San José se correlaciona bastante con la forma de presentación a nivel nacional.



## **SOBREPESO Y OBESIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL Y SU CORRELACION CON LA PARIDAD**

Couve C.<sup>1</sup>, Cid X.<sup>1</sup>, Sade C.<sup>1</sup>, Hernández S.<sup>1</sup>, Partarrieu S.<sup>1,2</sup>, Morales F.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Santiago de Chile, <sup>2</sup> Hospital San José (HSJ), <sup>3</sup> Universidad Andrés Bello

**Introducción:** Según la Encuesta Nacional de Salud 2003, 60% de la población chilena sufre sobrepeso u obesidad siendo esta última más frecuente en la mujer, alcanzando una prevalencia de 32% en la embarazada. Las mujeres en edad fértil son un grupo especialmente vulnerable al alza de peso pudiendo ser factores de riesgo el embarazo, la ganancia de peso excesiva y la retención de peso post parto.

**Objetivos:** Describir y definir la asociación entre paridad e Índice de Masa Corporal pregestacional (IMCp) en un grupo de mujeres en edad fértil.

**Método:** Análisis retrospectivo de 582 mujeres con embarazo único, controladas en el HSJ entre Marzo y Junio de 2008. Se analizaron la edad, Índice de Masa Corporal Pregestacional (IMCp) y paridad (M) maternas. Se conformaron grupos según IMCp: <18.5 (Grupo1), 18.5–24.9 (Grupo2), 25–29.9 (Grupo3) y ≥30 (Grupo4). El análisis estadístico se realizó con el programa STATA 10.0

**Resultados:** De las 582 pacientes 1.37% correspondió al Grupo1, 25.77% al Grupo 2, 35.39% al Grupo 3 y 37.45% al Grupo 4. El promedio de edad en los grupos 1, 2, 3 y 4 fue 18.5, 24, 25.5 y 27 años respectivamente, mientras que la paridad promedio fue 0.125, 0.8, 1.05 y 1.3 en cada grupo. Tanto la edad como la paridad se correlacionaron de manera positiva con el IMCp. El Riesgo Relativo (RR) de sobrepeso u obesidad (IMC≥25) fue 1.41 en las  $M_{\geq 1}$  en relación a las  $M_0$ , con intervalo de confianza significativo. Al ajustar este valor a la edad, el RR es de 1.15 con intervalo de confianza de 0.89–1.49 perdiendo significancia estadística.

**Conclusiones:** En nuestro estudio 3 de cada 4 mujeres en edad fértil tiene sobrepeso u obesidad, siendo la edad uno de los principales factores de riesgo. Si bien no se encontró asociación estadísticamente significativa entre paridad e IMC≥25, es evidente la urgente necesidad de optimizar las políticas de promoción de hábitos de vida saludable especialmente en este grupo.



# ***TRABAJOS DE EDUCACIÓN***

## ANALISIS ANATOMO FUNCIONAL DEL LANZAMIENTO DE JABALINA

Sánchez R. Celso<sup>1</sup>, Morales M. Hugo<sup>2</sup>  
Licenciatura en Ciencias de la Actividad Física<sup>1</sup>, Departamento de Anatomía Normal<sup>2</sup>  
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile

**INTRODUCCION:** El lanzamiento de la jabalina es una de las pruebas de las cuales consta el repertorio atlético moderno. El lanzador sorprende por la forma en que utiliza su cuerpo como catapulta, deformándolo y luego reordenándolo con el objetivo de proyectar el implemento lo más lejos que sus características individuales le permitan.

### OBJETIVOS

1. Dar a conocer la secuencia de movimientos que se producen desde de la fase de bloqueo hasta que el lanzador pierde contacto con el implemento.
2. Describir cuáles son los componentes musculares protagonistas en cada uno de los movimientos identificados.
3. Descifrar el patrón con el cual se encadenan las acciones musculares y su relación funcional respecto a todo cuerpo del lanzador.

**DESCRIPCIÓN DEL TEMA:** Este estudio devela el orden de aparición de los eslabones musculares que se suceden durante las fases finales del lanzamiento de la jabalina. Hace un profundo análisis anatómico y su inmediata aplicación a las estructuras describiendo su función específica y relación respecto a los demás componentes circundantes. Encontramos así, cadenas musculares superficiales conformadas por músculos de fibras largas que otorgan fuerza y velocidad al gesto; y cadenas musculares profundas, compuestas por músculos más pequeños y débiles que, por su privilegiada ubicación y orden de sus fibras, permiten el control y dirección de las acciones segmentarias hacia el objetivo de lanzar más lejos y de forma más económica. Cabe destacar también el importante aporte que entregan las estructuras fasciales como verdaderas estaciones de relevo entre músculos.

**CONCLUSIONES:** La anatomía debe comprenderse, al menos en este tipo de análisis, a partir de un modelo integracional que abarque de una sola mirada al organismo en conjunto. No hay movimiento en una parte del cuerpo sin que las demás no se vean afectadas.

Se abre de este trabajo, una amplia gama de visiones para el análisis de movimientos humanos de cualquier índole a partir de la integración de la anatomía.

## CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD EN UN GRUPO DE ESTUDIANTES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO Y LA ACTITUD SEXUAL

Abarca C. Carolina<sup>1</sup>, Maureira M. María José<sup>1</sup>, Valdebenito P. Carlos, Heredia L. María José<sup>1</sup>, Vega M. Rodrigo<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Internos de Medicina Universidad de Santiago de Chile. <sup>2</sup> Médico Docente en Pediatría. Consultorio N°5 de Santiago

En Chile, los adolescentes tienen su primera relación sexual entre los 15 y 18 años, en donde sólo un 46% usa un método anticonceptivo en su primera relación sexual (Pérez et al 2004). Además, publicaciones nacionales coinciden en que nuestros adolescentes poseen escasos conocimientos sobre reproducción y sexualidad (Fernández et al 2000). Lo anterior motivó a indagar si existe relación inversa entre actividad sexual con y sin protección y sus conocimientos sobre sexualidad y reproducción.

**Objetivos** Identificar en adolescentes conocimientos sobre sexualidad y reproducción y compararlos de manera significativa según subgrupos: los que no han iniciado vida sexual, los que ya han iniciado relaciones sexuales no usuarios de MAC y los sexualmente activos que utilizan algún MAC.

**Material y Método:** Estudio descriptivo. Obtención de datos a partir de encuesta de selección múltiple, aplicada en una muestra aleatoria representativa de adolescentes que cursan 2<sup>a</sup> año de enseñanza media de dos colegios municipales. Áreas investigadas: biosocial, conocimientos de anatomía, Infecciones de transmisión sexual (ITS), MAC e historia sexual personal. Análisis estadístico según distribución normal, diferencias significativas con  $p < 0.05$ .

**Resultados:** 194 alumnos encuestados, promedio de edad de 15,3 años. Un 40% mantiene relaciones coitales con inicio promedio de 14 años. El 40% no ocupó MAC, donde un 29% sigue sin utilizarlo. Sobre el 95% identifica los órganos reproductores. Las ITS más reconocida es el VIH (88%), reconociendo al contacto de fluidos como principal contagio (relaciones sexuales: 95%, sangre: 90%). El 88% identifica al preservativo como medio para evitar una ITS. Destaca diferencia estadísticamente significativa en el reconocimiento del preservativo para evitar una ITS ( $p < 0.005$ ) y la transmisión vía sexual del VIH/SIDA a favor del grupo con actividad sexual y uso de MAC ( $p: 0.000$ ).

**Conclusiones:** En general existen escasas diferencias estadísticamente significativas en el nivel de conocimientos entre los tres grupos estudiados, no pudiendo establecerse relación entre conocimientos y actitud sexual. A pesar de conocimientos aceptables de sexualidad, mantienen conductas de riesgo. Lo anterior motiva el estudio de factores que realmente influyen en el inicio y grado de actividad sexual de los adolescentes.

**CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO DE HERIDAS Y TÉCNICAS DE SUTURA.**

Contreras A. Mariana<sup>1</sup>; Orellana C. Félix<sup>1</sup>; Ramírez A. María José<sup>1</sup>; Rubio R. Danilo<sup>1</sup>  
Valenzuela B. Dennis<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Internos de Medicina, Universidad de Santiago de Chile, <sup>2</sup>Docente Unidad de Cirugía, Área Semiología Quirúrgica, Universidad de Santiago de Chile, Hospital Barros Luco-Trudeau.

Dentro de la Medicina, la Cirugía es una rama muy importante, la cual se sostiene en gran medida en la pericia y experiencia del cirujano, dicha experiencia y destrezas se adquieren a través de los años tras dedicarle mucho tiempo y una práctica constante a la técnica, por tanto, es fundamental que los jóvenes médicos en formación adquieran ciertos conocimientos y habilidades en sus inicios, y de esta manera, formar bases sólidas para que en un futuro se desempeñen de buena manera no sólo en el área clínica sino también competentemente en el actuar quirúrgico básico. Es por esto que hemos creado y organizado desde hace 3 años un curso “Teórico-práctico de Heridas y Técnicas de Suturas” para los alumnos que cursan 3<sup>er</sup> año de Medicina.

El curso Teórico-práctico surge con el objetivo de entregar conocimientos y destrezas básicas acerca del manejo de la herida traumática y quirúrgica a los alumnos de tercer año, a través de dos módulos: Uno de ellos mediante clases expositivas para lo cual hemos confeccionado presentaciones en PowerPoint, material audiovisual y documentos bibliográficos a modo de guías, las cuales además se encuentran disponibles para los alumnos en un grupo de internet diseñado para ellos. El segundo módulo es donde se lleva a la práctica lo aprendido, utilizando para esto piezas de cerdo, instrumental quirúrgico y material de sutura. Para tal efecto contamos con la tutela del Dr. Valenzuela, docente a cargo del área de Semiología Quirúrgica en el Hospital Barros Luco-Trudeau.

Dicho curso se ha realizado de manera regular durante 3 años desde 2007. Esta temática y la forma como la hemos planteado es inédita dentro de nuestra facultad, ya que hasta el momento no se había realizado un curso de tales características, donde los alumnos de 3<sup>er</sup> año tuvieran las posibilidad de practicar con material de sutura y piezas de cerdo simulando todo tipo de heridas y aprendiendo variedades de nudos, además de ser gratuito, financiado y producido completamente por sus creadores (actualmente internos) de nuestra Escuela. Entonces, dada esta necesidad y el gran entusiasmo que surge entre los alumnos ante instancias como ésta, es que hemos planteado hacerlo parte regular de la malla curricular para el 3<sup>er</sup> año de la carrera (aún no incluido de manera oficial). Cabe mencionar que dicho curso ha sido muy bien evaluado por los docentes y alumnos, en base a comentarios y encuestas realizadas a ellos una vez terminado cada paso práctico. Creemos haber logrado nuestros objetivos, ya que los alumnos que han participado refieren haber tenido un mejor dominio y manejo de la herida traumática leve una vez enfrentados a los turnos de urgencia. Por último, y no menos importante, es que con dicho curso hemos fomentado en los jóvenes el deseo de aprender y acercarse a la cirugía.

**DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD PARA LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE**

Claramunt T. Nicole\*, Mazzon A. Enrico\*, Perales C. Juan\*, Barbagelata G. Estella\*,  
Vega J. Rodrigo\*\*

\*Estudiantes de Medicina, Universidad de Santiago de Chile.

\*\*Departamento de Extensión, Escuela de Medicina, Universidad de Santiago de Chile

**Introducción:** La promoción de la salud es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Incluye las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables. El objetivo del programa es generar y fomentar instancias de promoción, prevención, educación e interacción social en salud que nacen a partir de los estudiantes de medicina.

**Desarrollo:** Se definió un plan de acción que logra reunir, ordenar e integrar los proyectos de los estudiantes y una red de apoyo institucional en áreas educativas, estratégicas, metodológicas y motivacionales. Dos grupos de internos de pediatría, durante la rotación de atención primaria, aplicaron el programa como plan piloto. Capacitaron a aproximadamente 80 profesores de 7 centros educacionales correspondientes al Consultorio Lucas Sierra en la comuna de Conchalí, desarrollando temas de contingencia epidemiológica que correspondieron a prevención de enfermedades transmisibles gastrointestinales y respiratorias. El primero durante el verano de 2009 a propósito del brote de Shigellosis y el segundo entre abril y junio del 2009 a propósito de la pandemia de Influenza Humana.

**Resultados:** Los dos grupos de internos aplicaron el programa con una excelente acogida en la comunidad. Tanto los profesores de los colegios como el director del consultorio evaluaron positivamente la experiencia y solicitaron que se continúe con el programa.

**Comentarios:** Se logró afiatar lazos entre el consultorio de salud, los centros educacionales y los internos representantes de la Universidad de Santiago de Chile (Usach), cumpliendo así el objetivo del programa, el cual podrá seguir siendo aplicado a futuro por otros grupos de estudiantes dentro de la misma y de otras comunidades en forma diligente.

**EDUCACIÓN EN INFLUENZA HUMANA Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN LA COMUNIDAD DE CONCHALÍ**

Claramunt T. Nicole\*, Mazzon A. Enrico\*, Armijo N. Julio\*, Fernández R. Isidora\*, Vega J. Rodrigo\*\*

\*Estudiantes de Medicina, Universidad de Santiago de Chile.

\*\*Departamento de Extensión, Escuela de Medicina Universidad de Santiago de Chile

**Introducción:** Ante la llegada de la pandemia de Influenza Humana A H1N1 en invierno del presente año se hizo necesario implementar en atención primaria medidas para educar, promover y reforzar conductas y actitudes que permiten la prevención tanto de esta, como de otras enfermedades respiratorias agudas habituales en los meses fríos.

**Desarrollo:** Este trabajo consistió en la realización de charlas educativas sobre influenza humana y prevención de enfermedades respiratorias agudas, dirigidas a aproximadamente 250 pacientes de las salas de espera y 80 profesores de 7 centros educacionales, correspondientes al Consultorio Lucas Sierra en la comuna de Conchalí. Estas charlas fueron preparadas, realizadas y organizadas por internos de medicina de la universidad de Santiago de Chile entre abril y junio del 2009, se utilizó elementos audiovisuales que consistieron en una presentación en microsoft powerpoint y videos educativos. A demás se entregó posters provenientes del ministerio de salud. Al grupo de los profesores se les aplicó una encuesta para evaluar calidad de la información entregada, claridad en la exposición de los temas, resolución de dudas e inquietudes y materiales complementarios.

**Conclusiones:** Las charlas educativas tuvieron una excelente acogida en la comunidad, siendo muy bien evaluadas por parte del grupo de profesores. La real utilidad de esta intervención deberá medirse a largo plazo, evaluando la cantidad de consultas por enfermedades respiratorias agudas y los casos de influenza humana en el sector correspondiente al consultorio Lucas Sierra.

**Comentarios:** Este proyecto nos permite definir y fortalecer el rol protagónico de los internos como profesionales capaces de intervenir positivamente en la comunidad, generar una instancia de diálogo donde los pacientes pueden plantear sus dudas y necesidades acerca de su propia salud y dar un sello distintivo a nuestra escuela de medicina como una entidad que realiza acciones que reflejan un compromiso con el proceso salud-enfermedad comunitario.

## EL EXAMEN CLÍNICO OBJETIVO ESTANDARIZADO (ECO) COMO INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA DOCENCIA.

Aguilar M. Pedro, Fuenzalida C. Loreto, Aedo. M. María.  
Hospital CRS EL Pino, Unidad de Pediatría, Escuela de Medicina,  
Universidad de Santiago de Chile.

**Introducción.** Las nuevas tendencias en educación han ampliado los procesos de evaluación hacia los docentes y programas, superando la mera calificación de los estudiantes. La introducción de los ECOE ha permitido evaluar competencias en estudiantes de Medicina, de manera objetiva y estandarizada. Pero de la misma manera permiten evaluar logros de los procesos docentes involucrados.

**Descripción.** Mediante la construcción de una estación con paciente simulado, parte de un ECOE realizado a 44 estudiantes al finalizar el internado de Pediatría, obtuvimos información acerca de los tópicos valorados como importantes y los menos considerados por ellos para llegar a establecer hipótesis diagnósticas en un caso de Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente (SBOR). En base a un guión prediseñado, que sirvió para entrenar a la paciente simulada y, a su vez, constituyó la pauta de chequeo para el observador, se evaluó el logro de los internos en tomar una anamnesis que permitiera llegar a un diagnóstico específico en un caso de SBOR. Se consideró logro adecuado en anamnesis a cualquier tópico que haya sido preguntado por el 80% de los internos. De lo observado, se demuestra logro en diversos tópicos como: motivo de consulta, edad del paciente, número de SBO, salud de la madre, entre otros, llegando a un diagnóstico específico en el 70% y al diagnóstico sindromático en el 80% de los casos. Sin embargo, se observó omisión en tópicos que podrían conducir a diagnósticos diferenciales fundamentales, como: antecedentes del parto, período neonatal, peso al nacer, perfil del primer SBO, así como tópicos relacionados con la severidad del SBOR.

**Conclusiones.** A partir de una estación de ECOE, junto con evaluar la capacidad de los estudiantes para construir una anamnesis, surgen datos que permiten reconocer áreas falentes en la docencia, tanto de contenidos específicos como en la técnica de entrevista clínica. El guión prediseñado permite evaluar una amplia gama de tópicos, los que pueden reflejar contenidos relevantes, cuya internalización pudiera ser deficiente entre médicos en formación.



## EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA “REALIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA EN SBOR” EN INTERNOS DE PEDIATRÍA MEDIANTE ECOE

Aedo M. María, Fuenzalida C. Loreto, Aguilar M. Pedro.  
Hospital CRS EL Pino, Unidad de Pediatría, Escuela de Medicina,  
Universidad de Santiago de Chile.

**Introducción.** La anamnesis constituye una herramienta fundamental en el proceso diagnóstico en medicina, dando origen y soporte a un adecuado razonamiento clínico. El Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente del Lactante (SBOR) constituye una condición altamente prevalente y uno de las patologías más vistas y estudiadas por los internos de Pediatría.

**Objetivos.** Comunicar la experiencia de evaluar la competencia “Toma de historia clínica en SBOR”, demostrada por los internos de Pediatría en una estación con paciente simulada en un examen clínico objetivo estandarizado (ECHOE) de fin de internado.

**Métodos.** Se construyó una estación con paciente simulada cuyo tema era un SBOR en un lactante. En base a un guión prediseñado, al cual se debía ceñir la paciente simulada, se construyó la pauta de chequeo o cotejo para el observador. Con ello se evaluó el logro de 44 internos en tomar una anamnesis que les permitiera llegar a un diagnóstico específico del SBOR.

**Resultados.** Se observó un logro adecuado en diversos tópicos como: edad del paciente, motivo de consulta, número de los SBO, salud de la madre y hermanos, enfermedades concomitantes., entre otros. Se logró un diagnóstico específico en el 70% y un diagnóstico sindromático en el 80% de los internos. Sin embargo, hubo tópicos importantes para establecer diagnósticos diferenciales que no lograron niveles aceptables, como: antecedentes del parto, período neonatal, peso al nacer, perfil del primer SBO. También hubo importantes omisiones relacionadas con la severidad del SBOR, como uso de corticoides sistémicos y consultas a urgencia.

**Conclusiones.** Se observa una tendencia a diagnosticar una patología muy prevalente con omisión de información relevante que pudiera haber conducido a diagnósticos alternativos, como por ejemplo: Displasia Broncopulmonar, Secuela de Adenovirus, etc. La evaluación de la competencia “Toma de historia clínica en SBOR” mediante ECHOE permite reconocer dichas omisiones, en forma consistente entre los internos, lo que obliga a reforzar contenidos específicos y a insistir en el valor de la anamnesis para la construcción de diagnósticos en medicina.

<sup>1</sup>Cabrera C. Jonathan, <sup>2</sup>Dr. Díaz D. Manuel

<sup>1</sup>Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Obstetricia y Puericultura Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, <sup>2</sup>Coordinador Pabellón de Anatomía Humana Normal.

El Manual de Anatomía Humana Normal con Orientación a la práctica en Obstetricia y Puericultura está pensado como apoyo Docente y como una alternativa para reducir grandes volúmenes de información en Anatomía y embriología, junto con dar nociones de Anatomía Neonatal y aplicación en Anatomía específica para la reproducción. El conocimiento de la morfología resulta fundamental en la Ciencia Médica. Es inevitable señalar la importancia de conocer la arquitectura y el funcionamiento de la estructura que se estudia para poder intervenir de forma positiva en la reparación de aquel sistema. Las ilustraciones del Manual de Anatomía Humana con Orientación a la práctica en Obstetricia y Puericultura constan de dibujos originales basados en las preparaciones cadavéricas y adaptaciones de esquemas propios de la unidad.

Objetivo general es diseñar un Manual con Orientación a la práctica en Obstetricia y Puericultura producto de una revisión bibliográfica de los textos de Anatomía Humana, Neonatología, Obstetricia y Ginecología para apoyar los objetivos de aprendizaje del curso de Anatomía Humana y resumir los grandes volúmenes de información en las especialidades ya nombradas; con ilustraciones originales.

Comentarios: La elaboración de este material resultó ser gratificante y esperanzador; queremos ser una real ayuda y contribuir en un curso tan especial y llenador como lo es la Anatomía, más aún en una Anatomía con orientación a la práctica en Obstetricia y Puericultura.

Dejando de lado los beneficios personales, el manual nace como apoyo a docencia y como un resumen de guías que se entregaban de forma ocasional, y viendo el impacto que tenía disponer de un material no tedioso ni extenso, es así como nace la idea de desarrollar algo más específico.

**MODALIDAD SENSORIAL DE APRENDIZAJE AFECTA EL RENDIMIENTO ESTUDIANTIL.**

Bustamante M Nicolás<sup>1</sup>, Tapia V Juan Cristóbal<sup>1</sup>, López G Sebastián<sup>1</sup>, Ramírez U Beatriz<sup>2</sup>.  
Licenciatura en Ciencias y Actividad Física<sup>1</sup> y Escuela de Medicina<sup>2</sup>,  
Universidad de Santiago de Chile

Las personas usan las mismas modalidades sensoriales para aprender y para comunicar lo aprendido, aunque algunas usan habitualmente sólo una modalidad sensorial (unimodales) y otras usan dos o más (multimodales). Las modalidades sensoriales analizadas en este estudio son las denominadas VARK (visual, auditiva, lecto-escritura y kinestésica), por sus iniciales en inglés. El objetivo de este estudio es establecer si la modalidad sensorial usada preferentemente para el aprendizaje se relaciona con el rendimiento del estudiante, cuando se le evalúa con preguntas de tipo tradicional. Aquí se presentan los resultados preliminares del estudio.

El estudio se hizo en 129 estudiantes de un nivel inicial de las carreras LICAF y Medicina, que aceptaron participar (Consentimiento Informado). La modalidad sensorial preferente para el aprendizaje se estableció mediante la aplicación de una encuesta validada internacionalmente. Los datos se codificaron, para que la identidad del estudiante fuera desconocida durante el análisis. El rendimiento estudiantil se midió en preguntas de opción múltiple, de respuesta abierta y en resolución de problemas. Los datos se analizaron estadísticamente y se consideró significativo un valor de  $P < 0,05$ .

La mayoría de los estudiantes eran multimodales (73,64%). El rendimiento de los estudiantes unimodales ( $4,90 \pm 0,60$ ; media  $\pm$  SD) fue superior al de los multimodales ( $4,60 \pm 0,56$ ; media  $\pm$  SD), cuando se analizó el resultado conjunto de todos los tipos de pregunta ( $P < 0,045$ ; test "t" pareado por tipo de pregunta). Sin embargo, esta diferencia no es importante desde el punto de vista académico ( $IC_{\alpha=0,05}$ : unimodales 4,1-5,1; multimodales 4,3-5,5). No se detectó diferencia en el rendimiento de los estudiantes que usan distintas modalidades sensoriales (VARK) al aplicar preguntas de opción múltiple ( $P = 0,67$ ; ANOVA).

Aunque la diferencia en el rendimiento de los estudiantes unimodales y multimodales fue pequeña, ésta resultó ser estadísticamente significativa debido a su consistencia, ya que en todos los tipos de pregunta los unimodales tuvieron un promedio de notas ligeramente superior. Sin embargo, hasta el momento la modalidad sensorial preferente de aprendizaje no parece estar relacionada con un rendimiento distinto en pruebas que usan preguntas de opción múltiple.

Financiado por DICYT (N°03-08-01RU)

## PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DEL AMBIENTE EDUCACIONAL EN LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE

Mazzon A. Enrico\*, Claramunt T. Nicole\*, Armijo N. Julio\*, Aguirre B. Herman \*, Vega J. Rodrigo\*\*

\*Estudiantes de Medicina, Universidad de Santiago de Chile.

\*\*Departamento de Extensión, Escuela de Medicina. Universidad de Santiago de Chile

Introducción: la percepción de un buen ambiente tiene un impacto positivo en la productividad y relaciones interpersonales. Este concepto, extendido al área educacional, contribuye de manera importante al desempeño académico de los estudiantes. La encuesta Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM) ha sido validada en español para valorar la percepción del ambiente educacional de estudiantes de medicina. La encuesta puede interpretarse a través de una escala preestablecida: para cada pregunta, por áreas (Aprendizaje, Profesores, Académica, Atmósfera y Social) y según el puntaje global.

Objetivos: evaluar la percepción de los estudiantes del ambiente educacional en la escuela de medicina de la Universidad de Santiago de Chile y comparar la percepción entre los niveles preclínico, clínico e internado (segundo, cuarto y séptimo año respectivamente).

Material y Método: se aplicó la encuesta DREEM a 220 estudiantes de la carrera de medicina: 74 de segundo, 72 de cuarto y 74 de séptimo año. Los resultados fueron comparados utilizando el test de t-student.

Resultados: el grupo preclínico obtuvo un puntaje DREEM mayor comparado con los grupos clínico e internado ( $p=0,001$  y  $p<0,001$  respectivamente). No hubo diferencia significativa entre los grupos clínico e internado ( $p=0,3$ ). El puntaje global (107,8/200) sitúa la percepción del ambiente educacional en la categoría “más positivo que negativo”. El análisis por áreas refleja que las peores evaluadas son la social y aprendizaje.

Conclusiones: los estudiantes de medicina de la Usach perciben positivamente el ambiente educacional. Sin embargo existen áreas deficientes que debiesen alentar a nuestra escuela a tomar medidas resolutorias. De acuerdo al puntaje DREEM la percepción del ambiente educacional es mejor en los cursos más jóvenes, aunque se requiere de estudios prospectivos para evaluar los cambios en la percepción de una misma promoción a medida que avanza la carrera.

Palabras clave: ambiente educacional, encuesta DREEM, educación médica.

## **SISTEMA ANATÓMICO INTERACTIVO DEL APARATO LOCOMOTOR (MIEMBRO SUPERIOR)**

<sup>1</sup>Navarro A., Claudio, <sup>1</sup>Serrano R., Rodrigo, <sup>2</sup>Morales M., Hugo  
<sup>1</sup>Estudiantes de Licenciatura en Ciencias de la Actividad Física, <sup>2</sup> Unidad de Anatomía Normal Humana, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile

El sistema anatómico interactivo del aparato locomotor es una herramienta dinámica y didáctica que viene a complementar el aprendizaje de la función de los músculos esqueléticos, en este caso en particular, del miembro superior.

Consta de la generación de simulaciones articulares, con huesos reales, que generan los mismos movimientos que una articulación real, además posee un sistema de poleas que permitirá a través de un sistema retráctil imitar la función de los músculos, por cuanto el alumno que utilice este sistema interactivo podrá mover la extremidad superior completa, simulando la función de cada uno de los componentes de la estructura general.

Este sistema anatómico interactivo del aparato locomotor no solo servirá a modo de práctica y estudio para los alumnos, sino que también es una excelente herramienta para evaluarlos de parte del profesor.

También posee un goniómetro desmontable, que permitirá medir los ángulos de algunas articulaciones.

Palabras Claves: extremidad superior, interactivo, articulaciones y función muscular

## “SISTEMA VENTRICULAR ENCEFÁLICO”

Jiménez L. Francisco, Miralles V. Andrés, Saavedra P. Jaime, Morales M. Hugo  
Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Ciencias Médicas FACIMED, Escuela de  
Medicina  
Unidad Anatomía Normal Humana

El sistema ventricular encefálico es una serie de estructuras anatómicas interconectadas, localizadas en el encéfalo, que producen y contienen líquido cefalorraquídeo, y que se continúan con el conducto central de la médula espinal. El sistema comprende cuatro ventrículos: dos ventrículos laterales, el tercer ventrículo y el cuarto ventrículo. Los cuatro ventrículos presentan estructuras denominadas plexos coroideos, las cuales producen y secretan el líquido cefalorraquídeo; es así como éste fluye a través del sistema ventricular encefálico, para luego pasar al canal central de la médula espinal o bien a las cisternas cerebrales, proporcionando así protección contra fuerzas mecánicas a todo el sistema nervioso central.

Nuestro objetivo es aislar e integrar el sistema ventricular por técnicas de corrosión y disección, asociando así sus relaciones anatómicas y dimensiones dentro del encéfalo humano, complementando así el material cadavérico del complejo sistema nervioso central de nuestra casa de estudios.

La técnica de corrosión se realiza a partir de un sistema de resina de baja viscosidad con base acrílica, la cual es inyectada en las estructuras anatómicas. Luego del endurecimiento, el tejido se corroe por medio de una solución cáustica, proporcionando un modelo durable y científicamente exacto, para estudios de anatomía.

La disección corresponde al aislamiento de estructuras anatómicas mediante instrumental quirúrgico, con lo que se busca dejar al descubierto las estructuras anatómicas deseadas, en nuestro caso el sistema ventricular, así como sus relaciones con estructuras vecinas.

Creemos que lograr aislar las cavidades ventriculares por medio de corrosión y disección permitirá al estudiante reconocer y comprender de mejor manera las estructuras que constituyen el sistema ventricular, y de esta manera, dimensionar los espacios que lo conforman.

<sup>1</sup>Serrano R., Rodrigo, <sup>1</sup>Navarro A., Claudio, <sup>2</sup>Morales M., Hugo  
<sup>1</sup>Estudiantes de Licenciatura en Ciencias de la Actividad Física, <sup>2</sup> Unidad de Anatomía Normal Humana, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile

El sitio Web de anatomía interactiva viene a llenar el espacio vacío que existe en la llegada de forma grata, amena, entretenida y comprensible a través del espacio Web. Un material guiado por la pedagogía del profesor Hugo Morales Matriz, para la facultad de ciencias médicas de la Universidad de Santiago de Chile, pero que podrá ser accedido por cualquier persona interesada en el tema.

Los conceptos de interactividad y Sitio Web están íntimamente ligados en el mundo actual, siendo estas las claves que hacen de un espacio en la Web la diferencia. Simplemente porque de los tres niveles de comunicación, entre una máquina y un usuario, es la interactividad la que logra un manejo más dinámico y agradable y se asemeja más claramente con la comunicación entre usuarios. Puesto que este es un proceso en el que los mensajes se relacionan con los mensajes anteriores.

El sitio Web de anatomía no solo posee todos los rasgos típicos que debiera poseer un sitio Web, y más específicamente un sitio sobre anatomía, sino que en el marco educativo presenta una nueva forma de entregar la pedagogía a los alumnos. Este permite comunicarse de forma directa con los encargados y docentes de la asignatura, verificar fechas importantes, revisar notas actualizadas durante todo el año, posee un foro de opinión, link de interés, guías prácticas, consejos, etc.

En este Sitio Web habrá herramientas dinámicas e interactivas que permitirán aprender de forma más entretenida y clara datos importantes sobre anatomía. Y aun más importante no tan solo se convertirá en un lugar de estudio, sino que también en un espacio para la expresión de los alumnos. Donde las dudas de los nuevos estudiantes podrán ser respuestas por los más antiguos.

El sitio Web en sí mismo se encuentra aun en marcha blanca y realizando algunas pruebas, por cuanto está alojado en un servidor privado y bajo una URL desconocida. Dicha ubicación solo será activada de forma restringida para el día de la presentación en la jornada alumno ayudante y una vez terminada todas las pruebas, eventualmente, se gestionará el acceso público.

Palabras Claves: Sitio Web, Internet, Anatomía e interactivo.

## TELEDERMATOLOGÍA EN EDUCACIÓN DE PREGRADO

García-Huidobro R, Isidora<sup>1</sup>, Rivera M, Solange<sup>2</sup>; Montero L, Joaquín<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Escuela Medicina y <sup>2</sup> Departamento Medicina Familiar Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Intruducción:** La telemedicina es el uso de las telecomunicaciones para ofrecer o gestionar información y servicios médicos. La teledermatología es una de las áreas más exploradas, pero no existen estudios que evalúen su rol docente en alumnos de pregrado.

**Objetivo:** Desarrollar sistema de referencia dermatológico, diferido, con fin docente, operado por alumnos de medicina, supervisado por médicos familiares, con feedback realizado por dermatología.

**Materiales y Métodos:** En 7º año, 12 semanas corresponden a Medicina Familiar. 6 realizadas completamente en centro de salud familiar (CESFAM) y 6 en centro privado (tardes en medicina familiar y mañanas divididas en 3; 2 semanas de Dermatología, Otorrinolaringología y Oftalmología).

De los tres CESFAM asociados a la universidad, uno intervenido y dos controles. Se diseñó sistema de Teledermatología con ficha estandarizada de derivación completada por interno. Ésta, junto a fotos clínicas se enviaron vía mail a residente y docente de dermatología, quienes revisaban, corregían y respondían vía mail. Se reclutaron pacientes con consulta dermatológica en el centro intervenido, atendidos por internos de 7º de medicina, durante 2008. En los controles eran derivados a dermatología por el método habitual de los consultorios. Se comparó las notas de alumnos controles e intervenidos en la rotación de Dermatología (Prueba escrita) y en la estación de ECOE (examen clínico objetivo estructurado) correspondiente, realizado al final de las 12 semanas. Se realizó encuesta de percepción de utilidad de teledermatología a los alumnos.

**Resultados:** 31 de 35 alumnos intervenidos realizaron 50 interconsultas. Un 51% realizó 1 derivación, 23% realizó 2, 8,6% realizó 3 y 5,7% realizó 4. Hubo respuesta de dermatología en el 82%.

El promedio en la estación de dermatología del ECOE en el grupo intervenido fue de 5,41 y 5,34 en el control (p: 0,494). El promedio de la rotación de dermatología fue de 6,24 y 6,05 respectivamente (p: 0,298).

En encuesta de percepción de utilidad en aprendizaje el 25% considera que sirve mucho, 60% moderado y el 15% poco. El 88,2% percibe que la teledermatología contribuye mucho a los pacientes y el 88,2% sugeriría implementar teledermatología en otros centros.

**Discusión:** No hay diferencia significativa en las notas. Creemos que se puede deber al bajo número de derivaciones por alumno, la ausencia del 18% de respuestas dermatológicas, el tipo de evaluación y la baja tasa de seguimiento de los pacientes involucrados. Existe la necesidad de estudios con mayor número de pacientes y alumnos, mejorando las deficiencias metodológicas identificadas en este estudio piloto.





# ***TRABAJO BÁSICO EXPERIMENTAL***

## **CAMBIOS HISTOPATOLÓGICOS EN MUCOSA LINGUAL DE RATONES CF-1. MODELO DE CARCINOGENESIS ORAL EXPERIMENTAL.**

<sup>1</sup>Rivera M. César, <sup>2</sup>Droguett O, Daniel, <sup>2</sup>Venegas R, Bernardo.  
<sup>1</sup>Estudiante de Odontología, <sup>2</sup>Unidad de Patología Oral,  
Universidad de Talca.

**Introducción:** El cáncer oral afecta a 300.000 personas cada año en el mundo; el Carcinoma Espinocelular corresponde a aproximadamente el 90% de los casos. El desarrollo de modelos de carcinogénesis oral experimental en animales juega un papel fundamental para su conocimiento y desarrollo de terapias, además ajustarlos a la realidad local permitirá realizar estudios respecto de agentes que influyen en el desarrollo de neoplasias malignas, como el estrés y testear productos quimiopreventivos en organismos vivos.

**Objetivo:** Inducir cambios histopatológicos reaccionales, pre-neoplásicos y/o neoplásicos en el epitelio de la mucosa lingual de ratones Carworth Farm número 1 (CF-1) mediante exposición al carcinógeno químico 4-nitroquinolina-1-óxido (4-NQO).

**Material y Método:** Se aplicó una solución de 4NQO con propilenglicol en el agua de beber a 20 ratones, y se mantuvo un grupo control de igual número sólo con agua y propilenglicol. Esta sustancia se aplicó por un periodo de 16 semanas, después del cual se suspendió, esperando hasta la semana 28 para realizar la biopsia de la lengua. Todos los procedimientos fueron aprobados por el Comité de Bioética de la Universidad de Talca. Se analizó la presentación de lesiones clínicas y con estudio histopatológico de hematoxilina-eosina convencional, la presencia de focos de lesiones reaccionales, pre-neoplásicas y neoplásicas.

**Resultados:** El grupo control no presentó lesiones macroscópicas, sólo cambios reaccionales en el epitelio lingual clasificados como hiperqueratosis e hiperplasia. En el grupo casos se encontró un total de 58 lesiones macroscópicamente detectables como leucoplasia. Histopatológicamente en este grupo las lesiones de mayor incidencia, en orden decreciente, fueron las hiperqueratosis, la hiperplasia, el carcinoma invasor y la displasia severa o carcinoma (CA) in situ.

**Conclusiones:** Las lesiones se presentan en forma multifocal. Hiperplasia e hiperqueratosis se encontraron en ambos grupos. La incidencia encontrada para la displasia severa o CA in situ y para el carcinoma invasor es muy alta, lo que concuerda con estudios en otras cepas. El 4NQO es capaz de inducir cambios histopatológicos reaccionales, pre-neoplásicos y neoplásicos en el epitelio de la mucosa lingual de ratones CF-1.



# ***TRABAJOS DE BIOÉTICA***

Cid S. Ximena<sup>1</sup>, Rodrigo J. Vega<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Interna Medicina- Universidad de Santiago de Chile

<sup>2</sup>Escuela de Medicina-Universidad de Santiago de Chile

**Introducción:** La bioética nace como expresión de la incapacidad del conocimiento científico y del progreso tecnológico para construir, por sí solos, el bienestar de la humanidad. Surge como un nuevo espacio de confluencia de saberes, en donde se hace necesario respetar e integrar las distintas opiniones, y no, reglamentar todo basándose en prohibiciones y vetos.

**Descripción:** El campo de acción teórico de la bioética es muy amplio. Sin embargo, en la práctica éste se reduce a las opiniones de expertos dentro de los comités de bioética y otras instituciones, generalmente con una dinámica de discusión que se traduce en la aplicación de cuatro principios: no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, asociando además conceptos como “dignidad humana” entre otros.

Si bien son una herramienta útil, estos principios muchas veces no logran responder los conflictos reales, lo cual se hace evidente dentro de la ética clínica en las discusiones caso a caso en las cuales predomina más bien la relatividad de éstos. Esto pone en manifiesto que las problemáticas que trata la bioética son de una enorme complejidad y trascendencia individual como también social. Basándonos en esta última afirmación ¿quiénes debiesen ser, entonces, los integrantes de las discusiones para lograr el real bienestar de la humanidad? No es posible considera al científico o al experto en bioética como parte de una élite al margen de la responsabilidad ciudadana y de la esfera de lo público, y tampoco como la voz encargada de dar soluciones determinadas.

Dentro de esta perspectiva es posible plantear la necesidad de un acercamiento entre la bioética y la comunidad. Para esto se hace necesario modificar el modelo actual de acción de la bioética a uno que integre de alguna forma la voz de todos.

Es aquí donde visualizamos la atención primaria como una plataforma de trabajo potencial en la cual se pudiese lograr no sólo un “aterrizaje” de las problemáticas bioéticas a las distintas realidades de nuestro país sino también una retroalimentación entre los distintos actores sociales.

**Conclusiones:** La puesta en práctica de la bioética en nuestro país es pobre y muy simplista. Por lo que se requiere un nuevo enfoque de ésta, en el cual su tarea principal sea la construcción de una sociedad civil democrática y participativa, un modelo en el que se logre el acercamiento real entre los expertos en bioética y la comunidad. Dentro de este contexto rescatamos la atención primaria como una potencial plataforma de trabajo a desarrollar.

## EL FRACASO DE ALMA ATA. PERSPECTIVA HISTÓRICA.

Sergio Zorrilla <sup>1</sup> F., Rodrigo Vega J. <sup>2</sup>, Dante Perucca E <sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Profesor Titular Asignatura Bioética Universidad de Santiago de Chile, <sup>2</sup>Unidad de Bioética Universidad de Santiago de Chile, <sup>3</sup>Interno Universidad Santiago de Chile.

Alumno Ayudante Programa Bioética.

**Introducción.** La Atención Primaria nace en el mundo en el año 1978 con la Declaración de Alma Ata, desarrollada en la ciudad del mismo nombre, patrocinado por la ex Unión Soviética. En ella se define la Atención Primaria de Salud y se reafirma el concepto de salud como entidad biopsicosocial, y no sólo como la ausencia de enfermedades. Entre las medidas más relevantes destaca la planificación familiar, los programas de vacunación, el aporte de agua potable y la administración de medicamentos esenciales.

**Narrativa.** No podemos negar el avance en términos de salud pública de las medidas propuestas en Alma Ata. Sin embargo, el escenario epidemiológico de las enfermedades ha cambiado bastante desde la década de los setenta. En países como el nuestro las principales causas de morbimortalidad yacen en los denominados “estilos de vida” y no en las enfermedades transmisibles.

Sumado a esto, el fracaso de Alma Ata radica en la génesis de ésta, señalada por David Tejada de Rivero, subdirector de la OMS hacia 1974, quien señala que no se ha comprendido que “la salud es una realidad social y que, por lo tanto, no debe circunscribirse a un sector administrativo burocrático del Estado”. Señala además, la distorsión conceptual de algunos términos utilizados como la transgresión entre “cuidado” y “atención”, en el que el término “cuidado” involucra en relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la “atención” es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social.

La misma Organización Mundial de la Salud reconoce este “fracaso” en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2008, en el cual señala entre las principales causas la fragmentación de los servicios y la necesidad de un cambio entre la atención sanitaria convencional a una centrada en la persona.

**Comentarios.** En este trabajo tratamos de reconocer los avances instaurados por la Declaración de Alma Ata. Sin embargo, creemos necesario reevaluar y expandir las alternativas terapéuticas, con el fin de lograr una verdadera atención “biopsicosocial”.

**Comentarios.** En este trabajo tratamos de reconocer los avances instaurados por la Declaración de Alma Ata. Sin embargo, creemos necesario reevaluar y expandir las alternativas terapéuticas, con el fin de lograr una verdadera atención “biopsicosocial”.

## PROBLEMÁTICA ÉTICA EN RELACIÓN AL SISTEMA DE METAS SANITARIAS.

Sergio Zorrilla <sup>1</sup> F., Rodrigo Vega J. <sup>2</sup>, Dante Perucca E <sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Profesor Titular Asignatura Bioética Universidad de Santiago de Chile, <sup>2</sup>Unidad de Bioética Universidad de Santiago de Chile, <sup>3</sup>Interno Universidad Santiago de Chile.

Alumno Ayudante Programa Bioética.

**Introducción.** En este trabajo planteamos la problemática ética que gira en torno al sistema de metas sanitarias impuestas por el Ministerio de Salud, dictadas por la Subsecretaría de redes asistenciales a través del Diario Oficial

**Narrativa.** El sistema de metas sanitarias representa un conformismo sobre el tratamiento, promoción y prevención de las enfermedades. Involucra explícitamente que un porcentaje de una población determinada, con una enfermedad en particular, dejará de recibir solución a su problema. Además, implícitamente reconoce la incapacidad de solucionar dichos problemas y de generar nuevas estrategias para enfrentarlas.

Por dar un ejemplo, la compensación de personas diabéticas bajo control de 20 y más años, es de 35%. La prevalencia de diabetes mellitus 2 en población general según el estudio realizado por la Asociación de diabéticos de Chile en conjunto con el Instituto de Salud Pública en 2007 es de un 7,5%, aproximadamente 850 mil personas. De éstos un 74,8% tiene un mal control metabólico. Por lo tanto, aun cumpliendo estas metas, más de 500 mil personas no tendrían solución a su problema. En este mismo estudio se hace énfasis en la necesidad de priorizar el tratamiento de la diabetes, el reforzamiento de estrategias en atención primaria y la concientización en el público y ámbito político.

Sumado a esto, debemos reconocer el conflicto de interés generado por la Asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, según la cual si las metas sanitarias son cumplidas, el personal de salud recibirá una asignación monetaria. Por lo tanto, la toma de decisiones médicas puede verse influenciada por el cumplimiento de la meta, mas que por la solución de un problema médico determinado, generando un conflicto ético severo.

**Comentarios.** Creemos necesaria la eliminación del sistema de metas sanitarias, ya que este no asegura la resolución de todos los problemas médicos, sino que se conforma con cumplir con un determinado porcentaje, creando una falsa sensación de satisfacción. Los recursos necesarios para llevar a cabo un nuevo sistema de atención aún no están disponibles, pero creemos necesario instaurar la discusión en torno al tema, debido al alto impacto que nuevas estrategias tendrían en la población general.



# ***CASO CLÍNICO***

## TAPONAMIENTO CARDIACO COMO PRESENTACIÓN DE HIPOTIROIDISMO. REPORTE DE UN CASO.

Sanhueza P. Belén, Álvarez Z. Carlos,  
Universidad de Santiago de Chile, Campus Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio de  
cirugía,  
Servicio de Salud Metropolitano Sur.

### Resumen

El taponamiento cardiaco es una manifestación rara del hipotiroidismo, en general se presenta en pacientes sintomáticos y de larga data. Presentamos el caso de una paciente de 52 años que consultó por cuadro de disnea súbita, palpitaciones, diaforesis, cefalea holocránea y posterior compromiso de conciencia hasta llegar al coma. Se sospecho taponamiento cardiaco que se confirmó con Rx y fue tratada mediante pericardiocentesis y la instalación de un catéter de drenaje más reemplazo hormonal obteniendo la mejoría clínica e imagenológica de la paciente. El taponamiento cardiaco agudo debido al hipotiroidismo es excepcional. En el diagnóstico diferencial de las causas de derrame pericárdico y taponamiento cardiaco se debe considerar el hipotiroidismo. El tratamiento no requiere habitualmente cirugía

### Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 52 años con antecedentes de diabetes mellitas tipo II en tratamiento con hipoglicemiantes orales, hipertensión arterial obesidad mórbida y trastorno depresivo en tratamiento. Consultó a la Unidad de Emergencia por cuadro de disnea súbita, palpitaciones, diaforesis, cefalea holocránea y posterior compromiso de conciencia hasta llegar al coma. Al examen físico destacaba ingurgitación yugular, edema de extremidades, al examen pulmonar murmullo pulmonar disminuido hacia las bases, examen cardiaco con ritmo regular en dos tiempos con tonos cardiacos apagados. En la Rx de tórax se evidenciaba una silueta cardiaca aumentada de tamaño y derrame pleural bilateral mayor a izquierda (Figura 1). Los exámenes de laboratorio confirmaron el diagnostico de hipotiroidismo, con TSH >100. Se ingresó con el diagnostico de coma mixedematoso y observación de derrame pericárdico. Evolucionó con mayor compromiso respiratorio e hipotensión, se realizó eco cardiografía que confirmó gran ocupación pericárdica y colapso de las cavidades derechas por lo cual se decide realizar pericardiocentesis e instalar un catéter de drenaje del pericardio, drenándose en total 1150cc. Posterior a lo cual se evidenció mejoría clínica y de imágenes (Figura 2). Se comenzó terapia sustitutiva con levotiroxina con lo cual revierte la sintomatología hipotiroidea. Se retira al cuarto día el catéter de drenaje.



