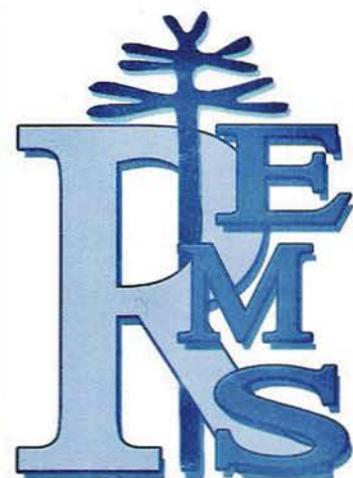


VOLUMEN 1
NÚMERO 1

Abril 2005

REVISTA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL SUR



ISSN 0718-1906



REVISTA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL SUR

Volumen 1 N° 1, Abril 2005

Editor Jefe

José Antonio Inzunza Navarro

Editor Ejecutivo

Juan Francisco Araneda Minder

Comité Editorial

CIGES

Valeria Epulef Sepúlveda

Dr. Eduardo Hebel Weiss

Carlos Martínez Herrera

Dr. Marcelo Peldoza Watier

Dr. Pablo Riedemann González

Dr. Iván Roa Esterio

Dr. Carlos Vallejos Vallejos

Academia Científica de Estudiantes de Medicina 2004-2005

Presidente:

Teresa de Lourdes Castillo Cárdenas

Secretaria:

Carolina Janett Abarzúa Cantero

Tesorera:

Consuelo del Pilar Vásquez Endara

Delegados.

César Alvarado Casanova

Barbara Constanza Seiffert Uribe

Webmasters:

Cristian Marcelo Oyanader Parra

Nidia Alejandra Payahuala Díaz

Revista de Estudiantes de Medicina del Sur es la publicación oficial de la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de La Frontera

Dirección: Manuel Montt 112. Academia Científica de Estudiantes de Medicina

e-mail: acem@chile.com

Diagramación y Dirección:

Juan Francisco Araneda Minder

jfaramin@gmail.com

Patrocinadores:

Dirección Carrera de Medicina

Facultad de Medicina

Universidad de La Frontera

EDITORIAL

En mi condición de Editor Jefe de la *“Revista de Estudiantes de Medicina del Sur”* me es muy grato dar la bienvenida a nuestros lectores, autores y a la comunidad Médica en general, a esta publicación.

A mediados del 2004 surgió dentro de la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de La Frontera (ACEM-UFRO) la idea de crear una revista que, con un alto nivel de calidad, sirva de espacio para la publicación de trabajos científicos originales en el área de las ciencias médicas realizados por los estudiantes de medicina.

Este desafío constituyó un arduo trabajo, y es por ello necesario señalar que buena parte del mismo se vio facilitado por la gran ayuda prestada por nuestras autoridades universitarias y, en especial, nuestro Director de Carrera Dr. Carlos Vallejos V., quien en todo momento creyó en el proyecto, nos apoyo con ideas y recursos. Asimismo deseo expresar nuestro reconocimiento y agradecimiento a todos los docentes que forman parte del Comité Revisor, ya que sin su desinteresada y eficiente labor no podríamos ahora contar con esta publicación.

Al despedir estas palabras quisiera señalar que, además de las intenciones del Comité Editorial y todos quienes integran la ACEM-UFRO, el impacto y la calidad de una revista científica dependen fundamentalmente de los lectores y autores de los trabajos que en ella se publican. Es así como invito desde ya a todos los estudiantes de Medicina y a los docentes a participar y a considerar a la *“Revista de Estudiantes de Medicina del Sur”* para la publicación de sus trabajos.

José Antonio Inzunza Navarro

Editor Jefe

Revista de Estudiantes de Medicina del Sur.

BUSCAR CONOCIMIENTO: UN DESAFIO PERMANENTE

Saber, conocer...palabras que nos han acompañado desde los albores de la humanidad. Lo que en un principio constituyó una herramienta más para la supervivencia, se ha transformado con el tiempo en una necesidad para comprender nuestro medio y el porqué de las cosas, para mantenernos vigentes, para sentirnos de verdad homo sapiens...

Es la investigación, el vehículo que nos permite superar nuestra ignorancia de una manera ordenada, pero más aún, plantearnos nuevas interrogantes y dar forma a proyectos que sólo tenían cabida en nuestra imaginación. Gracias a esto, hemos conocido el desarrollo como individuos y como especie.

Esto cobra gran relevancia en una ciencia como la medicina, cuyo objetivo va más allá de lo puramente teórico, porque de la experiencia fundamentada dependen no sólo la vida de las personas, sino qué tan bien viven.

Es por esto que en una época en que muchos creen que ya todo está dicho, es realmente importante replantearnos lo que creemos que conocemos, e intentar ver más allá de lo obvio para descubrir aquellas preguntas cuya solución nos permitirá conocer mejor el objeto de nuestros afanes, evaluar la manera como estamos actuando y mejorar la calidad de nuestra medicina.

De este modo la capacidad de descubrir nuestras dudas, buscar respuestas a ellas y así generar conocimiento, constituye una cualidad indispensable en quienes a futuro serán médicos, y dado que nuestro rol fundamental como Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de La Frontera es fomentar y divulgar esta actividad, hemos querido dar el espacio para aquellos inconformistas puedan dar a conocer los resultados de su trabajo.

La revista que tiene en sus manos constituye otro intento para acercar la investigación a los estudiantes de medicina, y ayudar a la búsqueda del tanpreciado conocimiento.

Teresa Castillo Cárdenas
Presidente ACEM-UFRO

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

La Revista de Estudiantes de Medicina del Sur es la publicación oficial de la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de La Frontera y en ella se presentan los trabajos de investigación realizados por alumnos de la carrera de Medicina de las distintas universidades nacionales. Los trabajos deben ser inéditos y escritos en idioma español en formato Microsoft Word (o procesador compatible), con letra Arial, de 10 puntos, párrafo en interlineado sencillo, entregando una copia impresa en tamaño carta con márgenes 2.5 superior e inferior y 3 cm derecho e izquierdo y otra copia en un diskette de respaldo. Se recomienda conservar una copia ante eventual pérdida. La extensión máxima será de 8 páginas. Las figuras deberán ser hechas en un utilitario compatible con Word, para permitir su inserción en el texto principal. En caso de material fotográfico u otras figuras trabajadas con digitalizador de imágenes, además de su inclusión en el texto escrito, se adjuntará el original en el mismo diskette.

Los trabajos deben ser enviados a: **Dirección Carrera de Medicina - Universidad de La Frontera, Calle M. Montt 112, Temuco.**

Los trabajos serán recibidos en un sobre sellado, rotulado con el nombre del trabajo, nombre del remitente (primer autor) y fono de contacto. El sobre en su interior debe contener:

1. Extenso del trabajo impreso. Este debe incluir la(s) figuras insertas en el orden dispuesto por los autores.
2. Hoja 1: Resumen del trabajo impreso.
3. Hoja 2: Identificación con los siguientes datos.
 - Universidad de Origen
 - Nombre completo y Rut de Los Autores y Docentes Asesores, señalando el departamento o unidad en que se desempeñan.
 - Fotocopia por ambas caras de Cédula Nacional de Identidad de Los Autores y Docentes Asesores.
4. Diskette 1: con el resumen del trabajo, según las especificaciones ya señaladas. Extenso del trabajo sin imágenes, pero señalando mediante numeración el orden que llevan.
5. Diskette 2: imágenes, tablas o gráficos. Deben estar perfectamente numerados según el orden en que aparecen en el trabajo.

Los trabajos deberán considerar la siguiente estructura:

- 1.- Título del trabajo
- 2.- Nombre completo de los autores. Todas las investigaciones deben tener como primeros autores a estudiantes de medicina, continuando con el de sus respectivos docentes asesores. Lo anterior considerando que se trata de una revista estudiantil.
- 4.- Resumen: de no más de 150 palabras (excluyendo el nombre de los autores/asesores e institución), considerando los siguientes items: título, objetivos, material y método, resultados y conclusiones.
- 5.- Palabra clave: no más de tres palabras que identifiquen su contenido e indexadas en el sistema Mesh Database de la National Library of Medicine (PubMed).
- 6.- Texto: deben estar bien definidas la introducción, Material y Método, Resultados y Conclusiones.
- 7.- Referencias bibliográficas: deben presentarse al final del texto, numeradas y listadas en el orden que son mencionadas en el artículo. El orden en la anotación de la referencia debe estar de ceñirse a las normas del INDEX MEDICUS.

INDICE

- Editorial	IV
José A. Inzunza Navarro	
- Saber en Medicina	V
Teresa Castillo Cárdenas	
- Instrucciones a los Autores	VI
- Indice	VII
- Artículos Originales:	
“Consumo de alcohol y drogas en estudiantes de 1º y 4º medio de la comuna de Lautaro IX Región. Chile”	
Gittermann K, Gonzalez V., Concha G.	
“Antígeno nuclear de proliferación celular (PCNA) como factor pronóstico en tumor de Wilms”.	
Davanzo C., Crovo E., Tirapegui F.	
“Prevalencia y factores asociados a depresión en adultos mayores sin deterioro de su estado cognitivo pertenecientes al programa Adulto Mayor del Hospital de Pitufquen, IX Región, Chile”	
Araneda J, Inzunza J, Inostroza C.Monge A.	
“Análisis estadístico de características biodemográficas, psicosociales y psicopatológicas de pacientes del programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria, en el Policlínico de Depresión del Hospital de Llanquihue, Décima Región de Los Lagos, Chile, Junio – Octubre año 2003”.	
Cantín C, Felmer O, Valdevenito G, Haase M.	
“Características clínicas y evolución de la meningitis bacteriana aguda (MBA) según agente etiológico en población pediátrica del Hospital Hernán Henríquez”.	
Retamales N., Hettich A., Retamales A., Venegas C., Boheme C., Bustos L.	
“Cirugía menor: Experiencia en Atención Primaria”	
Cárdenas T., Olivares J., Troc A., Ferrando M.	
“Experiencia de queratoplastia en menores de 21 años en Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco”	
Bernardín A., Norambuena C., Echeverría F., Blanco I., Echeverría C.	
“Resultados de la intervención y factores asociados al abandono del programa Beber Problema (PBP. Consultorio Miraflores. Temuco”	
Ferrada S, Molina Y., Ferrada S., Ernst J.	



CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN ESTUDIANTES DE 1º Y 4º MEDIO DE LA COMUNA DE LAUTARO, IX REGION CHILE.

Gustavo Concha O., Kay Gittermann M., Waleska González S., Prof. Luis Bustos M.⁽¹⁾

INTRODUCCION

Bien es sabido el aumento que ha tenido el consumo de alcohol y drogas en los jóvenes de nuestro país y cómo la edad de inicio de consumo es cada vez más precoz. El Consejo Nacional de Consumo de Estupefacientes (CONACE)¹ realizó el *Estudio Nacional de Consumo de Drogas en la Población Escolar de Chile* entre noviembre y diciembre de 2001 aplicado en alumnos de ambos sexos, de Octavo Año Básico a Cuarto Año Medio, de colegios municipalizados, particulares subvencionados y particulares, en 86 comunas del país. Este estudio ha obtenido las declaraciones de consumo de drogas lícitas e ilícitas y sus características, así como una diversidad de factores que podrían estar potencialmente relacionados con el uso de estas sustancias y que se asocian fuertemente al consumo de alcohol y tabaco. Así, las declaraciones de consumo indican que un 23.8% de los escolares ha probado alguna de las tres principales drogas ilícitas: marihuana, pasta base y clorhidrato de cocaína, al menos una vez en su vida; el 15.5% lo ha hecho en el último año y el 8.5% en el último mes. El consumo masculino llega a triplicar al femenino. De tal manera, se ve reflejado en la realidad de la comuna de Lautaro IX región, en la que el 21.57 % de su población es >10 y < 19 años² y muchos de los

jóvenes que viven en sectores rurales, que desean continuar la Enseñanza Media, deben migrar a esta comuna donde adquieren este hábito de consumo, el que se incrementa a medida que avanza la edad escolar.

Se ha descrito que en este círculo de adicción, influyen factores como la tensión crítica al paso de la adolescencia a la adultez, la búsqueda de nuevas experiencias y la aceptación social de los congéneres, que los hace una población sensible al consumo de estas sustancias a lo que contribuye a demás una baja percepción del riesgo, la que es inversamente proporcional a la edad. Es por ello que consideramos investigar a cerca de esta materia en el contexto de la adolescencia y el ambiente escolar; no solo para determinar la prevalencia del consumo de alcohol y drogas ilícitas, en estudiantes de 1º y 4º Medio de de la comuna de Lautaro, sino que también para contribuir a mejorar y promover la prevención de estos hábitos en esta Comuna.

MATERIAL Y METODO

La investigación se desarrollo con un diseño de corte transversal entre mayo y julio del 2003, y considero a estudiantes de 1º y 4º Medio de Liceos de la comuna de Lautaro, IX Región. El objetivo principal fue conocer el consumo de alcohol y droga en estos alumnos y la variación entre estos cursos. Los objetivos específicos fueron conocer si existen

⁽¹⁾ Departamento de Salud Pública y CIGES. Universidad de La Frontera.

Variables:	Definición
Prevalencia de Vida	Proporción de encuestados que declara haber consumido droga alguna vez en su vida.
Prevalencia último	Proporción de encuestados que declara haber consumido droga durante los 12 meses anteriores a la encuesta.
Prevalencia último	Proporción de encuestados que declara haber consumido droga durante el último mes.
Drogas	Marihuana, cocaína, pasta base y neoprén.
Drogas lícitas	Tabaco y alcohol (sólo en prevalencia al año).
Edad	Años cumplidos en el momento del estudio.
Sexo	Masculino-femenino.
Curso	I ó IV Medio

TABLA 1. VARIABLES Y SU DEFINICIÓN

diferencias en el consumo entre hombres y mujeres, y cuál es la edad del 1º consumo de alcohol y /o Droga.

Criterios de inclusión: El universo se constituyó por todos los estudiantes matriculados, de 1º y 4º Medio del Liceo Politécnico C-56 y del Liceo Científico Humanista A12 que asistan regularmente a clases, de cualquier raza o etnia. Para calcular el tamaño muestral se consideró un universo de 497 estudiantes y la prevalencia del consumo de Drogas y alcohol publicado por CONACE 2001¹. Se estimó una precisión de 5.5 % con una confianza de 95% obteniendo una muestra de 192 alumnos a través del programa Epi Info 2002.

El instrumento de medición fue un cuestionario auto administrado de 22 preguntas, validado por CONACE en primera instancia, el que fue modificado y revalidado para nuestro estudio, contando con la asesoría de Orientadores e Instructores capacitados de la Comuna de Lautaro. Entre otros datos se solicitan: edad, sexo, a qué edad fue su primer consumo de droga y/o alcohol, cual es la frecuencia de consumo al año y último mes, etc. Para asegurar la objetividad de las respuestas, las encuestas se respondieron de manera anónima y en presencia de uno de los investigadores, previa obtención del consentimiento informado.

El ingreso de datos se efectuó con el programa Epi Info 2002 y el análisis de estos con el programa STATA 8.0. La comparación de las variables continuas se realizó con la prueba de t Student. Para variables cualitativas se utilizó prueba de Chi cuadrado. El nivel de significación utilizado fue de un 5%.

RESULTADOS

Perfil biodemográfico:

Las edades de los estudiantes fluctuaron entre, 14 y 19 años con una media de 16 años. El 64.17% corresponden a mujeres y el 35,83% a hombres. De 1º Medio corresponden 114 alumnos y 78 alumnos a 4º Medio.

Respecto a la edad de inicio del consumo:

En relación al consumo de tabaco, la edad de inicio fluctúa entre 4 y 17 años, con una media de 12 años; el 63% inicia el consumo de tabaco antes de los 14 años y el 3.42% antes de los 6.

Del total de los alumnos que consumen alcohol, la edad de inicio de consumo fluctúa entre 7 y 18 años, con una edad media de 13 años. El 52% señala haber iniciado el consumo de alcohol entre 12 y 18 años. La edad mínima de inicio es 7 años representando el 4.9 %.media de 14 años.

VARIABLES DE CONSUMO:

Prevalencia último año de alcohol: Se establece que el 65.1% de los encuestados consume durante el año alcohol y el 38.14% lo consume durante el último mes, 3 de cada 5 de estos son mujeres, y no se observa variación en el número de consumidores entre primer y cuarto año medio.

Prevalencia último año de tabaco: Se establece que el 59.38% consume durante el año, 2 de cada 3 de estos son hombres, y no se observa variación en el número de consumidores entre primer y cuarto año medio.

Prevalencia de vida y del último año de drogas ilícitas: Respecto a las drogas ilícitas, el 15% de todos los encuestados señala haber probado alguna vez en su vida algún tipo de droga; el 13% ha consumido durante el año. De estos, el 21% ha consumido hace un mes. La droga que se consume con mayor frecuencia entre estos jóvenes es la marihuana, representando al 84% del total de los consumidores. El 10.94% del total de los encuestados la ha consumido durante el año. De estos, el 71.43% son hombres, y aumenta el consumo de primer a cuarto año en un 250%.

En relación al consumo de Neopren, el 6.25% consume durante el año, 3 de cada 4 son hombres, y no se observa variación en el número de consumidores entre primer y cuarto año medio. Referente a otras drogas ilícitas, como pasta base

y cocaína, se registra 1 y 3 casos de consumo respectivamente; además, en 4 casos se menciona la droga "tafón", denominando así al "Estafon", un adhesivo que se comercializa en bicicleterías y que contiene tolueno.

Cabe señalar que frente a la pregunta "¿Haz consumido algún tipo de droga o alcohol el día de hoy?" De los estudiantes que consumen droga, el 7.14%, respondió que si y de los que consumen alcohol, el 4%.

Con respecto a las interrogantes "¿Estás de acuerdo con la legalización del consumo de la marihuana?", el 67% opina que no debería legalizarse, de los cuales el 69% corresponden a mujeres, conservándose la misma tendencia en ambos cursos; y "¿Crees que las campañas publicitarias de prevención de consumo de drogas son efectivas?", el 64% opina que no lo son, de los cuales el 74% corresponde a hombres, conservándose la misma tendencia en ambos cursos.

DISCUSION Y COMENTARIOS

Al recolectar los datos, constatamos que un pequeño porcentaje de alumnos de 1º Medio, señala desconocer la existencia de algunos tipos de droga ilícita como, éxtasis, anfetaminas o peyote. En cuanto a los alumnos de 4º cerca del 90% conoce los distintos tipos de droga y sus efectos. Consideramos que esta diferencia se debe, en parte a que los alumnos de 1º Medio, provienen en parte, de zonas rurales y

	Durante el último año		Durante el último mes	
	Número	%	Número	%
Tabaco	114	59,38	-	
Alcohol	125	65,1	73	38,14
Marihuana	21	10,94	-	
Neopren	12	6,25	-	

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS SEGÚN PERIODO DE TIEMPO

	Sexo Masculino		Sexo Femenino	
	Número	%	Número	%
Tabaco	39	65.49	74	34.51
Alcohol	47	37.9	77	62.1
Marihuana	15	71.43	6	28.57
Neoprén	9	75	3	25

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS SEGÚN SEXO, CONSIDERANDO SÓLO A LOS ESTUDIANTES CONSUMIDORES

	I Año Medio		IV Año Medio	
	Número	%	Número	%
Tabaco	55	48.25	59	51.75
Alcohol	63	50.4	62	49.6
Marihuana	6	28.57	15	71.43
Neoprén	6	50	6	50

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS SEGÚN CURSO, CONSIDERANDO SÓLO LOS ESTUDIANTES CONSUMIDORES

migran a la Comuna de Lautaro adquiriendo nuevas experiencias a medida que avanzan la edad escolar. Los alumnos que señalan no haber probado nunca tabaco ni alcohol, tampoco han probado drogas ilícitas.; correspondiendo en su mayoría a mujeres. En relación al consumo de tabaco, llama la atención la edad mínima de inicio de 4 años en contraste a los 17 años como edad máxima. No tenemos datos bibliográficos que determinen qué tan frecuente es el consumo de tabaco en población preescolar a nivel nacional y considerando que ésta es una comuna con gran ruralidad creemos necesario investigar en relación a este hallazgo ya que existen fundamentos de que el hábito tabáquico condiciona a una precoz adicción a Drogas y estupefacientes. Se concluye que los hombres son los que más fuman y este consumo no aumenta a medida que avanza la edad escolar.

De los alumnos que consumen alcohol, la edad mínima de inicio es de 7 años y más de la mitad de los consumidores señala haber iniciado el consumo de alcohol entre 12 y 18 años. Los resultados señalan que los que mas consumen son mujeres.

En relación al consumo de drogas, la edad de inicio es distinta según la droga siendo la marihuana la de inicio mas precoz. El 13% del total de los encuestados ha consumido algún tipo de droga ilícita durante el último. Esta cifra es menor a la encontrada en el estudio de CONACE 2001¹ nivel nacional, en donde la prevalencia de consumo de droga al año es de un 15%. La droga que se consume con mayor frecuencia entre estos jóvenes es la marihuana, y su consumo es principalmente de los hombres, aumentando drásticamente el consumo a medida que avanza la edad escolar. Se observa además que un alto porcentaje de la población femenina cree que el consumo de marihuana no debiera legalizarse, caso contrario a los hombres, lo cual se ve reflejado en el consumo de estas drogas. Estos jóvenes dan a conocer que las campañas de prevención de consumo de drogas no son efectivas, y en su mayoría son hombres, probablemente por una diferencia psicológica y conductual propia de la edad.

BIBLIOGRAFIA

1.- Consejo Nacional de Consumo de Estupefacientes (CONACE) .Estudio Nacional de Consumo de Drogas en la Población Escolar de Chile, Noviembre 2001.

2.- Instituto Nacional de Estadística (INE), Censo 2002 en Bases de Datos REDATAM+G4 (<http://www.ine.cl>)

3.-FLORENZANO U, Ramón, SOTOMAYOR C, Patricia y OTAVAT, Magdalena. Estudio comparativo del rol de la socialización familiar y factores de personalidad en las fármaco dependencias juveniles. Rev. chil. pediatr., mayo 2001, vol.72, no.3, p.219-233.

4.-Alfaro, J.; Silva, Carmen Consumo de marihuana entre la juventud popular .

En: Drogas, juventud y exclusión social .

5.-Amunategui U., Luis F. Prevención del consumo

de drogas en adolescentes. -- p.177-190. -- En: Psicología preventiva : Avances recientes en técnicas y programas de prevención.

6.-Asún S., Domingo; Alvarado, R. Aspectos médicos y sociales del consumo de drogas . -- p.121-134. --

7.-Bejarano O., Julio El fenómeno de la fármaco dependencia en el

estudiante de primer ingreso a las universidades estatales de Costa Rica : Percepciones de riesgoy consumo 1992 / Hanna Carvajal M; Lizu Son Lec. -- San José C.R. : IAFA, 1992. 42 p.

7.-HERNANDEZ G, Guillermo, MONTINO R, Olga, KIMELMAN J, Mónica et al. Prevalencia de trastornos psiquiátricos por uso de alcohol y otras sustancias en hombres y mujeres hospitalizados en medicina interna de un hospital de Santiago de Chile. Rev. méd. Chile, jun. 2002, vol.130, no.6, p.651-660.

ANTÍGENO NUCLEAR DE PROLIFERACIÓN CELULAR (PCNA) COMO FACTOR PRONÓSTICO EN TUMOR DE WILMS.

Cristóbal Davanzo C. (1), Emilia Crovo V. (2), Fernando Tirapegui S. (3), Dr. José Schalper P. (4)

INTRODUCCIÓN

El tumor de Wilms corresponde a la neoplasia maligna primitiva del riñón más frecuente en la infancia. Su incidencia ha sido estimada en 7,9 casos por 1 millón en los Estados Unidos y se han descrito diferencias en relación al origen étnico (1). La realidad en Latinoamérica no se conoce ni se han publicado grandes series al respecto. Esta neoplasia presenta un comportamiento biológico maligno y se asocia a algunos síndromes genéticos como el de Beckwith-Wiedemann y Denys-Drash (2, 3, 4). Desde un punto de vista clínico, la gran mayoría de los menores, consultan por dolor abdominal asociado a una masa palpable. Además pueden asociarse hematuria macroscópica y fiebre. La edad típica de presentación es en los primeros meses de vida con una media de 2 meses de edad al momento del diagnóstico (5). Característicamente presenta una gran diversidad histológica y en la forma clásica se describen 3 componentes: blastema, estroma y un tercer componente epitelial, aunque no siempre están todos presentes (6, 7) foto 1. Dentro de los factores asociados al pronóstico encontramos el tamaño tumoral, edad del

del paciente, etapa clínica, grado de invasión tumoral y presencia de infiltración linfovascular, sin embargo el factor más importante lo constituye la caracterización histológica (8, 9) **foto 2**. El desarrollo, en los últimos años, de técnicas de inmunohistoquímica que utilizan anticuerpos monoclonales específicos ha permitido investigar fenómenos moleculares que, hasta hace poco tiempo, resultaban por completo inaccesibles (10, 11). Uno de ellos es el Antígeno Nuclear de Proliferación Celular (PCNA), que tiene un rol importante en la síntesis y reparación del ADN así como en la progresión del ciclo celular actuando como un coordinador en procesos de replicación lo que lo vincula con la actividad proliferativa del tejido neoplásico y por lo tanto con el comportamiento biológico del mismo (12). De esta forma resulta lógico pensar que niveles elevados de marcación de este anticuerpo en las piezas histológicas de tumores de Wilms podrían encontrarse en relación con otros parámetros histológicos de diferenciación del mismo y de esta forma contribuir al establecimiento definitivo del grado histológico, lo que se vincularía al pronóstico (13, 14, 15). El objetivo de este trabajo es el de realizar un caracterización de la marcación de PCNA en los distintos componentes histológicos de la neoplasia y relacionarlo con otras características morfológicas presentes que tengan valor

(1) Alumno 5º año U.S.S.

(2) Alumna 4º año U.S.S.

(3) Interno 6to Año U.S.S.

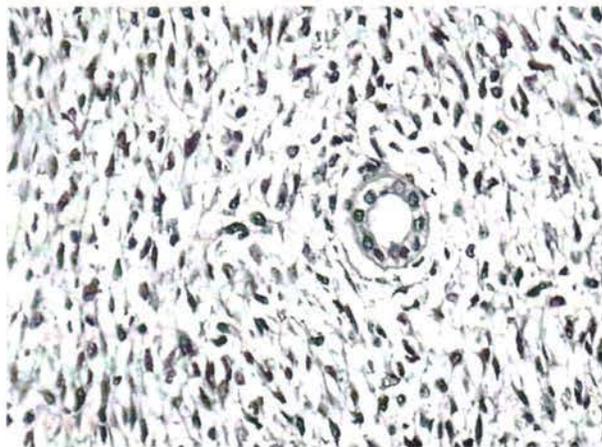
(4) Profesor Titular Universidad San Sebastián.

pronóstico.

Foto1. Corte Macroscópico Tumor de Wilms



Foto2. Microscopía Tumor de Wilms



MATERIALES Y MÉTODO

Diseño del Estudio

El modelo de estudio utilizado corresponde a estudio descriptivo experimental de corte transversal.

Recolección y selección de sujetos.

Se seleccionaron en forma retrospectiva todos los casos con diagnóstico histológico de tumor de Wilms entre los años 1997 y 2001 del archivo de anatomía patológica del Hospital Las Higueras de Talcahuano, Chile. No se consideraron origen étnico, sexo ni edad al momento del diagnóstico. El total de casos incluidos en el estudio fue igual a 7.

Recolección y evaluación de la información.

Una vez seleccionados el total de casos se estudiaron las piezas completas y se realizó inclusiones en bloques de parafina de cada una de ellas. Posteriormente se procedió a realizar cortes microscópicos a dichos bloques con el propósito de obtener preparaciones para realizar la evaluación microscópica. La información fue obtenida mediante un protocolo de análisis que incluyó componente histológico, porcentaje de marcación para PCNA, grado de atipia celular, índice mitótico, presencia de infiltración vascular, compromiso ganglionar y tamaño tumoral. El componente histológico se clasificó en epitelial, blastema y componente estromal. El grado de marcación para PCNA fue expresado en forma de porcentaje de la muestra que resultó positiva. De tal suerte se clasificó como marcación baja a aquellas que mostraron un porcentaje de marcación entre 1 y 33%, como moderada entre 34 y 66% y como alta a las que presentaron sobre 66%. El grado de atipia celular se clasificó en tres categorías donde la primera fue considerada como leve, la segunda como moderada y la tercera como acentuada. El índice mitótico se clasificó de acuerdo al número de mitosis en 10 campos de aumento mayor (400X). Para evaluar el compromiso de estructuras vasculares se consideró como positivo o negativo para invasión capilar y compromiso tumoral de la vena renal. De la misma forma se evaluó el compromiso ganglionar. Para la evaluación del tamaño tumoral se consideró el diámetro mayor de la pieza macroscópica que fue expresada en centímetros.

Descripción de la técnica

Para la realización de los cortes se utilizó un cuchillo de micrótopo con el que se realizaron cortes de 5Um de espesor, los que fueron

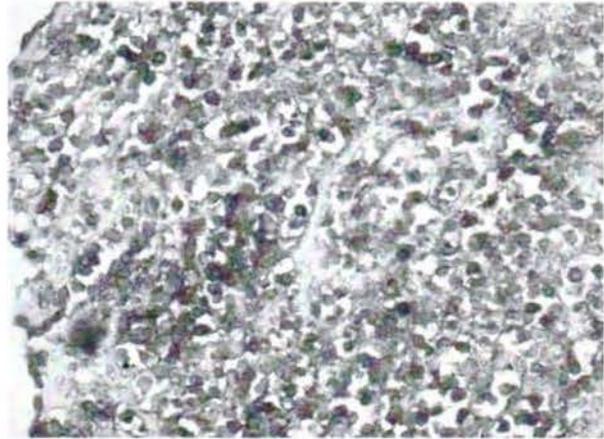
montados en portaobjetos silanizados y secados en estufa a 60 grados Celsius. Una vez desparafinados e hidratados se realizó tripsinización por 10 minutos a 37 grados Celsius. Posteriormente se bloqueó la actividad de la Pseudoperoxidasa con solución de Peróxido de Hidrógeno (H₂O₂) al 3%. Luego se procedió a realizar la incubación con los anticuerpos primarios anti PCNA por 60 minutos en los preparados. Se utilizó anticuerpos monoclonales anti PCNA humano de ratón clon 320 A2 de la firma comercial Novocastra•3f. El revelado se realizó con un kit de revelado para Inmunoperoxidasa (LSAB-2, DAKO•3f•3f) con la respectiva incubación en solución sustrato. Finalmente las muestras fueron deshidratadas y montadas en resina sintética para quedar listas para una adecuada evaluación microscópica. Todas las muestras fueron evaluadas por un patólogo experto tanto al examen macro como microscópico.

RESULTADOS

Todos los casos y tipos histológicos presentaron positividad para la inmunomarcación anti PCNA foto 3. El porcentaje más bajo detectado se localizó en el componente estromal de uno de los casos y fue igual a 5%. El mayor porcentaje de marcación se detectó en un tipo epitelial y fue igual al 75%. En relación a los resultados globales el mayor grado de marcación se registró siempre en el componente epitelial y la media fue de 59%. Para el tipo blastema la media fue de 39% y para el componente estromal fue de 17%, que fue siempre la menor. En cada uno de los casos fue siempre mayor la positividad en el componente epitelial, seguido del componente

blastema. El componente estromal resultó con el menor porcentaje de positividad en todos los casos.

Foto3 Inmunohistoquímica Tumor de Wilms



En relación a los resultados obtenidos para el componente epitelial encontramos que hubo correlación absoluta entre el porcentaje de PCNA marcado y el grado de atipia visualizado en el mismo. En todos los casos en que la marcación fue baja, se encontró grado leve de atipia. Lo mismo ocurrió en los casos de marcación moderada y alta, donde los grados de atipia fueron moderados y acentuados respectivamente. El índice mitótico fue en todos los casos mayor a 15. Los datos se muestran en la **tabla 1.**

En relación a los resultados obtenidos en el componente blastema encontramos que también hubo correlación absoluta entre el porcentaje de PCNA marcado y el grado de atipia visualizado en el mismo. El índice mitótico fue siempre entre 5 y 10. Los resultados se muestran en la **tabla 2.**

El índice mitótico fue siempre independiente del porcentaje de marcación para PCNA. Si se encontró asociación directa entre este y el componente histológico correspondiente.

Epitelial	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Promedio
% PCNA	75 %	25 %	45 %	50 %	70 %	75 %	70 %	59 %
Grado Atipia	Acentuada	Leve	Moderada	Moderada	Acentuada	Acentuada	Acentuada	-
Indice Mitótico	> 15	> 15	> 15	> 15	> 15	> 15	> 15	-

TABLA 1. Distribución de marcación de PCNA, grado de atipia y número de mitosis componente epitelial

Blastema	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Promedio
% PCNA	45 %	15 %	35 %	35 %	55 %	50 %	40 %	39 %
Grado Atipia	Moderada	Leve	Moderada	Moderada	Moderada	Moderada	Moderada	-
Indice Mitótico	5 a 10	5 a 10	5 a 10	5 a 10	5 a 10	5 a 10	5 a 10	-

TABLA 2. Distribución de marcación de PCNA, grado de atipia y número de mitosis componente blastema.

Estromal	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Promedio
% PCNA	15 %	5 %	20 %	10 %	30 %	25 %	15 %	17 %
Grado Atipia	Leve	Leve	Moderada	Leve	Leve	Leve	Leve	-
Indice Mitótico	> 5	> 5	> 5	> 5	> 5	> 5	> 5	-

TABLA 3. Distribución de marcación de PCNA, grado de atipia y número de mitosis componente estromal.

Característica	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7
Infiltración Capilar	-	-	+	+	+	-	-
Infiltración ramas de la vena renal	-	-	-	+	+	-	-
Compromiso ganglionar	-	-	+	-	+	-	-
Tamaño tumoral	6 cm	8 cm	9,5 cm	12 cm	10,6 cm	3,9 cm	5,4 cm
Promedio PCNA	45 %	15 %	33 %	32 %	52 %	50 %	38 %

TABLA 4. Relación entre infiltración vascular y ganglionar linfática, tamaño tumoral y promedio PCNA por caso.

Se debe considerar que no hubo relación entre el porcentaje de marcación de PCNA, el grado de atipia y la presencia de infiltración de elementos linfáticos y vasculares. El único elemento analizado que sí presentó relación estrecha con la infiltración tumoral vascular y ganglionar fue el tamaño tumoral al momento del diagnóstico, donde no se encontró infiltración en aquellos tumores menores de 9cm a diferencia de los mayores de dicho diámetro en que la infiltración capilar, venosa y el compromiso ganglionar fueron frecuentes. Los resultados se muestran en la **tabla 4**.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El anticuerpo monoclonal anti PCNA es un excelente marcador de grado de diferenciación en los tumores de Wilms, principalmente en sus componentes epitelial y blastema. De acuerdo a la consistente asociación encontrada se propone que PCNA podría ser usado como un nuevo factor pronóstico de tipo histopatológico en dichos tumores, ya que niveles altos de marcación se asociarían a un peor comportamiento biológico de la neoplasia. El componente epitelial es siempre el más agresivo en tumores de Wilms, lo cual se encuentra en relación con el conocimiento actual, ya que se sabe que frecuentemente las neoplasias malignas de origen epitelial presentan comportamientos biológicos más agresivos debido a su mayor capacidad intrínseca de proliferación.

La presencia de infiltración capilar, de la vena renal así como el compromiso ganglionar linfático parecen estar relacionados estrechamente al tamaño tumoral, no así al grado de diferenciación del mismo. Esta aparente discordancia encontrada podría deberse al intervalo de tiempo presente entre el comienzo de la iniciación (producido por defecto del gen supresor WT1) y el de la promoción neoplásica

(producido por estímulo ambiental) que podría ser distinto para cada caso, lo que explicaría presencia de alto grado de malignidad con tumores de pequeño o menor diámetro y por lo tanto ausencia de infiltración de estructuras vasculares y linfáticas al momento del diagnóstico.

Se propone la necesidad de realizar estudios posteriores con series mayores y correlación clínica que confirmen los hallazgos preliminares encontrados en este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ries LAG, Smith MA, Gurney JG, et al., eds. Cancer incidence and survival among children and adolescents: United States SEER Program 1975-1995. National Cancer Institute, SEER Program. NIH Publication No. 99-4649, Bethesda, MD, 1999
2. Bonaiti-Pellie C, Chompret A, Tournade MF, et al. Genetics and epidemiology of Wilms' tumor: the French Wilms' Tumor Study. *Med Pediatr Oncol* 1992;20:284.
3. Denys P, Malvaux P, Van Den Berghe H, Tanghe W, Proesmans W. Association d'un syndrome anatomo-pathologique de pseudohermaphroditisme masculin, d'une Tumeur de Wilms, d'une nephropathie parenchymateuse et d'un mosaicisme XX hXY. *Arch Fr Pediatr* 1967;24:729.
4. Coppes MJ, Huff V, Pelletier J. Denys-Drash syndrome: relating a clinical disorder to genetic alterations in the tumor suppressor gene WT1. *J Pediatr* 1993;123:673.
5. Green DM. Diagnosis and management solid tumors in infants and children. Boston: Martinus Nijhoff, 1985.
6. Murphy WM, Beckwith JB, Farrow GM. Atlas of tumor pathology. 3rd Series. fascicle 11. Tumors of the kidney, bladder, and related urinary structures. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1994.

7. Breslow NE, Beckwith JB, Ciol M, Sharples K. Age distribution of Wilms tumor: report from the National Wilms Tumor Study. *Cancer Res* 1988;48:1653.
8. Breslow N, Churchill G, Beckwith JB, et al. Prognosis for Wilms' tumor patients with nonmetastatic disease at diagnosis--results of the Second National Wilms' Tumor Study. *J Clin Oncol* 1985;3:521.
9. Breslow N, Sharples K, Beckwith JB, et al. Prognosis in nonmetastatic, favorable histology Wilms' tumor: results of the Third National Wilms' Tumor Study. *Cancer* 1991;68:2345.
10. Ambros R., Trost R.: Immunohistochemical localization of metallothionein in human breast cancer. *Anticancer Research*, May-june; 19(3^a):2133-9, 1999-09-21
11. Hans Huber. *Citología, Histologie und mikroskopische Anatomie des Menschen*. Aufl. Verlag, Bern, Stuttgart, Wien, 1997.
12. Khine MM, Aung W, Sibbons PD, Howard CV, Clapham E, McGill F, Van Velzen D. Analysis of relative proliferation rates of Wilms' tumor components using proliferating cell nuclear antigen and MIB-1 (Ki-67 equivalent antigen) immunostaining and assessment of mitotic index. Department of Fetal and Infant Pathology, University of Liverpool, United Kingdom. *Lab Invest* 1994 Jan;70(1):125-9
13. Nagoshi M, Tsuneyoshi M. Expression of proliferating cell nuclear antigen in Wilms' tumors and other pediatric renal tumors: the correlation between histologic classification and proliferative activity. Second Department of Pathology, Kyushu University, Fukuoka, Japan. *J Surg Oncol* 1994 Feb;55(2):114-21
14. Chen F, Liu G, Zhang Z, Li Z, Cai W. Expression of proliferating cell nuclear antigen in Wilms' tumor. Department of Pediatric Surgery, Xin Hua Hospital, Shanghai Second Medical University, China. *Chin Med J (Engl)* 1997 May;110(5):352-3
15. Delahunt B, Farrant GJ, Bethwaite PB, Nacey JN, Lewis ME. Assessment of proliferative activity in Wilms' tumour. Department of Pathology, Wellington School of Medicine, New Zealand. *Anal Cell Pathol* 1994 Aug;7(2):127-38

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN ANCIANOS SIN DETERIORO DE SU ESTADO COGNITIVO PERTENECIENTES AL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR EN HOSPITAL DE PITRUFQUEN, IX REGION, CHILE

Juan Fco. Araneda M. (1), José Inzunza N. (1), Carla Inostroza A. (1), Prof. Andrea Monje E.(2)

INTRODUCCION

El envejecimiento poblacional es una situación nueva a la que nos enfrentaremos durante el siglo XXI, y no es el envejecer en si el problema para la población sino su intensidad y velocidad ya que exige el conocimiento de patologías y de acciones sanitarias específicas para este segmento poblacional. Se dice que una sociedad envejece cuando se incrementa, proporcionalmente, el número de ancianos en relación con los otros grupos de edad. Se sabe que la población anciana es heterogénea, incluyendo a personas independientes, activas y en buenas condiciones de salud, junto a otros que dependen de terceros para sus actividades diarias. Por esto es importante conocer las características de este grupo, sus variantes respecto a otros grupos etáricos, a grupos de la misma edad de otras regiones y particularidades de nuestra población anciana. La situación actual del adulto mayor en Chile muestra que este grupo etárico (personas mayores a 65 años) representan actualmente cerca del 10% de la población, dentro de 30 años serán más que la población de jóvenes. En el grupo de la tercera edad predominan más las mujeres que los hombres, y tienden a aumentar más que ellos (hay más viudas

que viudos). Las mujeres sobreviven en 4 años promedio de los hombres.

Estos datos nos indican que ha aumentado la expectativa de vida en nuestro país, y que Chile vive un proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento: no sólo ha aumentado la expectativa de vida, sino además ha bajado el nivel de fecundidad, sobre todo a partir de la década del 60. Dentro de las patologías que acompañan a este grupo etárico, las cardiovasculares, las degenerativas y los trastornos del ánimo constituyen los grupos más prevalentes. De este último, la depresión es por si sola una de las más importantes, tanto por las características clínicas como también por ser condicionante para la aparición de otras enfermedades y conductas de riesgo. Se ha descrito que las condiciones propias de los adultos mayores predispone a la aparición de depresión (soledad, comorbilidades, condiciones económicas, etc.), pero a la vez cada una de estas agravantes varían en su impacto y presencia, de esta forma el estudio de cada una de ellas en cada población es importante dada las diferencias propias que es posible encontrar en este grupo según características geográficas, económicas y culturales. De esta forma, el conocimiento de la prevalencia de depresión en los adultos mayores, además de la identificación de características asociadas, permite crear las bases para orientar una medicina basada en las particularidades del grupo, favoreciendo y

(1) *Internos Medicina, Universidad de La Frontera.*
(2) *Médico Ciclo de Formación y destinación, Pitrufquen.*

promoviendo una atención y prevención centrada en este grupo etario de acuerdo a sus necesidades. El objetivo general de este estudio son determinar la prevalencia de depresión en mayores de 65 años, sin deterioro de su estado cognitivo atendidos en el Programa Pacientes Crónicos del Hospital de Pitrufulquen IX Región, Chile. El objetivo específico es describir factores socio-demográficos, de hábitos y biológicos que representen un riesgo de adquirir trastorno del ánimo del tipo depresión en este grupo etario.

PACIENTES Y METODO

Se realizó un estudio descriptivo observacional de tipo corte transversal en el grupo de adultos mayores de 65 años, sin alteraciones de su estado cognitivo, que asisten al Programa de Pacientes Crónicos del Hospital de Pitrufulquen, mediante la aplicación de encuestas de trabajo.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes de ambos sexos, de 65 años o más que pertenezcan al Programa de adulto Mayor del Hospital de Pitrufulquen, que hayan obtenido 21 puntos o más en MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE). Este test se utilizó para determinar estado cognitivo y es un instrumento validado internacionalmente, describiéndose con una sensibilidad de casi 100% y una especificidad de 78%. Para evaluar características socio-demográficas, de hábitos y biológicas se utilizó una encuesta especialmente diseñada para ello. Los criterios de exclusión fueron: incapacidad mental que les impida dar su consentimiento a participar en el estudio, discapacidad auditiva o sordera, analfabetos, ciego, no dar el consentimiento voluntario.

Para medir depresión (variable dicotómica: presencia o ausencia) se aplicó el test Geriatric Depression Scale de Yesavage, instrumento validado y en el

cual se describe una sensibilidad de 80% y especificidad de 95% para el diagnóstico de depresión. El tamaño de la muestra se calculo utilizando el sistema estadístico EPI INFO 6.0, teniendo en cuenta un nivel de confianza de 95% y una precisión de la estimación de 5%.

RESULTADOS

De una población total de 911 mayores de 65 años y sobre el cálculo del tamaño de la muestra antes descrito se evaluó a 354 pacientes, su distribución según edades fue: 65 a 70 años = 86 (34 hombres, 52 mujeres), 71 a 75 años = 80 (42 hombres, 38 mujeres), 76 a 80 años = 78 (46 hombres, 32 mujeres), 81 a 85 años = 34 (13 hombres, 21 mujeres), 86 a 90 años = 47 (18 hombres, 29 mujeres), 91 a 95 años = 17 (5 hombres, 12 mujeres), 96 a 100 años = 10 (4 hombres, 6 mujeres) y más de 100 años = 3 mujeres. Del grupo general 55% eran mujeres y 45% hombres. El promedio de edad general fue 74 (rango 65-102). El 38% tiene residencia en el sector rural a Pitrufulquen, mientras el 62% en el área urbana.

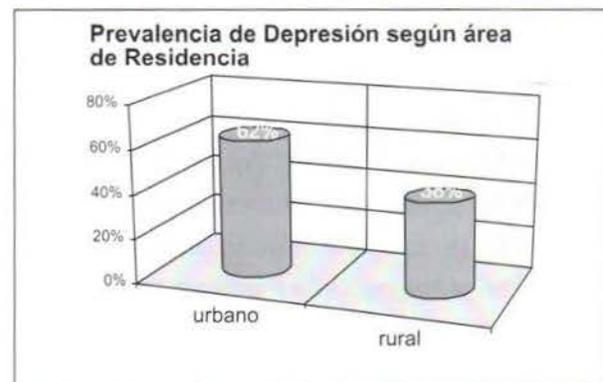
Los pacientes con puntaje que los clasificaba con depresión correspondieron a un 48% de estos 22% eran mujeres y 26% hombres (**Tabla 1**). En el grupo total la prevalencia de depresión por grupo etario fue: 65 a 70 años = 8% (5% hombres, 3% mujeres), 71 a 75 años = 12% (7% hombres, 5% mujeres), 76 a 80 años = 10% (3% hombres, 7% mujeres), 81 a 85 años = 5% (4% hombres, 1% mujeres), 86 a 90 años = 9% (5% hombres, 4% mujeres), 91 a 95 años = 2% (1% hombres, 1% mujeres), 96 a 100 años = 1% (1% hombres) y más de 100 años = 1% (1% mujeres). La prevalencia de depresión según área de residencia fue 62% para los pacientes del área urbana y 38% para los pacientes rurales (**Gráfico 1**). En el primer grupo (área urbana) el 39% correspondió

Tabla1. Porcentaje de Depresión Clínica por Grupo Etario y Sexo

Grupo Etario	Hombres	Mujeres	TOTAL
65 – 70	5%	3%	8%
71 – 75	7%	5%	12%
76 – 80	3%	7%	10%
81 – 85	4%	1%	5%
86 – 90	5%	4%	9%
91 – 95	1%	1%	2%
96 – 100	1%	-	1%
> 100	-	1%	1%

a hombres y en rural el 41% correspondió a mujeres.. Analizando las variables socio-demográficas, se obtiene una prevalencia mayor general en los pacientes que declaran no sentirse pertenecientes a una etnia sobre los que si lo manifiestan (84% versus 16%). De estos son los hombres los que presentan un porcentaje mayor. Se observa también un mayor nivel de depresión en pacientes viudos y en estos son los hombres quienes tienen porcentajes mayores. Sobre el nivel económico de los pacientes, no existe mayor diferencia en la población general de los pacientes según ingreso económico la prevalencia de depresión es: (grupo menor \$50.000: 52%, grupo \$50.000 a \$100.000: 49% y grupo de \$100.000 o más: 50%). En la escolaridad, se observa una pequeña diferencia en pacientes que tienen estudios básicos respecto de pacientes que tienen enseñanza completa (25% versus 22%). Quienes viven solos presentan una prevalencia mayor frente a quienes viven con familiares (hijos, nietos o hermanos) siendo los porcentajes 36% versus 11%. Respecto a las variables relacionadas con los hábitos se obtuvo un 16% de depresión en pacientes que consumen 1 o más de 2 fármacos diariamente, frente a un 7% de aquellos que no consumen. Quienes participan en actividades comunitarias (clubes de

ancianos, juntas de vecinos, etc.) presentan un 6% de depresión, frente a quienes no expresan participar en alguna actividad social. (14%). El 29% de los pacientes que presentan más de 1 patología crónica, presenta puntaje acorde con depresión, siendo los principales motivos referidos: "depender de remedios todos los días": 21%, "tener poco dinero y además gastar en remedios": 16% y "sentirse más viejo al tener enfermedades": 33%, "sentirse dependiente de los demás: 26 y otros: 4%



CONCLUSIONES

En el total estudiado (n = 354), la mayor cantidad de adultos mayores se concentra entre los 60 y los 90 años de edad, promedio 74, y la distribución por grupos mostró valores homogéneos en cantidad de pacientes en este rango, no habiendo diferencias significativas en cuanto a género y con una significativa diferencia en cuanto a su residencia (mayor de origen urbano).

Entre los distintos grupos etáricos, el grupo de mayor prevalencia es el de 86-90 años, siendo un 9% de del total estudiado, sin embargo, la diferencia de prevalencia entre los distintos grupos no fue estadísticamente significativa.

Cerca de la mitad de los pacientes en estudio presentaban depresión clínica diagnosticada y de estos la mayor parte hombres, teniendo una diferencia estadísticamente significativa con respecto

a las mujeres.

Los pacientes que se identificaban como parte de una étnia presentaban más de 5 veces menos depresión con respecto a los que no se identificaban con una.

La diferencia entre el grupo que consume 1 a 2 fármacos respecto de los que no consumen, fue estadísticamente significativa, mas existe el sesgo de la naturaleza del fármaco (podría tratarse de pacientes ya en tratamiento por depresión). Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el grupo de los adultos mayores que viven solos respecto de los que viven acompañados. Los primeros presentaron más de 3 veces una mayor prevalencia de depresión.

No existe diferencia estadísticamente significativa de depresión en los distintos grupos económicos. Tampoco existe diferencia según nivel de escolaridad. Donde si notamos diferencia fue entre aquellos que realizaban una actividad y los que no la hacen. El factor socio-económico pierde importancia con respecto al sentirse parte de alguna actividad. Otro punto donde se refleja esta diferencia es en los motivos para la depresión de los pacientes que presentan una patología crónica, donde prima el sentirse dependiente, seguido del factor económico

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- RIOSECO P, ESCOBAR B, VICENTE B et al. Prevalencia de Vida de Algunos Trastornos Psiquiátricos en la Provincia de Santiago. Revista de Psiquiatría 1994; 11: 186-93.

2.- American Psychiatric Association. Diagnostic Criteria from DSM-IV. Editado por American Psychiatric Association. Washington; Mason 1994.

3.- ALEXOPOULOS G. Mood Disorders. En "Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI"; editado por Harold Kaplan y Benjamin Sadock. Williams & Wilkins, Baltimore, 1995.

4.- VICENTE B, SALDIVIA S, RIOSECO P et al. Trastornos Psiquiátricos en Diez Comunas de Santiago: Prevalencia de Seis Meses. Revista de Psiquiatría 1994; 11(4): 194-202.

5.- GARCIA C, LOYOLA J, ARMSTRONG T. Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 65 años hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Militar de Santiago. Rev Méd Chile 1996; 124: 431-36.

6.- GANZINI L, SMITH D, FENN D et al. Depression and Mortality in Medically Ill Older Adults. J Am Geriatr Soc 1997; 45: 307-12.

7.- ALEXOPOULOS G, MEYERS B, YOUNG R et al. The course of geriatric depression with "reversible dementia": a controlled study. Am J Psychiatry 1993; 150: 1693-99.

8.- BLAZER D. Depression in the elderly. Myths and misconceptions. Psych Clin North Am 1997; 20: 111-9.

9.- DESROSIERS G, HODGES J, BERRIOS G. The neuropsychological differentiation of patients with very mild Alzheimer's Disease and/or Major Depression. J Am Geriatr Soc 1995; 43: 1256-63.

10.- JOST B, GROSSBERG G. The evolution of psychiatric symptoms in Alzheimer's Disease: a natural history study. J Am Geriatr Soc 1996; 44: 1078-81.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICAS, PSICOSOCIALES Y PSICOPATOLÓGICAS DE PACIENTES DEL PROGRAMA NACIONAL DE “DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA”, EN EL POLICLINICO DE DEPRESIÓN DEL HOSPITAL DE LLANQUIHUE, DECIMA REGION DE LOS LAGOS, CHILE. JUNIO-OCTUBRE AÑO 2003.

Claudio Cantín A., Orlando Felmer E., Gonzalo Valdevenito A.,
Dra. Miriam Haase U.,⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

1. Enfoque de la Depresión a nivel país y a nivel comunitario.

En el marco del Plan Nacional de Salud Mental, la depresión fue definida como una prioridad país. El programa de "Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria" surgió de la conciencia técnica y epidemiológica como una prioridad del sector salud, pero se asienta en una profunda responsabilidad ética con las personas que sufren estos trastornos y que si no reciben un tratamiento oportuno y eficaz, pueden iniciar un largo y doloroso proceso que va deteriorando la vida personal y que puede comprometer su vida. Conforme los antecedentes ministeriales, la prevalencia de los trastornos depresivos en la población chilena mayor de 15 años es de 7.5% a 10%, pero un 30% de las personas consultantes en el nivel primario sufre cuadros depresivos. (1) Menos del 35% de las personas depresivas recibe tratamiento efectivo en el nivel primario de atención. (1)

En tanto, menos del 20% de los pacientes en

(1) *Universidad Austral de Chile*

tratamiento lo continúan por más de cuatro semanas (un tratamiento efectivo debe prolongarse como mínimo por seis meses).

La mayoría de las personas que sufren Depresión consultan por primera vez en el nivel primario de atención, sin embargo, frecuentemente este tipo de trastornos no es reconocido por el equipo de salud y, cuando lo son, no siempre son tratados en la forma correcta, con los métodos y conocimientos que se dispone en la actualidad.

Esta situación es muy preocupante, pues cuando la Depresión no es tratada oportunamente y en buena forma, conduce muchas veces a cuadros recurrentes o de evolución crónica, incapacidades graves, muertes por suicidio o prolongado sufrimiento del paciente y su familia. Los trastornos depresivos, y sus formas “encubiertas” por síntomas físicos o malestares diversos, frecuentemente producen confusión en el Equipo de Atención Primaria, generan consultas médicas repetidas, exámenes, tratamientos inadecuados o interconsultas no resolutivas, que sin mejorar a las personas, elevan los costos de la atención médica.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto y dentro del marco, del programa de salud mental y su

subprograma de diagnóstico y tratamiento integral de la Depresión es que el Hospital de la ciudad de Llanquihue por iniciativa propia ha incorporado dentro de sus policlínicos, uno especial para el diagnóstico y tratamiento de esta importante patología.

2. Breve reseña de la Ciudad de Llanquihue y sus principales características biodemográficas.

La comuna de Llanquihue, con una superficie de 420,8 km², y una población de 16.337 habitantes, 3.609 rurales y 12.728 urbanos, se encuentra ubicada en la provincia de Llanquihue, Xa Región de Los Lagos, siendo sus límites por el Norte con la comuna de Frutillar, por el Sur y el Este con la comuna de Puerto Varas, y el Lago Llanquihue; por el Noroeste, con la comuna de Fresia y Suroeste con la comuna de Los Muermos. (2)

Del total de la población 50.16 % (8.196) corresponde a población femenina y el 49.84 % (8.141) a hombres, dando un índice de masculinidad de 99,33. (2) Dentro de las actividades económicas destaca en primer lugar la actividad industrial, luego la agrícola y por último los servicios.

La cobertura sanitaria, esta a cargo del Hospital de Llanquihue, que atiende a la comunidad de los distintos sectores de la ciudad en cuestión y que además tiene a cargo las postas rurales de Los Pellines y Loncotoro.

OBJETIVOS GENERALES

Este trabajo tiene como objetivo, proveer de una base diagnóstica con respecto al perfil de los pacientes atendidos en Policlínico de Depresión del Hospital de Llanquihue, considerando factores tan disímiles como ser el sexo, edad, ocupación, estado civil, escolaridad y factores de riesgo entre otros. Determinar relaciones entre distintos factores que afecten a esta población, y así, de esta forma poder

esclarecer vínculos que ayuden al entendimiento global del entorno que rodea al paciente tipo, atendido en este Policlínico.

Determinar con que frecuencias se manifiestan los distintos niveles de depresión.

Aportar datos relevantes que permitan crear nuevas estrategias terapéuticas y orientar la distribución de recursos para pesquisa y tratamiento de los grupos de riesgo de esta patología.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisó un total de 45 fichas clínicas, correspondientes a pacientes que consultaron entre Junio y Octubre del 2003 en el Hospital de la ciudad de Llanquihue, presentando como motivo de consulta un cuadro depresivo. Estos pacientes presentaban edades que fluctuaban entre 18 y 68 años de edad. (3)

La obtención de los datos fue autorizada por los profesionales encargados del Programa de Depresión implantado en el Hospital de Llanquihue, bajo estricta confidencialidad de los nombres de los pacientes en cuestión.

Los datos fueron tabulados mediante una hoja de cálculo de Microsoft Excel, además del estudio epidemiológico realizado con el programa Epi Info 2002. (4)

Los resultados fueron expresados por medio de gráficos de barras y circunferencial.

Los criterios diagnósticos de depresión utilizados corresponden a los de CIE-10. (5)

Por otra parte los Factores de Riesgo utilizados en este trabajo son los correspondientes a la pauta del programa nacional "Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria". (3)

RESULTADOS

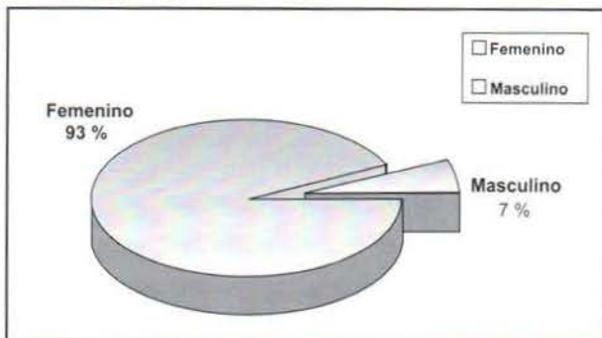


Gráfico 1 Distribución Porcentual de población atendida en Policlínico de Depresión según Sexo en Hospital de Llanquihue, Chile. Julio - Octubre 2003.

Se observa en esta distribución (Gráfico 1) un claro predominio del sexo Femenino en los pacientes atendidos en Policlínico de Depresión del Hospital de Llanquihue. No obstante, se debe considerar que la mayoría de los pacientes fueron pesquisados por matronas.

En la Distribución Porcentual de población atendida en Policlínico de Depresión según Estado Civil los resultados obtenidos fueron:

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Sin Información	9	20,00%
Soltero (a)	7	15,60%
Casado (a)	17	37,80%
Conviviente	8	17,80%
Separado (a)	3	6,70%
Viudo (a)	1	2,20%

Tabla 1. Distribución de población atendida en Policlínico de Depresión según Estado Civil en Hospital de Llanquihue, Chile. Julio - Octubre 2003.

Por último se aprecia que el hecho de tener un vínculo afectivo estable (casado o conviviente) tiene un claro predominio sobre las personas que están solas (Separado, viudo y soltero), por lo tanto es un factor importante de analizar. Además destaca que el hecho de que la persona sea soltera (o) (un factor de riesgo en la depresión) no constituye la mayoría del grupo estudiado.

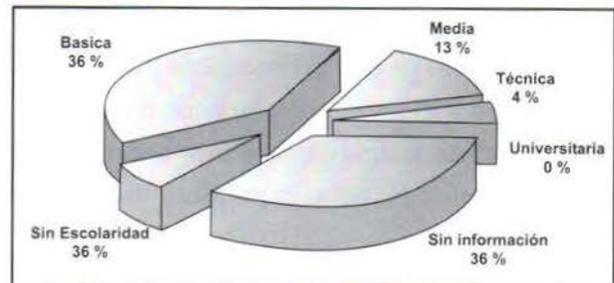


Gráfico 2 Distribución Porcentual de población atendida en Policlínico de Depresión según Escolaridad en Hospital de Llanquihue, Chile. Julio - Octubre 2003.

Se aprecia en esta distribución (Gráfico 2) que a menor escolaridad (Básica y Sin escolaridad) tenga el paciente mayor es su grado de derivación hacia el Policlínico de Depresión.

En la próxima distribución (Gráfico 3) se observa que la mayoría de los pacientes que son derivados al Policlínico de Depresión, son dueñas de casa.

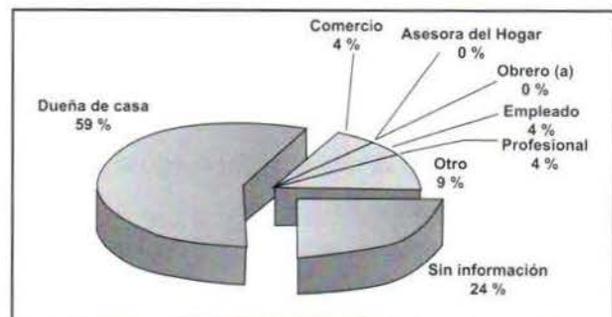


Gráfico 3 Distribución Porcentual de población atendida en Policlínico de Depresión según Ocupación en Hospital de Llanquihue, Chile. Julio - Octubre 2003.

En la siguiente distribución de pacientes (Gráfico 4) destaca el hecho de que la gran mayoría presenta el diagnóstico de Depresión Moderada. Otro hecho destacable es la gran cantidad de personas que fueron diagnosticadas con Depresión Severa.

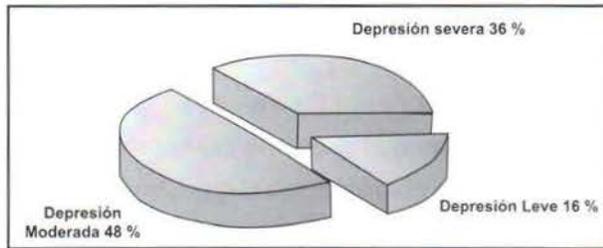


Gráfico 4 Distribución Porcentual de población atendida en Policlínico de Depresión según Diagnóstico de Depresión en Hospital de Llanquihue, Chile. Julio - Octubre 2003.

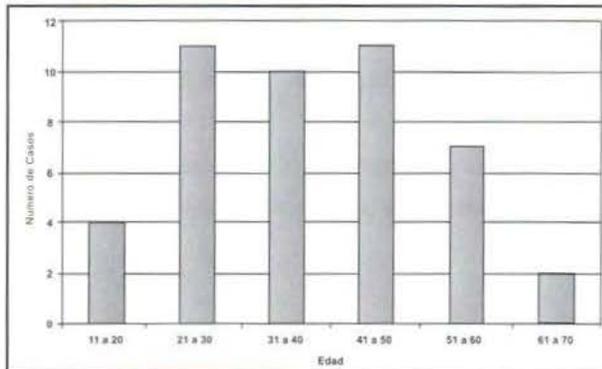


Gráfico 5 Distribución Frecuencial de población atendida en Policlínico de Depresión según Edad en Hospital de Llanquihue, Chile. Julio - Octubre 2003.

En la distribución anterior (Gráfico 5) se aprecia que la mayor cantidad de pacientes atendidos en el policlínico de Depresión esta entre los 21 y 50 años. Por otra parte es importante destacar la gran cantidad de pacientes que se encontraban en el rango de 11 y 20. (Siendo el menor de 18 años).

En la siguiente distribución (Gráfico 6) destaca que:

- 1) Las personas que fueron diagnosticadas con Depresión Leve se distribuyen en las edades extremas. Los rangos 11 a 20 y 51 a 70.
- 2) Las personas que fueron diagnosticadas con Depresión Moderada y Severa se encuentran en su mayoría entre los 21 y 50 años.
- 3) Las personas que fueron diagnosticadas con Depresión Severa se encuentran en su mayoría entre los 41 y 50 años.

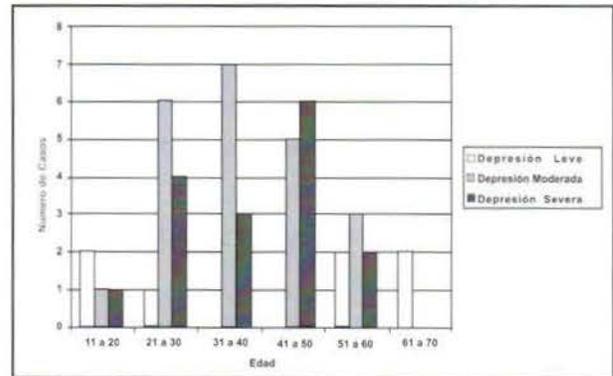


Gráfico 6 Distribución Frecuencial de población atendida en Policlínico de Depresión y Edad en Hospital de Llanquihue, Chile. Julio - Octubre 2003.

En cuanto a la distribución de Depresión (leve, moderada o severa) según sexo se encontró que todos los hombres que fueron diagnosticados en el policlínico del hospital de Llanquihue se encontraban con depresión moderada.

Con respecto al sexo femenino la mayor cantidad se encontraba con Depresión Moderada (19 casos), en segundo lugar Depresión Severa (16 casos) y por último Depresión leve (7 casos).

Se estudiaron factores psicosociales y de riesgo, obteniendo entre los resultados más destacables:

- **Conflicto Familiar Severo**
- **Escasa Participación y Apoyo en red social**
- **Episodio depresivo anterior**

Se puede apreciar que la gran mayoría de pacientes presenta prácticamente todos los criterios diagnósticos de depresión. Siendo el cuarto (¿Se ha sentido cansado (a) o con menos energía la mayor parte del tiempo, casi todos los días?) un criterio presente en el 100% de los pacientes.

Cuando se cruzan las variables entre severidad de la depresión con la ocupación se puede apreciar que la ocupación no indica el tipo de depresión que van a sufrir los pacientes, pues en el grupo mayoritario, por ejemplo dueñas de casa (59%) se encontraron los tres grados de depresión, sin diferencias significativas.

Al cruzar ahora las variables depresión leve, moderada y severa con escolaridad destaca que los pacientes que solo tenían escolaridad Básica completa sufría los mayores grados de depresión. (Depresión Moderada y Severa)

Además los pacientes sin escolaridad prácticamente no presentan depresión.

Al evaluar pacientes con episodios depresivos previos (12 casos) se vio que la variable escolaridad no se relaciona directamente al hecho de haber presentado un episodio Depresivo Anterior, y al correlacionar episodios depresivos con la severidad del cuadro depresivo actual se vio que el episodio anterior no se correlaciona directamente con la severidad de la actual.

CONCLUSIONES

· El sexo femenino presenta un importante predominio dentro de los pacientes atendidos en el Policlínico de Depresión del Hospital de Llanquihue, no obstante se debe considerar que la pesquisa fue realizada predominantemente por matronas, lo que sugiere que deba mejorarse el método de pesquisa para el sexo masculino. Con respecto al sexo femenino el grupo ocupacional que con mayor frecuencia es derivado al Policlínico de Depresión es el correspondiente a las dueñas de casa, no siendo derivado ningún profesional al policlínico. Por otra parte, se aprecia que dos tercios de las dueñas de casas sienten tener una escasa participación y apoyo en la red social.

· Si bien es cierto que la mayoría de los atendidos son casados, se aprecia que el hecho de tener un vínculo afectivo estable (casado o conviviente) no sería un factor protector de la depresión por lo que se concluye que se deben investigar más a fondo las problemáticas intra-

maritales que puedan influir o gatillar esta patología.

· Se aprecia que los pacientes correspondientes al grupo de menor escolaridad (Básica y Sin escolaridad) fue el que tubo una mayor derivación al policlínico de depresión.

· En la distribución de pacientes destaca el hecho de que la gran mayoría presenta el diagnóstico de Depresión Moderada. Sin embargo, otro hecho destacable es la gran cantidad de personas que fueron clasificadas con Depresión Severa.

· Se puede apreciar que la ocupación no indica la severidad de la depresión que van a sufrir los pacientes.

· Los factores psicosociales de riesgo, Conflicto Familiar Severo, Escasa Participación y Apoyo en red social y Episodio depresivo anterior, fueron los más frecuentes dentro del grupo estudiado.

· Se aprecia que la gran mayoría de pacientes presenta prácticamente todos los criterios diagnósticos de depresión, lo que nos indica el buen trabajo que se esta realizando en el Hospital de Llanquihue con respecto a la pre-selección de pacientes que ingresan al programa estudiado.

· La mayor cantidad de pacientes atendidos en el policlínico de Depresión corresponde al grupo etáreo comprendido entre los 21 y 50 años. Por otra parte es importante destacar la gran cantidad de pacientes que se encuentra en el rango de 11 y 20. (Siendo el menor de 18 años)

· Con respecto al Grado de Depresión, las personas que fueron diagnosticadas con Depresión Leve se distribuye en las edades extremas. (Los

rangos 11 a 20 y 51 a 70) Las personas que fueron diagnosticadas con Depresión Moderada y Severa se encuentran en su mayoría entre los 21 y 50 años. Por último las personas que fueron diagnosticadas con Depresión Severa se encuentran en su mayoría entre los 41 y 50 años.

· Los mayores grados de depresión se distribuían con una escolaridad Básica completa (Depresión Moderada y Severa). Además los pacientes sin escolaridad prácticamente no presentan depresión.

· El hecho de que el paciente tenga un conflicto familiar es relevante en el grupo de pacientes que solo completó la educación Básica.

· El hecho de haber presentado un episodio depresivo anterior no afecta al grado de depresión presentado posteriormente.

Por último se determina que el tipo de trabajo no se correlaciona con el diagnóstico de depresión.

BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS ELECTRONICAS

(1) Informes Sobre Situación de Salud
Disponible en: .
Consultado el: 06 de junio de 2003.

(2) Información general sobre la comuna de Llanquihue
Disponible en: .
Consultado el: 12 de marzo de 2004.

(3) Programa y Guía "Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria"
Disponible en: .
Consultado el: 06 de junio de 2003.

(4) Programa computacional para análisis estadístico de los datos, Epi Info 2002
Disponible en: .
Consultado el: 05 de mayo de 2003.

(5) CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento.
Meditor, Madrid, 1994

CARACTERISTICAS CLINICAS Y EVOLUCION DE LA MENINGITIS BACTERIANA AGUDA (MBA) SEGUN AGENTE ETIOLOGICO EN POBLACION PEDIATRICA DEL HOSPITAL HERNAN HENRIQUEZ.

Natalia Retamales M. (1), Alfredo Hettich V. (1), Alvaro Retamales M. (1),
Camila Venegas S. (1), Dra. Cecilia Boehme (2), Prof. Luis Bustos M. (3).

INTRODUCCIÓN

La Meningitis Bacteriana Aguda corresponde a una infección grave del Sistema Nervioso Central (SNC) causada por múltiples agentes que determinan inflamación de las meninges con alteración del Líquido Cefalorraquídeo (LCR), daño tisular y vascular, que da cuenta de graves secuelas y un porcentaje no despreciable de mortalidad. De acuerdo a los datos disponibles, en Chile el número de casos anuales de MBA fluctúa entre 600 y 900^{1,2}, presentando secuelas en un 20-30% con una letalidad de 10-20%³.

Hasta 1995 en niños chilenos menores de 5 años, tres agentes bacterianos eran responsables del 70-80% de las MBA: *Haemophilus influenzae* tipo b (21%), *Neisseria meningitidis* (34%) y *Streptococcus pneumoniae* (16%)^{1,3,4}.

El cambio epidemiológico más importante en los últimos años se produjo tras la incorporación de la vacuna para *H. influenzae* en 1996, disminuyendo su incidencia de 36.4 a 3.8/100.000 niños menores de 5 años⁵. La situación de la enfermedad meningocócica en Chile se ha mantenido estable, debiéndose la mayoría de los casos a *N. meningitidis* del serogrupo B⁵.

Actualmente la MBA por *S. pneumoniae* constituye

(1) *Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera.*

(2) *Unidad de Microbiología, Universidad de La Frontera; Laboratorio Microbiología, Hospital Regional Temuco.*

(3) *CIGES, Temuco*

un grave problema, debido a la aparición de cepas resistentes a antimicrobianos y a su no despreciable letalidad cercana o superior al 14%, especialmente en menores de 2 años⁵.

OBJETIVOS:

- 1.- Determinar los agentes causales de MBA en población pediátrica del Hospital Regional Temuco.
- 2.- Analizar variaciones en el tiempo de los distintos microorganismos involucrados en MBA.
- 3.- Comparar manifestaciones clínicas, evolución y letalidad en los distintos agentes causales de MBA.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde 1989 en el Hospital Regional de Temuco, centro de referencia para la IX región, se realiza vigilancia de todos los casos de meningitis bacteriana aguda en niños desde 28 días de vida hasta 14 años, por medio de una ficha especialmente diseñada para ese objetivo. Se realiza un estudio descriptivo de todos los casos registrados de MBA en el período comprendido enero de 1989 a diciembre de 2002 que cumplen con parámetros clínicos y de laboratorio compatibles con dicho diagnóstico, obteniéndose un total de 352 casos.

De cada paciente ingresado se obtuvieron datos sobre el tiempo de evolución, síntomas y signos claves para el diagnóstico de MBA dentro de los cuales se incluyen: fiebre, compromiso de conciencia,

convulsiones, signos meníngeos y alteraciones dérmicas, como petequias o púrpura, así como las complicaciones durante la hospitalización (convulsiones, shock, edema cerebral, colección subdural y compromiso de pares craneanos) y secuelas al alta (alteraciones auditivas, visuales, motoras, compromiso de pares craneanos, epilepsia, retardo mental e hidrocefalia). Se realizaron además exámenes de laboratorio para confirmar el diagnóstico e identificar el agente (Hemograma, PCR, estudio citoquímico, directo y cultivo de LCR y Hemocultivo). Se realiza un análisis comparativo entre los distintos agentes causales de MBA de acuerdo a edad, etnia, síntomas de presentación, complicaciones, secuelas al alta y mortalidad.

RESULTADOS:

De los 375 pacientes, el 56% corresponde a sexo femenino, y el 74% a pacientes menores de 2 años. La identificación del agente se obtuvo en el 86% de los casos, correspondiendo el 28% a *S. pneumoniae*, el 27% a *N. meningitidis* y el 25% a *H. influenzae*. (tabla 1).

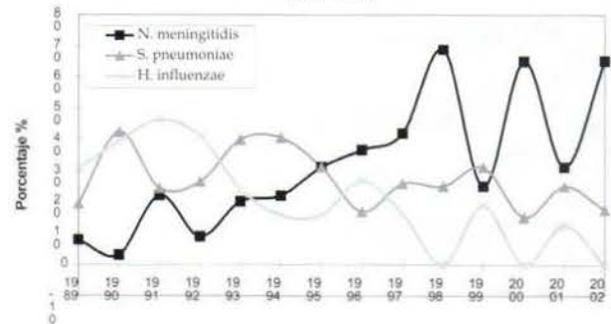
Tabla 1: Distribución de agentes causales de MBA

Agente Causal	Porcentaje (n=352)	
<i>S. pneumoniae</i>	99	28%
<i>N. meningitidis</i>	95	27%
<i>H. influenzae</i>	88	25%
<i>Streptococcus B</i>	11	3%
<i>L. monocytogenes</i>	3	1%
Otros	7	2%
Desconocido	49	14%

Desde 1991 se ha visto una disminución significativa del *H. influenzae* como causa de MBA, correspondiendo en 1991 al 46% del total, no

existiendo casos en 2002. La MBA por *N. meningitidis* ha tenido un aumento progresivo en los últimos años, sobrepasando incluso al *S. pneumoniae* que no ha presentado mayores variaciones. (Figura 1).

Figura 1: Distribución de Agentes Causales de MBA Según Año (1989 - 2002)



En pacientes menores de 3 meses, el *S. pneumoniae* corresponde al 50% del total de casos (n=70). En pacientes entre los 4 meses y 2 años, el *H. influenzae* es el principal agente involucrado (40%), disminuyendo su importancia en edades mayores, siendo *N. meningitidis* el microorganismo más frecuente. (Tabla N°2).

No hubo diferencia significativa respecto del agente causal de MBA en pacientes mapuches versus no mapuches. Con respecto a la forma de presentación del cuadro clínico, hubo diferencias significativas en las convulsiones previas al ingreso siendo más frecuentes en el grupo de *S. pneumoniae* (27%) (p=0,01) y alteraciones dérmicas en el grupo de *N. meningitidis* (60%) (p=0.00). La fiebre (91%), los signos meníngeos (71%) y el compromiso de conciencia (56%) se observaron en forma similar en todos los grupos.

La presencia de al menos una complicación (convulsiones rebeldes, shock, edema cerebral, colección subdural y compromiso de pares craneanos) fue significativamente más elevada en el grupo de *S. pneumoniae* con un 42%, seguido de *H. influenzae* con un 28% y luego *N. meningitidis* con un 18%. (Tabla 3).

Tabla N° 2: Distribución de Agente Causal MBA según Edad

	1-3 meses	4-11 meses	12-23 meses	24-48 meses	> 4 años
N. meningitidis	14%	18%	21%	52%	37%
S. pneumoniae	50%	26%	18%	13%	26%
H. influenzae	14%	41%	47%	21%	7%
Streptococcus B	13%	0%	3%	0%	0%
L. monocytogenes	0%	1%	0%	0%	2%
Desconocido	7%	12%	10%	11%	24%

Tabla 3: Frecuencia de Complicaciones según microorganismos causales de MBA

	S. pneumoniae (n=104)		H. influenzae (n=88)		N. meningitidis (n=109)	
Convulsiones Rebeldes	24	23%	9	10%	5	4%
Shock	21	20%	5	6%	17	16%
Edema cerebral	25	24%	17	16%	7	6%
Colección Subdural	11	10%	16	17%	6	5%
Compromiso Pares Craneanos	19	18%	9	10%	6	5%

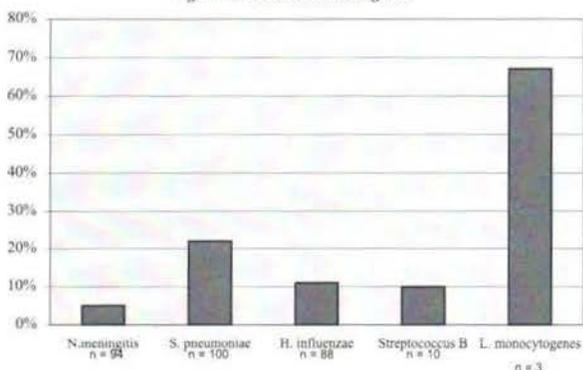
* No se incluyeron en la tabla otros agentes debido al menor número de pacientes, lo que hacía imposible su comparación. La presencia de al menos una secuela al alta fue más frecuentes ($p=0.01$) en los pacientes con MBA por S. pneumoniae (24%) versus Hib (14%) y N. meningitidis (5%). (Tabla 4)

Tabla 4: Secuelas al alta

	S. pneumoniae	H. influenzae	N. meningitidis
Alt. Auditivas	8%	4%	0%
Alt. Visuales	3%	1%	0%
Alt. Motoras	10%	5%	1%
Alt. P. craneanos	18%	6%	4%
Epilepsia	4%	3%	1%
Retardo Mental	10%	3%	0%
Hidrocefalia	11%	6%	0%

La mortalidad fue significativamente más elevada en pacientes con MBA por S. pneumoniae ($p=0,005$) con un 22%, mientras que para H. influenzae fue de 12,5% y N. meningitidis un 5,3%. (Figura 2)

Figura 2: Mortalidad Por Agente



COMENTARIOS

La presente revisión, que abarca un período de 13 años, presenta algunas características que deseamos destacar: el 74% correspondió a pacientes menores de 2 años, situación similar a las observaciones de otros autores chilenos^{2,3,6}. Otro aspecto importante es la confirmación diagnóstica del agente etiológico, pues fue desconocido en menos del 12% en todos los grupos etarios estudiados, excepto por el grupo de mayores de 4 años, cifra menor a otros estudios realizados en nuestro país^{2,3,6}, lo que puede relacionarse con una optimización de las técnicas

diagnósticas, destacándose la importancia que esto conlleva en relación a la vigilancia epidemiológica. Durante el período de estudio, se detectó un aumento en la frecuencia relativa de *N. meningitidis*, que a partir de 1992 empezó a desplazar a Hib como principal agente de MBA, situación descrita anteriormente⁵, y con especial predilección por el grupo entre 24 y 48 meses.

Se puede apreciar una disminución de los casos de MBA por Hib a partir del año 1991-92, pues previo a la incorporación de ésta al Programa Ampliado de Inmunización, ya se comercializaba la vacuna a nivel privado. Se vendieron 171.000 dosis de la vacuna antiHib entre los años 1993 y 1996. Esto indica que la vacuna anti-Hib tuvo un impacto en la incidencia de este agente en infecciones invasivas aun cuando se administró sólo a una fracción de la población susceptible. Posterior a la implementación del programa de vacunación contra Hib (1 de julio de 1996) se observó un descenso aún más dramático del número de casos de MBA por Hib⁴. Lo observado en nuestro estudio se asemeja a lo ocurrido en otros países que implementaron programas de vacunación anti-Hib, como EEUU, que en 1985 introdujo la vacuna no conjugada, aplicada a niños mayores de 24 meses, la cual tuvo una eficacia de 80-90% para ese grupo de edad⁷. Estudios recientes en EEUU han comunicado un descenso sustancial de entre 85%-95% en la incidencia de infecciones por Hib, especialmente en niños menores de 5 años.

No se encontró diferencia significativa respecto del agente causal de MBA en pacientes mapuches versus no mapuches.

La mortalidad global en nuestro estudio fue de un

15%, cifra similar a las encontradas por otros autores nacionales como internacionales^{4, 7}, siendo el *S. pneumoniae* el agente que presentó una mayor asociación. El mayor número de complicaciones se presentó en aquellos en los que el agente aislado fue *N. meningitidis* (31%), seguidos por los secundarios a *S. pneumoniae* y *H. influenzae* (29% y 25% respectivamente). Con respecto a las secuelas al alta, la presencia de al menos una secuela al alta fue más frecuentes ($p= 0.01$) en los pacientes con MBA por *S. pneumoniae* (24%) versus Hib (14%) y *N. meningitidis* (5%); todas, cifras similares a otros estudios antes mencionados^{4,7}.

BIBLIOGRAFÍA

1. O'Ryan M. Vacunas anti Haemophilus influenzae tipo B. Rev Chile Infect 1995; 12: 63-6.
2. Chávez A, Rojas C, Cohen L, Chadid J. Infecciones invasoras por H influenzae B. Rev Chile Infect 1996; 13: 27-33.
3. Chávez A, Rojas C, Rakela S, Chadid J, Fisher C. Meningitis bacteriana aguda: experiencia de 10 años. Rev Chile Infect 1994; 11: 92-8.
4. Rivadeneira S, Aguad L, Bencini R, Palomino C. Meningitis meningocócica: Estudio clínico de 134 casos (1978-1988) Hospital Lucio Córdova. Santiago, Chile. Rev Chile Infect 1989; 6: 76-81
5. Rev Chil Infect (2002); 19 (Supl 3): S177-S180 Barraza P, Topelberg S, Lagos R. Meningitis bacteriana: resultados clínicos. Rev Chil Pediatr 1993; 7: 105-9
6. Shapiro E. Infections caused by Haemophilus influenzae type B. The beginning of the end? JAMA 1993; 269: 264-6.

CIRUGÍA MENOR: NUEVA EXPERIENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Teresa Castillo C.⁽¹⁾, José Fco. Olivares M.⁽¹⁾, Aldo Troc S.⁽¹⁾,
Dra. Mónica Ferrando G. ⁽²⁾

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las patologías de resolución quirúrgica muestran una gran incidencia en nuestra población, lo que determina una gran congestión en los servicios encargados de tratar a los pacientes que presentan dichas enfermedades. Debido a esto, se hace imperiosa la necesidad de priorizar a aquellos pacientes que requieren la atención especializada en forma más urgente, y quienes saldrán más beneficiados con la resolución de su problema de salud, es decir, quienes gracias a esta intervención podrán seguir viviendo, con un standard de vida razonable. Sin embargo esta selección de los pacientes implica que serán muchas personas quienes verán relegados sus deseos de una solución quirúrgica, dado el carácter más "leve" de sus afecciones, convirtiéndose en pacientes recurrentes, e implicando un gasto extra al servicio público, mientras esperan su turno para la cirugía. Además, el demorar la realización de estos procedimientos encierra la posibilidad de que lesiones aparentemente benignas no lo sean, y al ser finalmente atendida, la persona tenga alguna neoplasia irrecuperable⁽¹⁾. Considerando esto, se hace necesario buscar la manera de descongestionar los niveles de atención terciaria a fin de lograr una atención más fluida y expedita.

A nivel internacional ya se tiene experiencia en programas de cirugía menor en el nivel de atención

primaria^(2,3), lo que comprende aquellos procedimientos quirúrgicos sencillos y de corta duración, realizados sobre los tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local y tras los que no se espera que existan complicaciones postquirúrgicas importantes⁽⁴⁾. Estas intervenciones son realizadas por médicos de familia capacitados especialmente para estos fines⁽⁵⁾, con auspiciosos resultados, tanto desde el punto de vista de costo efectividad⁽⁶⁾, como de la calidad de atención, con bajas listas de espera⁽⁷⁾ y alta concordancia anatomopatológica⁽⁸⁾, y la satisfacción de los pacientes⁽⁹⁾. En nuestro país ya se han estado instaurando de manera sistemática programas piloto en centros periféricos de atención primaria, con lo que se busca dotarlos de una mayor infraestructura y una mayor cantidad de recursos, permitiendo así aumentar su capacidad resolutive, observando resultados tan beneficiosos como en la experiencia internacional⁽¹⁰⁾.

De este modo, en el año 2002 en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Amanecer, inserto en un pequeño sector de Temuco, se instauró un programa de cirugía menor pionero en su tipo en centros de atención primaria

El presente trabajo, junto con describir a la población beneficiada con la implementación de este servicio y las patologías que los han llevado a consultar, pretende evaluar el impacto que ha tenido la realización de estos procedimientos en ese centro de atención primaria, objetivando el número de pacientes favorecidos, así como la necesidad de derivarlos a un centro de mayor complejidad. Otros

*(1) Internos Medicina, Universidad de La Frontera.
(2) Médico Cirujano, Consultorio Amanecer, Temuco.*

objetivos planteados son evaluar la calidad de atención, objetivando el porcentaje de complicaciones, y determinar a que porcentaje de la población atendida se le diagnóstico alguna lesión neoplásica.

MATERIAL Y MÉTODO

Para evaluar el impacto de la realización de cirugía menor en un centro de atención primaria, realizamos un estudio de corte transversal. Seleccionamos para esta investigación al Centro de Salud Familiar (CESFAM) Amanecer de Temuco, el cual corresponde a un centro de atención primaria, del sector público de salud, que cuenta con un pabellón de cirugía ambulatoria.

De los registros de cirugía menor del CESFAM Amanecer, tomamos 551 pacientes consecutivos, operados durante el periodo comprendido entre abril de 2002 a abril de 2003, consignando en una planilla Excel los siguientes datos: edad, sexo, diagnóstico, intervención realizada, complicaciones, derivación a un centro asistencial de mayor complejidad, si se realizó una biopsia de la muestra y el resultado de ésta.

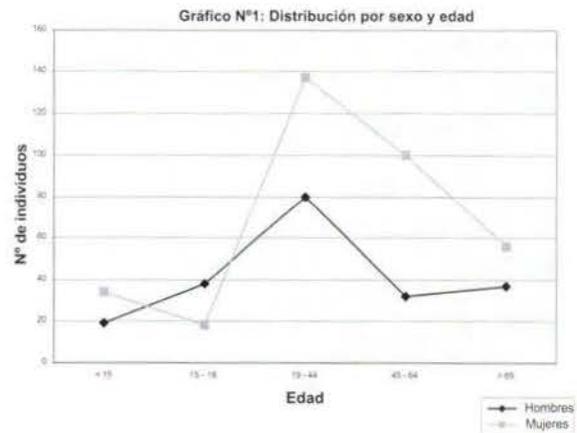
Los datos obtenidos fueron estratificados por sexo y edad, considerando para este último parámetro una clasificación arbitraria, propuesta por nosotros, que consta de los siguientes grupos:

- Rango 1: <15 años
- Rango 2: 15-18 años
- Rango 3: 19-44 años
- Rango 4: 45-64 años
- Rango 5: > 65 años

Luego fueron ordenados utilizando las herramientas del software Stata7.0 y los cálculos fueron realizados con las herramientas matemáticas y estadísticas presentes en el software Excel.

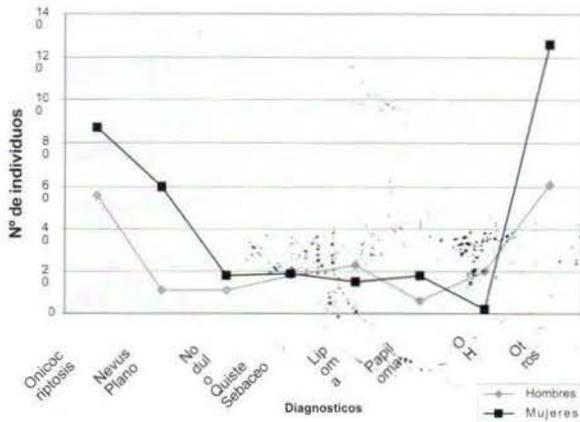
RESULTADOS

De los 551 pacientes incluidos en el estudio 345 (62,61%) eran de sexo femenino, y 206 (37,39%) de sexo masculino. El promedio de edad fue 40,47 años (41,76 en las mujeres y 38,31 en los hombres), con un rango que iba desde 2 a 99 años. Se observa que la población masculina se concentra en el rango de 19-44 años, representada por 80 pacientes (38,83%), seguido por pacientes entre 15-18 años (18,45%), sobre 65 años (17,96). En la población femenina también se observa una concentración de pacientes entre 19 y 44 años, con 137 (39,71%), pero, al contrario de lo ocurrido con los varones, siguen en frecuencia las pertenecientes al rango de 45-64 años (28,99%), y mayores de 65 años (16,23%) (Gráfico N°1).



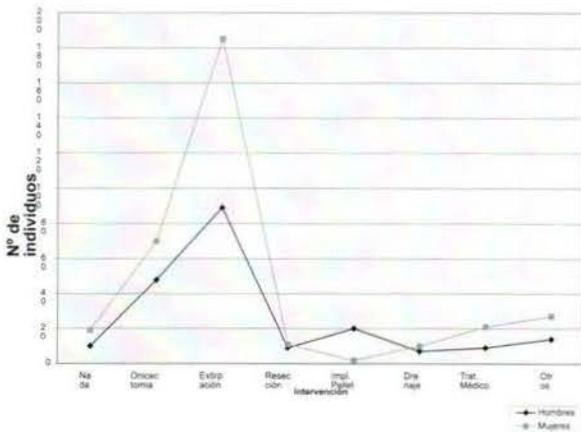
Los diagnósticos más frecuentes en el total de los pacientes fueron onicocriptosis (25,95%), nevus plano (12,89%), quiste sebáceo (6,9%) y lipoma (6,9%) seguidos con menor representación papilomas y alcoholismo. En todos los rangos etarios, salvo adultos mayores, donde predominó la queratosis seborreica, el principal diagnóstico fue onicocriptosis, observándose también esta supremacía en ambos sexos (Gráfico N°2).

Gráfico N°2: Diagnósticos por sexo



En estrecha relación con los diagnósticos enunciados, constatamos que el mayor número de intervenciones fueron extirpaciones (49,55%) las que se orientaron a resolver quirúrgicamente la presencia de distintos tipos de nevos, quistes, lipomas, pólipos, verrugas, entre muchas otras alteraciones cutáneas. Las siguen un alto porcentaje de onicectomías (21,42%), e implante de Pellet (3,9%), para el tratamiento de los 22 pacientes alcohólicos que consultaron. Hubo, sin embargo, un 5,44% de los casos que necesitaron sólo tratamiento médico (Gráfico N°3).

Gráfico N°3: Intervenciones por sexo



Sólo se registraron complicaciones en 4 casos (0,73%), pero este resultado se ve sesgado por la ausencia de notificación de este parámetro en 45 pacientes ((8,17%). La necesidad de derivar a los pacientes a centros de mayor complejidad se

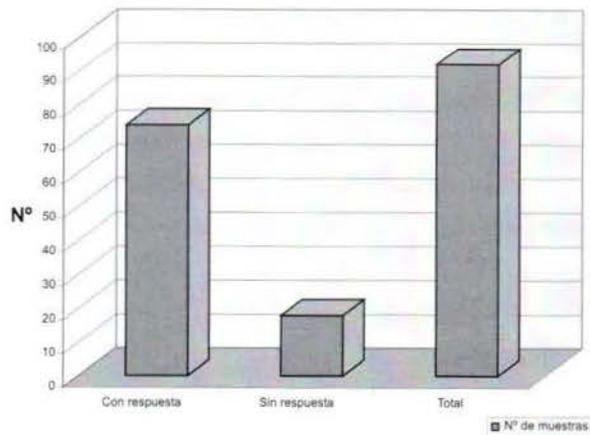
presentó en 18 ocasiones (3,27%), 5 de las cuales correspondieron a lipomas, 2 a granulomas, y dos a heridas (Tabla N°1).

Tabla N°1: Derivaciones

Diagnósticos	N° de derivaciones	%
Onicocriptosis	1	0,7
Nevus plano	1	1,4
Nodulo	1	3,4
Granuloma	2	1
Lipoma	5	13,15
Hematoma	1	50
Quemadura	1	100
Absceso	1	14
Fractura	1	100
Fistula	1	100
Herida	2	28

Se enviaron a anatomía patológica 92 muestras (16,7%), 19,57 % de las cuales no obtuvieron respuesta (Gráfico N° 4).

Gráfico N°4: Respuesta a Biopsias



CONCLUSIONES

- El programa de Cirugía Menor del CESFAM Amanecer, Temuco, resolvió satisfactoriamente las necesidades de 551 pacientes, de distinto sexo y amplio espectro etario.

- En ambos sexos se observa un mayor número de consultantes en el rango de 19-44 años, estableciéndose una mayor frecuencia de pacientes mujeres.
- El programa pudo resolver una gran variedad de patologías, las que tuvieron una distribución similar entre ambos sexos.
- El CESFAM Amanecer fue capaz de solucionar exitosamente la mayor parte de las patologías de quienes consultaron, sólo derivando a un centro de mayor complejidad un pequeño número de casos (18).
- En los procedimientos realizados se observó un bajo porcentaje de complicaciones, lo que refleja las buenas condiciones en que se llevan a cabo y la capacitación del equipo.
- Mediante el accionar del programa fue posible pesquisar precozmente 5 casos de cáncer.

REFERENCIAS

Gonzalez C, Oses R, Molinero R, Parra A, De la Red S. Pre-malignant and malignant lesions in minor surgery at a health centre. Appearances can't be trusted. *Aten Primaria*. 2003; 32(10):571-6.

Arroyo A, Tomas AJ, Andreu J, Garcia P, Arroyo MA, Costa D, et al. Programme to introduce and develop minor out-patient surgery in primary care. *Aten Primaria*. 2003; 32(6): 371-5.

Arribas JM, Rodríguez I, Mena JM, Martín S, Bru S,

Villarroel J. Cirugía menor en la consulta del médico de familia. Descripción de un año de experiencia. *Aten Primaria*. 1996; 17(2): 142-6

Menéndez C, Núñez MC, Fernández MJ, García A. Evaluación de las actividades de cirugía menor en un centro de salud. *Aten Primaria*. 1998; 22(2): 125-6.

Arribas JM, Rodríguez I, Mena JM, Martín S, Bru S, Villarroel J. Minor surgery in the family physician's office. Description of one year's experience. *Aten Primaria* 1996; 17(2): 142-6.

Vaquero JJ, Garcia JM, Diaz J, Blasco D. Efficiency of minor surgery in primary care according to the costs. *Aten Primaria*. 2002; 30(2): 86-91.

Arribas JM, Gil ME, Sanz C, Moron I, Munoz-Quiros S, Lopez A, et al. Effectiveness of dermatologic minor surgery in the office of the family physician and patient satisfaction in relation with ambulatory surgery. *Med Clin (Barc)* 1996; 107(20): 772-5.

Guarena MJ, Perna C, Gajate J. Clinicopathological correlation in 370 cases of skin minor surgery carried out by family physicians. *Aten Primaria*. 2001; 28(5): 320-5.

Lopez A, Lara R, De Miguel A, Perez P, Ribes E. Minor surgery in primary care: consumer satisfaction. *Aten Primaria*. 2000; 26(2): 91-5.

Menéndez M, Inostroza J. Cirugía Menor en Atención Primaria: Tres años de Experiencia en un Centro de Salud Familiar de Puente Alto. *Rev Chil Med Fam* 2002; 3(2): 96-100

EXPERIENCIA EN QUERATOPLASTIA EN MENORES DE 21 AÑOS EN HOSPITAL “HERNAN HENRIQUEZ ARAVENA” DE TEMUCO

Andrés Bernardin T. (1), Claudia Norambuena C. (1), Francisca Echeverría B. (2), Ivian Blanco B. (2), Dr. Sergio Echeverría C. (4).

INTRODUCCION

La cornea es la membrana más externa en el eje visual, que recubre el globo ocular en su porción anterior y su alteración produce muchas veces severa alteración de la visión lo que es particularmente dañino a el desarrollo de la función visual en los menores que finalmente desarrollan por esta causa ambliopía. La cornea se encuentra expuesta a ser dañada por traumas, como heridas, golpes o quemaduras, infecciones severas, degeneraciones, ectasias, etc.

Para lograr el reestablecimiento de la función visual en las situaciones de ceguera corneal ha sido imprescindible la realización de la Queratoplastia en sus diferentes formas.

El primer trasplante de cornea realizado con éxito, lo realizó Eduard K. Zirm en 1906, quien llevó a cabo una Queratoplastia penetrante (QP), la cual luego se popularizó gracias a los avances tecnológicos que ayudaron a mejorar el instrumental, la técnica aséptica y nuevas técnicas quirúrgicas. En 1945 se crea, en Nueva York, el primer Banco de ojos, que desde entonces se ha preocupado de la obtención, examen, preparación, conservación y posterior distribución de tejidos corneales para ser utilizados en aquellos pacientes que lo requieran.¹

La Queratoplastia penetrante implica el intercambio de tejido corneal de espesor completo, incluida la zona óptica, del receptor por el de donante con el fin de restaurar la transparencia corneal y/o corregir astigmatismo severo y/o irregular, cuya característica principal es el cierre a puntos separados a una distancia de 1,5 a 3 mm.²

La forma más común de trasplante es la QP. Es necesaria cuando el daño tisular es permanente como en la distrofia endotelial, o cuando su forma se vuelve irregular, como en el queratocono. Desde entonces se ha abierto un nuevo campo de esperanzas para los pacientes que presentan ceguera corneal reversible la cual corresponde a la única parte del ojo que puede ser transplantada y es considerado hoy en día el más común y de mejor pronóstico de todos los trasplantes de órganos. A pesar de que en niños la QP es más riesgosa y técnicamente más difícil que en adultos, el principal objetivo es evitar el desarrollo de Ambliopía.³ El objetivo del presente estudio es revisar las indicaciones de cirugía y el resultado visual obtenido en Queratoplastia en menores de 21 años en Temuco.

MATERIAL Y METODO

Se realizó una revisión retrospectiva de pacientes menores de 21 años inscritos en la lista de espera del banco de córneas de Hospital Hernán Henríquez

(1) Internos Medicina, Universidad de La Frontera.
(2) Internos Medicina, Universidad Austral de Chile.
(3) Médico Oftalmólogo, Hospital Regional de Temuco.

Aravena de Temuco entre los años 1996 al 2003, con un total de 27 pacientes.

Los pacientes recibieron anestesia general. Se realiza una queratoplastia penetrante en todos los casos operados. El tejido donante fue trepanado 0.25 mm más grande que el lecho receptor, el cual también fue cortado con trépano Franchesquetti fenestrado. El tejido donante se suturó con mononylon 10 -0 con sutura continua en cuatro casos y a punto separado en tres pacientes. Los medicamentos utilizados en el postoperatorio inmediato fueron antibióticos profilácticos y corticoides tópicos por 6 días. Se evaluaron parámetros como sexo, diagnóstico preoperatorio, agudeza visual preoperatoria y postoperatoria, estado del injerto, tiempo en lista de espera para la cirugía y tiempo de seguimiento postoperatorio.

Las córneas fueron obtenidas en su totalidad del banco de córneas de Temuco.

La visión pre y postoperatoria fue medida mediante el uso de tabla de Snellen. El seguimiento de los pacientes operados fue en promedio 50 meses, con un rango de 23 a 75 meses.

RESULTADOS

De un total de 27 pacientes en lista de espera con indicación de QP (tabla 1), se realizaron 8 queratoplastias en 6 pacientes (Tabla 2); 4 de ellos fueron hombres y 2 mujeres. El promedio de edad fue de 9 años (rango, 6 -16 años). La distribución por edad de los pacientes transplantados fue la siguiente: 0 pacientes menores de cinco años, 3 (43%) entre cinco y diez años, 3 (43%) entre once y quince años y 1 (14%) paciente entre dieciséis y veintiún años.

La distribución por edad de los pacientes no transplantados en lista de espera fue la siguiente: 2 (10%) menores de cinco años, 6 (30%) entre cinco

y diez años, 6 (30%) entre once y quince años y 6 (30%) entre dieciséis y veintiún años.

La distribución por agudeza visual de pacientes no transplantados fue la siguiente: 0 (0%) entre 0.5 y 1, 2 (10%) entre 0.11 y 0.4, 0 (0%) de 0.1, 16 (80%) menor de 0.1 y no consignados 2 (10%). De los pacientes transplantados ningún ojo tuvo agudeza visual preoperatoria mejor o igual a 0.5, un ojo (12.5%) tuvo de 0.11 a 0.4, 4 ojos (50%) tuvieron peor a 0.1 y en tres ojos (37.5%) no fue consignada la agudeza visual.

La distribución por ojo fue: 4 (50%) queratoplastias en ojo derecho y 4 (50%) en ojo izquierdo. Siete injertos (87.5%) fueron trasplantes primarios, y uno (12.5%) fue reinjerto. Del total de injertos, 4 (50%) fueron realizados por Distrofia Endotelial Congénita, 2 (25%) por Queratocono, 1 (12.5%) por Leucoma postraumático y 1 (12.5%) por rechazo del injerto primario debido a falla endotelial. En el postoperatorio, dos ojos (25%) alcanzaron una agudeza visual mejor o igual a 0.5, 4 ojos (50%) alcanzaron de 0.11 a 0.4, y en 2 ojos (25%) no se consignó.

El rango de tiempo transcurrido desde la indicación quirúrgica hasta la realización de la cirugía primaria fue de 1 mes a 26 meses, con un promedio de espera de 9 meses.

El estado de transparencia del tejido después del injerto, lo cual se considera como una complicación grave en caso de estar alterado, fue satisfactoria en 7 de los 8 injertos (87.5%).

El paciente que rechazó el injerto primario tenía como diagnóstico Leucoma postraumático producto de una herida penetrante ocular

DISCUSION

Hasta hace algunos años por la dificultad técnica y los malos resultados en trasplantes de cornea en

Tabla 1. Distribución de Pacientes según diagnóstico

Diagnóstico	Nº de pacientes	Porcentajes
Distrofia corneal endotelial congénita	5	18.5 %
Falla endotelial secundaria a glaucoma	1	3.7 %
Virus herpes	6	22.2 %
Leucoma congénito	1	3.7 %
Leucoma corneal post CMV	1	3.7 %
Leucoma corneal post infeccioso	1	3.7 %
Leucoma corneal postraumático	6	22.2%
Leucoma corneal post herpético	1	3.7%
Queratocono	4	14.8%
Queratopía bullosa	1	3.7%

CMV: Citomegalovirus

Tabla 2. Resumen preoperatorio y postoperatorio en pacientes transplantados (n=8)

Nº	Ojo	Edad al diagnóstico (años)	Tiempo de espera a la cirugía (meses/días)	Agudeza Visual Preoperatoria	Agudeza Visual Postoperatoria	Rechazo	Seguimiento (meses)	Claridad final
1	Izq	12	5 m 26 d	C/D	0.17	NO	50	Clara
2	Izq	16	2 m 12 d	0.05	0.9	NO	23	Clara
3	Der	12	1 m 1 d	C/D	N/C	SI	8	Opaca
*	Der	12	8 m 7 d	N/C	N/C	NO	48	Clara
4	Der	8	8 m 1d	N/C	0.25	NO	75	Clara
	Izq	8	19 m 22 d	N/C	0.25	NO	63	Clara
5	Der	4	26 m 0 d	C/D	0.125	NO	24	Clara
6	Izq	14	2 m 14 d	0.2	0.8	NO	63	Clara

* **Reinjerto** C/D: cuenta dedos N/C: no consignado

pacientes pediátricos eran considerados de muy mal pronóstico.

Gracias a los avances tecnológicos se ha podido realizar la QP en jóvenes en forma precoz; de hecho la QP temprana es un primer paso necesario en la prevención de la pérdida irreversible de la función visual debido a ambliopía. Pero a pesar de los avances, los resultados en diferentes centros nos plantean aun muchos desafíos.

En nuestro medio, hemos debido iniciar este camino

organizando ya hace ocho años el banco de corneas que nos permitió obtener tejido corneal donante viable y clasificado para ser usado en nuestros pacientes, especialmente en los más jóvenes, quienes al tener una más larga expectativa de vida necesitaban una mayor viabilidad endotelial corneal. Hemos considerado que a pesar de la situación de alta ruralidad de nuestra zona, los cuidados y continuos controles de estos pacientes han sido posibles y nos han permitido lograr el objetivo inicial

que es abrir una brecha para la recuperación y desarrollo visual de estos pacientes que de otra forma no lo habrían logrado.

Nuestros resultados nos orientan en varios sentidos:

1. El tejido donante obtenido en nuestro banco de cornea ha sido viable para llevar a buen término el injerto corneal, logrando así un buen estado de la transparencia corneal. 2. La agudeza visual no mejoró ostensiblemente en dos pacientes, probablemente debido a una ambliopía muy avanzada. 3. La técnica quirúrgica empleada ha sido adecuada y nos ha reportado resultados satisfactorios. 4. Nuestro sistema de registro nos ha permitido dimensionar en cantidad y diagnóstico, las causas más importantes que nos llevan a una QP en nuestra región. Cabe destacar que en nuestra casuística, las patologías más frecuentes con indicación de QP se comportan de manera similar en cuanto a su epidemiología a lo reportado en la literatura.⁴⁻⁶

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- RI. Barraquer JP., Álvarez de Toledo M., Álvarez Fischer G., Martínez Grau. Prevención y tratamiento del astigmatismo en queratoplastia penetrante. *Annals d'oftalmologia* 2002;10(2):69-80. Aasauri MK, Garg P, Gokhle N, Gupta S. Penetrating Keratoplasty in Children. *Cornea* 2000 Mar;19(2):140-4. Schaumberg D, Moyes A, Gomes J, Dana R. Corneal transplantation in young children with congenital hereditary endothelial dystrophy. *Am J Ophthalmol* 1999; 127:373-8.
- Javadi MA, Baradaran-Rafii AR, Zamani M, Karimian F, Zare M, Einollahi B, et al. Penetrating Keratoplasty in Young Children with Congenital Hereditary Endothelial Dystrophy. *Cornea* 2003 Jul;22(5):420-3.
- Edwards M, Clover GM, Brookes N, Pendergrast D, Chaulk J, McGhee CN. Indications for corneal transplantation in New Zealand: 1991-1999. *Cornea* 2002 Mar; 21(2): 152-5
- Gabric N, Dekaris I, Karaman Z, Mravcic I, Katusic J. Corneal transplantation in children. *Coll Antropol.* 2001; 25 Suppl: 17-22.

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN Y FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL PROGRAMA BEBER PROBLEMA (PBP). CONSULTORIO MIRAFLORES TEMUCO

Sergio Ferrada E. (1), Yomar Molina R. (1) Tutores: Dr. Sergio Ferrada N. (2), Dra. Jane Ernst G. (2).

INTRODUCCION

En Chile, a partir de 1993, y de acuerdo con la política y plan nacional de prevención y control de drogas de la república de Chile¹, se estableció el beber problema y consumo indebido de drogas como área prioritaria en salud.

Las áreas de tabaco, alcohol y drogas se establecen como una de las 16 prioridades de salud en Chile en el año 1997, y en 1998 se establece la unidad de alcohol tabaco y drogas, pendiente de coordinar los distintos servicios de salud y otras instituciones en pos de controlar el uso indebido de estas sustancias y sus posibles consecuencias.¹

Nuestro país está catalogado como uno de los que más alcohol consume en el mundo, situándose para el año 84 en el séptimo lugar mundial con 11.5 Lt. de alcohol absoluto por cada persona mayor de 15 años por año.¹

Según cifras de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)³, en Chile, un 20% de la población general puede ser considerada como bebedor problema, de los cuales un 15% no tiene dependencia, y el 5% restante si la tiene. El problema es más frecuente en hombres, especialmente si no trabajan o solo lo hacen esporádicamente. Se asocia a un 38% de los egresos hospitalarios, 7% como causa principal de muerte. En el Quinto Estudio Nacional de Drogas en la Población General,

Realizado por el CONACE², se vio que el consumo de alcohol aumentó entre el año 2000 y 2002 de un 53,9% a un 59,1%, siendo en las mujeres de 7 puntos porcentuales y en los hombres 3, con lo que se confirma que la mujer está tendiendo a consumir más alcohol que los hombres.

En el mismo estudio se observó que el alcohol comparado con otras drogas (pasta base, cocaína, marihuana), produce menos dependencia (11,8%), pero aun así es un importante factor implicado en la génesis de complicaciones en las áreas médica, legal, social, laboral y familiar del individuo y su entorno.

A nivel local no existen estudios que analicen los resultados de una intervención sobre la población de bebedores problema, lo que nos impulsó en trabajos realizados y presentados anteriormente a analizar el perfil de pacientes BPCD pertenecientes al programa beber problema, con lo que logramos describir una población donde la mayoría de los pacientes son hombres adultos que se inician en el hábito alcohólico a una edad promedio de 15 años y no superan el nivel educacional medio. Se observa una cesantía (16%) mayor a la media nacional. El consumo de tabaco se ve en un tercio de los pacientes y el de drogas ilícitas es mayor a la prevalencia general de Chile⁴.

El establecer un perfil de esta población nos llevó a plantear el objetivo de esta investigación que es conocer los resultados de una intervención

(1) *Internos Medicina, Universidad de La Frontera.*
(2) *Médicos Cirujanos, Consultorio Miraflores, Temuco.*

programada sobre una población definida de BPCD, además de analizar como la situación laboral, nivel educacional y reincidencia influyen sobre el abandono del programa.

MATERIAL Y METODO

La población objetivo de nuestra investigación fue una cohorte de los 65 pacientes diagnosticados como bebedores problemas con dependencia (BPCD) en el programa Beber Problema del Consultorio Miraflores de Temuco, que ingresaron entre el 1 de noviembre de 1999 al 31 de octubre del 2000. Para ingresar al programa se requiere cumplir con: Consulta de ingreso social y de enfermería. Consulta de ingreso realizada por el medico del programa BP, donde se clasifica a los pacientes según criterios de la norma ministerial de 1998 en Bebedor Problema con o sin dependencia. Según norma ministerial¹ y revisión durante el VI encuentro nacional de la Asociación Nacional de Profesionales que trabajan en Alcoholismo (ANSAPROA), se considera un bebedor problema a aquel individuo transgrede uno o más de los siguientes enunciados:

Tiene 16 años o más.

Si es mujer, no estar embarazada ni en lactancia. Consume una dieta balanceada y normocalórica, y tiene un estado nutritivo normal.

Ingiere bebidas alcohólicas aprobadas por la autoridad sanitaria.

No presenta embriaguez patológica o idiosincrática. Ingiere alcohol sin consecuencias contingentes negativas para sí mismo, ni para otros, y sin presentar problemas con la justicia.

Consume bebidas alcohólicas sin perturbar la relación de pareja ni la vida familiar, ni el rendimiento laboral. No depende del alcohol para alegrarse, desinhibirse o comunicarse.

No presenta patologías que se agravan o descompensan con el alcohol.

Si bebe no se embriaga.

Ahora bien, la dependencia se define según la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)¹ como:

Presencia en algún momento de los 12 meses previos o de un modo continuo de tres o más de los siguientes rasgos:

Deseo intenso o vivencia de una compulsión por beber alcohol.

Disminución de la capacidad de controlar el consumo de alcohol.

Síntomas somáticos de de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduce o cesa.

Tolerancia: se requiere de un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis mas bajas.

Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de alcohol, con aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o recuperarse de sus efectos.

Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes efectos perjudiciales.

Una vez definida nuestra población los datos se recopilaron tras la revisión de fichas clínicas, cartolas de ingreso y seguimiento, donde se registró la información a partir del trabajo de asistente social, enfermeras y médicos. Además la información sobre el funcionamiento del programa fue proporcionada por los médicos encargados del programa.

Definimos reincidencia como el consumo de alcohol que se produce durante el periodo de permanencia en el PBP que fue considerado para este estudio.¹

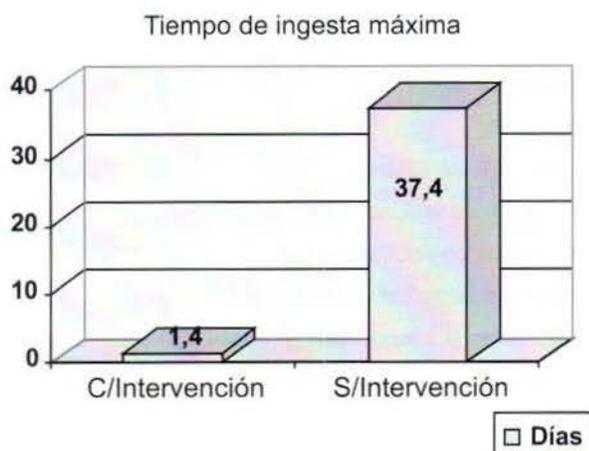
Abandono se refiere a los pacientes que cumplen 90 días de inasistencia a pesar de haberse hecho actividades de seguimiento, o que el paciente manifieste explícitamente su deseo por retirarse del

PBP.¹

Una vez recolectada la información se ingresó a una base de datos en Stata 7.0, donde se analizó y proceso. La presentación de los datos se realiza en Excel XP.

RESULTADOS

En nuestros 65 pacientes se observa que la ingesta máxima sin intervención del programa fue 37,4 días sin dejar de consumir alcohol versus 1,4 días con intervención ($p=0,0029$).



Por otro lado la abstinencia máxima sin intervención del PBP fue 76,8 días, y con intervención 184 días ($p=0,001$).



En cuanto a la reincidencia se vio que el 68,3% no reincide, 18,3% reincide 1 vez, 5,0% 2 veces y 8,3% 3 veces.

Con respecto a la adherencia al PBP el 41,5% completo el año y 58,5% lo abandonaron antes de completar el plazo de un año.

Al analizar posibles factores que pudiesen influir en el abandono del programa encontramos los siguientes resultados. De los 65 pacientes, al analizar el abandono según el nivel educacional, los resultados demostraron que 14 de 25 pacientes con nivel educacional básico abandonaron el programa (56%), 13 de 18 con nivel educacional medio (58%), 2 de 2 con nivel educacional superior (100%) y de los pacientes cuyo dato no esta consignado, 6 de 7 abandonaron el programa.

Luego al tabular los datos de abandono según situación laboral, se puede ver que en el segmento de pacientes con situación laboral activa un 42% no abandona el programa, mientras que los pacientes que estaban cesantes desertan en un 73%. Al someter a análisis el abandono según el numero de reincidencias de los pacientes, se observó que en el grupo de pacientes que no reincidió ninguna vez, el porcentaje de abandono fue de 56 %, en los pacientes que reincidieron 1 vez el abandono fue de 55%, en los que reinciden 2 veces 67% y en los que reinciden 3 veces el porcentaje de abandono fue de 80%.

CONCLUSIONES

Al analizar el impacto de la intervención del PBP se observa que existe evidencia estadísticamente significativa que el tiempo de ingesta es menor y el de abstinencia es mayor tras la intervención del PBP en el periodo de seguimiento de un año. Dentro de la estadía de los pacientes en el programa

la mayoría no reincide durante el periodo de permanencia en el programa, siendo menor la reincidencia en el grupo de pacientes que no abandona el programa durante el año. De esto concluimos la necesidad de mayor seguimiento y preocupación por los pacientes que han reincidido dentro del programa en pos de su mejor manejo. El 41.5 % de adherencia observada en este programa sirve de referencia para otros estudios de programas de enfermedades adictivas ya que al no existir otros estudios de seguimiento de pacientes no se puede establecer una comparación de este programa con otros similares, sirviendo este dato como referencia para estudios posteriores.

De los pacientes que abandonaron el programa la mayoría deserto durante el primer trimestre esto nos anima a reforzar el programa durante los primeros meses de estadía de los pacientes.

En nuestra serie de pacientes el nivel educacional no influye según las estadísticas en el abandono del PBP.

La situación laboral tiene cierto grado de influencia en si el paciente deja o no el PBP, viéndose que con una diferencia significativa que el grupo de pacientes que estaba cesante tiene una tendencia mayor al abandono.

Por ultimo los pacientes que reinciden más veces también tienen una mayor tendencia al abandono del programa.

REFERENCIAS

Ministerio de Salud de Chile. Normas Técnicas y

Programáticas en Beber Problema Consumo Perjudicial y Dependencia Alcohólica. Unidad de Salud Mental 1993, Republica de Chile. CONACE. Quinte Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile. Informe Ejecutivo 2002. 20-26

Organización Panamericana de la Salud. Perfil de salud de Chile 2002

Ferrada S, Molina Y, Dr Ferrada S, Dra Ernst J. Perfil del paciente bebedor problema con dependencia consultorio Miraflores Temuco. Trabajo expuesto en el XXXVI congreso científico nacional de estudiantes de medicina Chile. Universidad de Santiago de Chile 2003

Foster S, Vaughan R, Foster W, Califano J. Alcohol Consumption and Expenditures for Underage Drinking and Adult Excessive Drinking. JAMA 2003 289: 989-995

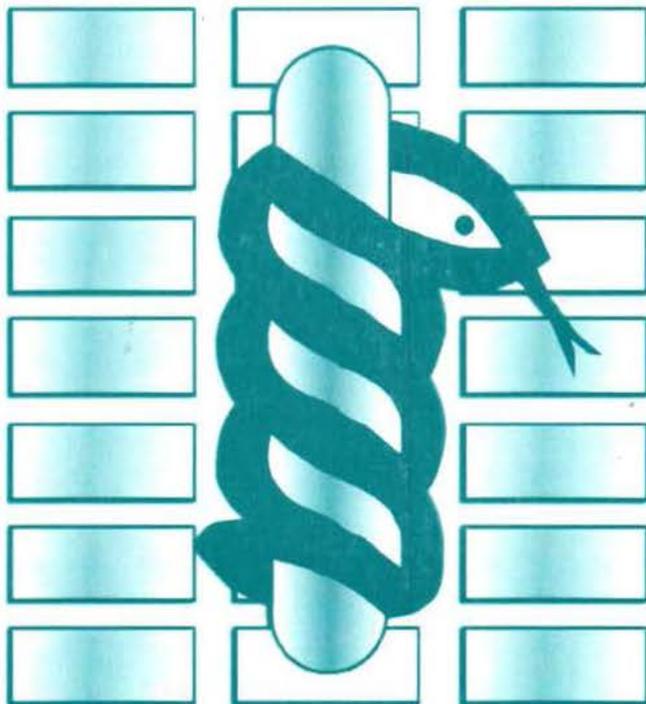
Hanson G, Ting-Kai Li. Public Health Implications of Excessive Alcohol Consumption. JAMA 2003 289: 1031-1032.

Morales A, Restrepo C, Trujillo D. Investigación clínica: Epidemiología clínica aplicada. En: Introducción a los modelos de investigación en medicina clínica. Estudios de corte transversal. Bogota, CEJA 2001.

Houghthon E, Roche A. Learning about drinking. International center for alcohol policies series on alcohol in society. Ed. Brunner-Routledge, Taylor & Francis Group. 2001



SOCIEDAD MEDICA DE CAUTIN
TEMUCO



1950

