

REVISTA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL SUR

REVISTA ELECTRÓNICA

VOLUMEN 5 N°1-2

JULIO - DICIEMBRE 2009

ISSN 0718-9958

TRABAJOS CIENTÍFICOS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE PACIENTES DEL PROGRAMA BEBEDOR
PROBLEMA DEL CONSULTORIO GENERAL RURAL DE RÍO NEGRO HORNOPIRÉN,
PROVINCIA DE PALENA

NIVEL DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN ALUMNOS FUMADORES HABITUALES
DE LICEOS INDUSTRIALES DE CUARTO MEDIO DE TEMUCO

PROSTATECTOMÍA RADICAL: PERFIL CLÍNICO Y ANATOMOPATOLÓGICO
HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA, PERÍODO 2005-2007

COMPLICACIONES DE LA VARICELA EN NIÑOS HOSPITALIZADOS, HOSPITAL DR.
HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA, TEMUCO. 2002-2007

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES RURALES
PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR, COMUNA DE TOLTÉN

EPOC POR BIOMASA: REPORTE DE CASOS DEL HOSPITAL DR. LAUTARO NAVARRO,
PERÍODO 2006-2009 PUNTA ARENAS

REVISTA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL SUR

REVISTA ELECTRÓNICA

Universidad de La Frontera

ISSN 0718-9958

<http://www.acem.cl/remes.htm>



REVISTA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL SUR

REVISTA ELECTRÓNICA

Volumen 5 Nº 1-2, Julio - Diciembre 2009

Comité Editorial

Editor Jefe

Esteban Fabian Espinoza García

Editor asociado

Juan Pablo Cuevas Tebache

Asesores Científicos

Karen Anette Astete Ortega

Karen Iris Mascareño Ulloa

Directiva ACEM 2008-2009

Presidente

Andrés Ignacio Troncoso Trujillo

Vicepresidente

Miguel Ángel Feijóo Palacios

Secretaría General

Mariana Constanza Alvarado Navarrete

Secretaría de Finanzas

Daniela Natalie Gálvez Valdivia

Relacionadores Públicos

Fabiola Andrea Águila Aguayo

Alan Felipe Garín Concha

Delegados Nacionales

Miguel Ángel Feijóo Palacios

Javier Ignacio Jaramillo Medina

Webmaster

Ignacio Andrés Tapia Pérez

Comité Editor Asesor

Dra. Roxana Gayoso Neira

Médico Diabetóloga

Magister en Ciencias mención Epidemiología Clínica

Universidad de La Frontera

Dr. Mario Gorena Palominos

Urológo

Universidad de La Frontera

Dra. Margarita Pérez Durán

Médico Broncopulmonar Adultos

Universidad de La Frontera

Dr. Armando Soto Fuentes

Cirujano digestivo

Universidad de La Frontera

Dr. Luis Silva Fuentes

Médico psiquiatra

Universidad de La Frontera

Dr. Guillermo Soza Contreras

Infectólogo infantil

Universidad de La Frontera

Dra. Ximena Cea Bahamonde

Médico Broncopulmonar Adultos

Universidad de La Frontera

Dra. Ximena Ossa García

Matrona

Doctora en Salud Pública

Universidad de La Frontera

Mg. Juan José Orellana Cáceres

Magister en Salud Pública y Bioestadística

Universidad de La Frontera

Información de contacto

Casilla de correo

Revista de Estudiantes de Medicina del Sur Universidad de La Frontera

Casilla 4004 Temuco – Chile

Sitio web

<http://www.acem.cl/rem.s.htm>

© 2009 Revista de Estudiantes de Medicina del Sur

Esta es una publicación de la Academia Científica de estudiantes de Medicina

Universidad de La Frontera, Temuco

ÍNDICE

Instrucciones a los Autores	7
Artículos Científicos:	
Perfil sociodemográfico y clínico de pacientes del Programa Bebedor Problema del Consultorio General Rural de Río Negro Hornopirén, Provincia de Palena.	8
Oswaldo Elgueta González, Karen Ulloa García, Diana Manrique García.	
Nivel de dependencia a la nicotina en alumnos fumadores habituales de liceos industriales de cuarto medio de Temuco.	14
Pablo Villanueva Esparza, Roberto Durán Fernández.	
Prostatectomía radical: perfil clínico y anatomopatológico. Hospital Hernán Henríquez Aravena, período 2005-2007.	18
Cristian Cancino Bustos, Muriel Catalá Toro, Juan Abarza Yáñez, Bellanides Mansilla Aravena, Cristian Cuitiño Alvarado.	
Complicaciones de la varicela en niños hospitalizados. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, 2002 – 2007.	22
Jessica Sandoval Cuitiño, Daniela Oliva Inostroza, Daniela Zambrano Jaramillo, Edgardo Navarrete Fonseca, Eduardo Muñoz Massardo.	
Perfil epidemiológico y riesgo cardiovascular en pacientes rurales Programa Salud Cardiovascular, Comuna de Toltén.	28
Edgardo Navarrete Fonseca, Robinson Ortega Vega, Pablo Sandoval Mandujano, Daniela Oliva Inostroza, Lilian Navarrete Fonseca, Joaquín García Gay.	
EPOC por biomasa: Reporte de casos del Hospital Dr. Lautaro Navarro, período 2006 – 2009 Punta Arenas.	32
Bellanides Mansilla Aravena, Cristian Cancino Bustos, Milca Villagrán Schmidt, Daniela García Concha.	

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

La Revista de Estudiantes de Medicina del Sur Revista Electrónica ISSN 0718-1906 es la publicación oficial de la Academia Científica de Estudiantes de Medicina Universidad de La Frontera, y en ella se presentan Trabajos de Investigación inéditos realizados por estudiantes de Medicina de Universidades Chilenas.

Los trabajos deberán considerar la siguiente estructura:

- 1- **Título del trabajo.**
- 2- **Nombre completo de los autores:** Se aceptarán como máximo primer autor y primer, segundo y tercer coautor y sus respectivos docentes asesores. Todas las investigaciones deben tener como primer autor a un estudiante de medicina,
- 3- **Resumen en español:** De no más de 250 palabras, considerando los siguientes ítems: Título, Introducción y objetivo, Material y Método, Resultados y Conclusiones.
- 4- **Resumen en inglés.**
- 5- **Palabras clave:** No más de tres palabras que identifiquen su contenido e indexadas en el sistema MeSH Database de la National Library of Medicine (<http://www.pubmed.gov>).
- 6- **Extenso en español:** deben estar bien definidas la Introducción, Material y método, Resultados y Conclusiones; extensión máxima de 8 páginas.
- 7- **Referencias bibliográficas:** deben presentarse al final del extenso, numeradas y listadas en el orden que son mencionadas en el artículo. El orden en la anotación de referencias debe ceñirse a las normas del INDEX MEDICUS.

El formato debe ser realizado en Microsoft Word® o procesador compatible, página de tamaño carta, en letra Times New Roman de 12 puntos, párrafo interlineado sencillo, con márgenes 2,5cm superior e inferior y 3cm derecho e izquierdo. Las tablas, gráficos e imágenes deberán ser diseñadas o digitalizadas en programa compatible con Microsoft®.

Los trabajos deberán ser enviados a:

Revista de Estudiantes de Medicina del Sur Universidad de La Frontera
Casilla 4004 Temuco – Chile

El sobre en su interior debe contener:

1. **Identificación con los siguientes datos:**
 - Universidad de origen
 - Nombre completo, RUT y correo electrónico del autor, coautores y docentes asesores, señalando el departamento o unidad en que se desempeñan.
 - Fotocopia por ambas caras de la Cédula Nacional de Identidad de los autores y docentes asesores.
2. **Extenso del trabajo impreso:** este debe incluir la(s) figuras insertas en el orden dispuesto por los autores.
3. **Disco compacto (CD) con dos carpetas:** la primera identificada como “TRABAJO” y que en su interior contenga cuatro archivos: resumen en español, resumen en inglés, extenso sin imágenes y extenso con imágenes en el orden sugerido por los autores; y segunda carpeta identificada como “IMÁGENES” y que en su interior contenga tablas, gráficos e imágenes.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE PACIENTES DEL PROGRAMA BEBEDOR PROBLEMA DEL CONSULTORIO GENERAL RURAL DE RÍO NEGRO HORNOPIRÉN, PROVINCIA DE PALENA

Oswaldo Elgueta González⁽¹⁾, Karen Ulloa García⁽²⁻⁴⁾, Diana Manrique García⁽³⁻⁴⁾.

Sociodemographic and clinical aspects of "Problem drinkers Program" patients of Hornopirén Rural Medical Center, Province of Palena

Introduction: "Problem drinkers" belongs to the Mental Health Program in the Medical Center Rio Negro Hornopirén. The harmful alcohol consumption is a main factor contributing to premature mortality and preventable morbidity worldwide. **Objectives:** to establish the epidemiological and clinical profile, admission ways related to the adherence to treatment of the BP program patients. **Material and method:** Cross-sectional descriptive correlative study. 42 clinical records and registration cards of the BP program were reviewed and analyzed by sex, age, occupation, admission way, clinical diagnosis and adherence to treatment. Microsoft Excel® 2003 was use for data analysis. **Results:** 95% are men between 30 and 44 years old; 64% are married or similar; 48% work independently, 59% admissions from the police courts; 45% have alcohol dependence; 52% inactive within the program. **Conclusions:** This profile is similar to other national studies related to age and sex. Particular characteristics are related to occupation work, a complex clinical profile with a high percentage of alcohol dependence, most admissions from the judicial system and a poor adherence to treatment.

Keywords: problem drinkers, epidemiology, patient dropout

INTRODUCCION

El Consultorio de Río Negro Hornopirén, el cual posee un centro de corta hospitalización, atiende a la población de la Comuna de Hualaihué, comuna perteneciente a la provincia de Palena de la Región de Los Lagos. La Comuna de Hualaihué tiene una población de 8.273 habitantes, caracterizada por su

alta dispersión geográfica y un 70,9% de población rural¹. El consultorio cuenta desde el año 2007 con un equipo de salud mental compuesto por una médica, una trabajadora social y un psicólogo. Este equipo debe asumir el tratamiento de la mayor parte de la patología de salud mental ya que dadas las condiciones de aislamiento geográfico y socioeconómico de la población, se hace muy difícil que los pacientes sostengan en el tiempo algún tratamiento en el centro de derivación que corresponde al Hospital Base de Puerto Montt. Tampoco se cuenta con consultorías de especialistas en los centros de atención primaria de la comuna.

Dentro de los subprogramas del programa de salud mental se encuentra el de "Bebedor Problema" (BP), programa que atiende a todas las personas que demanden atención por problemas relacionados al consumo de alcohol y que incluye intervenciones comunitarias de promoción y prevención secundaria y clínicas, farmacológicas, psicológicas y sociales con un enfoque de trabajo interdisciplinario.

El uso nocivo de alcohol es uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad prematura y a la carga de morbilidad evitable en todo el mundo. A escala mundial, entre 20 factores de riesgo para la salud, el uso nocivo del alcohol es la primera causa de muerte y discapacidad en los países en desarrollo con bajos índices de mortalidad, la tercera entre los principales factores de riesgo en los países en desarrollo, después del tabaquismo y la hipertensión arterial, y la undécima en los países en desarrollo con elevados índices de mortalidad². En Chile las sustancias psicoactivas más usadas son el tabaco y el alcohol. Según el cuarto estudio nacional de drogas de CONACE, el 53,3% de la población consumió alcohol el último mes, siendo la tasa general de bebedores problema de un 23,8%*. Los hombres presentan tasas de bebedor problema que triplican a la de las mujeres, 35% y 11,4% respectivamente. Por su parte las tasas más altas de beber problema se localizan entre la población más joven, con 30,6% entre los jóvenes de 19 a 25 años de edad, 28,6% entre los adolescentes de

(1) Interno, Carrera de Medicina Universidad de La Frontera
(2) Médico en Etapa de Destinación y Formación, Servicio de Salud del Reloncaví

(3) Trabajadora Social, Consultorio Río Negro Hornopirén, Servicio de Salud del Reloncaví

(4) Programa de Salud Mental, Consultorio Río Negro Hornopirén, Servicio de Salud del Reloncaví

* En este estudio se aplica la Escala Breve del Beber Problema (EBBA) definiéndose como Bebedor Problema todo aquel que conteste positivamente a dos o más preguntas de este cuestionario.

12 a 18 años y 24,7% entre los adultos jóvenes de 26 a 34 años de edad³. De los consumidores de alcohol, un 12,6% presenta signos de dependencia, lo que afecta casi tres veces más a los hombres que a las mujeres, alcanzando a un 17,4% y 6,8% en cada sexo respectivamente. La tasa de dependencia al alcohol es de 22,9% en jóvenes de 19 a 25 años, de 18,7% en adolescentes de 12 a 18 años de edad y decrece en personas sobre los 25 años de edad, siendo sólo de un 6% en quienes tienen entre 45 y 64 años⁴.

El tratamiento del consumo de alcohol resulta uno de los más difíciles y complejos dentro del tratamiento de las adicciones, como plantean algunos autores “en la mayoría de los casos se trata de una enfermedad difícil de tratar y son frecuentes los pacientes en los que esta patología es irreversible, incontrolable e incurable”⁵. Sin embargo, cada vez se dispone de más estrategias para abordar esta patología y queda más clara la importancia de la detección y el tratamiento precoz, sobretodo en la atención primaria de salud⁶.

OBJETIVOS

- Conocer el perfil epidemiológico de los pacientes pertenecientes al programa Bebedor Problema del Consultorio General Rural Río Negro Hornopirén.
- Conocer el perfil clínico de los pacientes del programa Bebedor Problema y su adherencia al tratamiento.
- Identificar las principales formas de ingreso al programa y la relación de esta con la adherencia de los pacientes al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio de corte transversal correlacional descriptivo a partir de la revisión de 42 fichas clínicas y del tarjetero del programa “Bebedor problema” lo que representa el número total de pacientes ingresados al programa hasta el 1 marzo del año 2009.

Las variables estudiadas fueron:

- **Edad:** Considerando los rangos etarios de 15 a 29 años, de 30 a 44 años, de 45 a 59 años y mayores o iguales a 60 años.
- **Sexo.**
- **Estado Civil:** Aquí se aclara que dentro de la categoría **separado (a)** se incluyen aquellas personas que tienen dentro de sus antecedentes alguna

relación de pareja matrimonial o de convivencia que a la actualidad ha sido disuelta.

- **Ocupación:** En esta variable se trabaja a partir de 6 clasificaciones, las cuales han sido realizadas adecuadas al contexto. Se define como **obrero (a)** aquellas personas que trabajan en obras de construcción, que pueden o no tener un contrato de trabajo y que generalmente sus actividades son temporales de acuerdo a la ejecución de la obra. Como **empleado (a)** se entiende aquella persona sujeta a un contrato de trabajo, cuya duración puede ser definida o indefinida, independientemente de su labor. **Independientes** son aquellas personas que trabajan por cuenta propia en labores varias, las cuales significan su medio principal para la sobrevivencia, no cumplen con un horario de trabajo fijo, ni tampoco con una remuneración estable. **Dueña (o) de casa** es la persona que se dedica a las labores del hogar sin ningún tipo de contraprestación económica. **Cesante** la persona que tenía ocupación y la perdió y en la actualidad está buscando una actividad para la subsistencia. Se incluye la clasificación “**Otros**” para contemplar aquellas ocupaciones que no se podían incluir dentro de las anteriores clasificaciones.

- **Forma de ingreso al programa:** Se clasifican 4 formas de ingreso. **Juzgado**, es decir, aquellos pacientes que ingresan al programa derivados del sistema judicial; **Hospitalización por abstinencia**, aquellas personas que ingresan al programa desde su hospitalización por síndrome de abstinencia de alcohol; **Hospitalización por otra causa**, aquellas personas que llegan a hospitalizarse por otro motivo y durante su hospitalización se pesquiza el consumo problema de alcohol y aceptan iniciar un tratamiento; **Ambulatoria voluntaria**, que son las personas que consultan por problemas asociados a su consumo de alcohol de forma ambulatoria

- **Diagnóstico Clínico:** Se definen las categorías de bebedor en riesgo, bebedor problema sin dependencia y bebedor problema con dependencia, según las definiciones de la Guía Clínica de detección y tratamiento temprano del consumo problema y la dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la atención primaria del Ministerio de Salud de Chile, año 2005, correspondientes a las categorías utilizadas por los estudios de CONACE. El diagnóstico es realizado a través de entrevista clínica semiestructurada aplicada por médica general capacitada en salud mental.

- **Adherencia a tratamiento:** Ante la no existencia de definiciones uniformes para analizar esta variable en la literatura nacional, definimos el estado del paciente del programa como activo o inactivo.

Inactivos son los pacientes inasistentes a control en los últimos 6 meses habiéndosele indicado y **Activos** son los pacientes que han asistido a los controles indicados durante los últimos 6 meses.

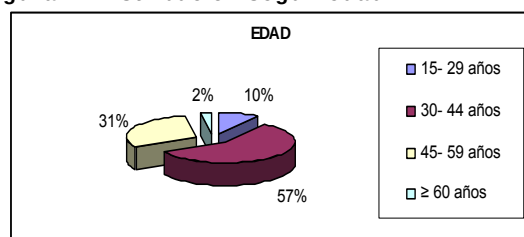
Se procede al análisis de los datos con el programa Excel versión 2003.

RESULTADOS

El grupo de estudio lo compone un total de 42 pacientes del Programa Bebedor problema, un 95% de ellos corresponden al sexo masculino y un 5% al sexo femenino, con una edad promedio de 41,2 años (DS= 8.9).

En cuanto a la variable etaria, un 57% de los pacientes del programa se encuentran entre los 30-44 años, seguidos de un 31% que se ubican entre los 45 a 59 años. El grupo de 15 a 29 años representa un 10% de la muestra y los mayores de 60 años solo un 2%.

Figura 1: Distribución según edad



Respecto al estado civil, se identifica que un 45% del total está casado y un 19% es conviviente. Igual porcentaje se encuentra separado (a) y un restante 17% soltero (a).

En cuanto a la ocupación, el grupo predominante está conformado por los trabajadores independientes (48%), seguidos por un 24% de empleados y un 17% de obreros. Un 7% se encuentra cesante, un 2% es dueña de casa y un 2% pertenece a la categoría de otros.

Respecto a la forma de ingreso de los pacientes al programa BP, encontramos que un 59% ingresan derivados desde una instancia judicial y un 19% ingresa de manera voluntaria a la atención ambulatoria del programa. De las otras formas de ingreso, un 12% ingresa vía hospitalización por síndrome de abstinencia y un 10% vía hospitalización por otra causa (Figura 2).

Dentro del diagnóstico de los pacientes pertenecientes al programa BP, un 53% corresponden a bebedores problema sin dependencia y un 45% a bebedores problema con

dependencia. Solo un 2% se encuentra en la categoría de bebedor en riesgo (1 paciente).

Figura 2: Distribución según forma de ingreso.

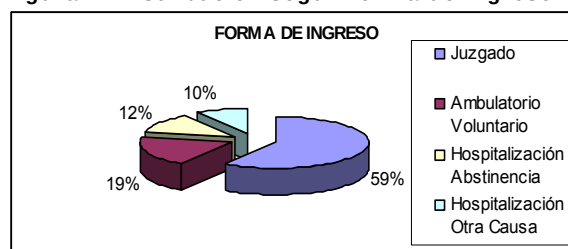
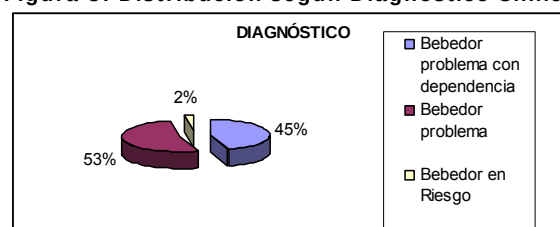


Figura 3: Distribución según Diagnóstico Clínico



En cuanto a la adherencia a tratamiento, podemos observar que un 52% de los 42 pacientes se encuentran inactivos y un 48%, activos. Dentro del subgrupo de pacientes derivados desde el juzgado, la cifra de inactivos asciende a un 60%.

Figura 4: Distribución según adherencia a tratamiento.

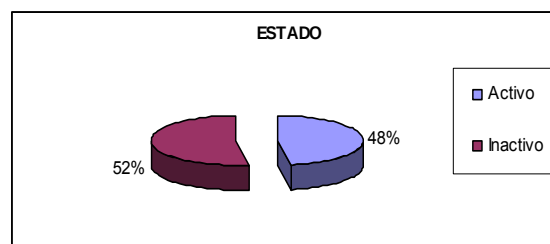


Figura 5: Distribución según adherencia a tratamiento de pacientes ingresados vía Juzgado.

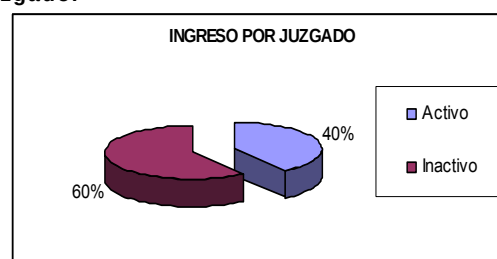


Tabla 1. Resumen perfil epidemiológico Pacientes Programa Bebedor Problema Consultorio Hornopirén a Marzo 2009.

Variable	Grupo Predominante	Pacientes
Grupo Edad	30- 44 años	24
Sexo	Masculino	40
Estado Civil	Casado	19
Ocupación	Independiente	20
Forma de Ingreso	Juzgado	25
Diagnóstico clínico	Bebedor Problema	22
Adherencia al tratamiento	Inactivo	22

CONCLUSIONES

En cuanto al sexo, el predominio del sexo masculino es concordante con los hallazgos de otros estudios nacionales en población similar a la de este estudio⁷. Más de la mitad de los pacientes se ubica en el rango de edad de 30 a 44 años, seguidos del rango de 45 a 59 años ubicándose un 98 % del total de pacientes estudiados entre los 30 y 59 años. Este hallazgo no es concordante con los estudios nacionales que señalan que las tasas de bebedores problema son mayores en población joven, con predominio del rango etéreo de 19 a 25 años⁸. Probablemente esto indique que la población joven consulta menos, lo que puede deberse a una menor percepción de problema. En general es en la edad media de la vida que los pacientes visualizan problemas con el consumo de alcohol, mayoritariamente asociados a problemas familiares que derivan muchas veces en denuncias ante los tribunales de familia por violencia intrafamiliar.

En cuanto al estado civil, el que la mayoría de los pacientes del programa BP mantengan una relación de pareja (64%), sea bajo la figura de matrimonio o de convivencia, puede significar una oportunidad dentro del proceso de tratamiento ya que son las familias o los vínculos afectivos cercanos una valiosa herramienta de trabajo dentro del proceso terapéutico.

Respecto a la ocupación, la mayoría de la población cataloga como independientes (48%), categoría dentro de la cual encontramos la pesca y la extracción de leña, propias de la zona. Se hace necesario tener presente que estas actividades en gran medida incluyen dentro de su itinerario cultural el consumo de alcohol, pues implican la exposición a condiciones climáticas extremas y desfavorables, condiciones más manejables para muchos a partir

del consumo de alcohol. Otra característica particular del ejercicio de estas actividades es la flexibilidad en los horarios, la ausencia de controles en su ejercicio y el pasar mucho tiempo del año “libres”, como en los tiempos de veda o climas adversos como en el caso de la pesca, condiciones que también facilitan el consumo. Para el caso de empleados (as), la mayor parte de empleos generados en la zona están dados por las piscícolas para la realización de labores propias de esta cadena productiva o como buzos en la extracción de mariscos⁹. Estos empleos en su mayoría funcionan bajo el sistema de turnos en que se trabaja una cierta cantidad de días al mes de forma continua para salir luego unos días libres, lo que facilita la ingesta de alcohol durante estos días en que las personas aprovechan de realizar las actividades que no pueden realizar estando embarcados o en un centro de cultivo, siendo estas muchas veces asociadas al consumo. Solo se encuentra una dueña de casa que corresponde a una de las mujeres del programa y en la categoría de otros encontramos un hombre jubilado, caso particular ya que las actividades económicas predominantes en la zona hacen que pocas personas lleguen a jubilarse.

En cuanto a las formas de ingreso al programa BP, es llamativo que la mayoría de los pacientes, un 59%, ingresen derivados desde el juzgado, cifra que triplica a los pacientes que ingresan voluntariamente al programa. Al revisar las causas que motivan la derivación judicial, encontramos que la totalidad emanan del Juzgado de letras y familia de Hualaihué, siendo la gran mayoría causas de Violencia Intrafamiliar, en que se suspenden condicionalmente las sentencias cuando el paciente acepta realizar un tratamiento en el consultorio. Sin embargo, podemos apreciar que un 60 % de estos pacientes están inactivos al momento del estudio lo que deriva muchas veces en el abandono del tratamiento. Otro hecho que es notable en la práctica diaria y que no queda demostrado en este estudio, es la cifra de pacientes derivados desde el sistema judicial que no se presentan a las evaluaciones que son citados, por tanto nunca ingresan a tratamiento. El gran número de pacientes derivados desde el sistema judicial también nos hace pensar que los personas están llegando al programa cuando tienen un nivel de problemas tal que han derivado en que otros los denuncien por sus conductas, en general las parejas o los hijos, lo que nos plantea como agentes de Atención Primaria en salud el desafío de adelantarnos a este deterioro en las relaciones familiares. En otro ámbito, destaca el hecho que las dos mujeres pertenecientes al

programa, ingresan a tratamiento desde sus hospitalización por otro motivo ajeno al consumo desde el cual se visibiliza el problema y se le ofrece ayuda, lo que nos hace pensar que el consumo problemático de alcohol en la mujer es un tema mucho más tabú que en el género masculino dificultando la consulta por este motivo y por tanto el acceso a tratamiento. Esto también nos permite darnos cuenta que la instancia de la hospitalización, puede ser aprovechada por los agentes de salud (profesionales y técnicos) para realizar actividades de detección de consumo de alcohol, independientes de la causa por la cual el paciente se haya hospitalizado. En el caso de los cuatro pacientes del programa ingresados por esta vía, dos de las causas de hospitalización se relacionaban con comorbilidad psiquiátrica a partir de la cual se visibiliza el consumo problemático de alcohol (Depresión en uno y desajuste conductual en trastorno de personalidad en otro), pero dos causas eran ajenas al ámbito psiquiátrico (Mal de Presión en un buzo e Infección de partes blandas en otro paciente). En cuanto a los casos de ingreso al programa por medio de hospitalización por síndrome de abstinencia, es de resaltar que esto ha sido uno de los logros del programa ya que se busca trascender la fase de desintoxicación, utilizando esta instancia por parte del equipo de salud mental para trabajar el enganche inicial y la motivación al paciente para continuar el tratamiento ambulatorio.

El perfil clínico da cuenta de la complejidad de los pacientes manejados en el programa, encontrándose un 45% del total de pacientes con Dependencia de alcohol. En el mismo sentido, sólo un paciente se encuentra en la categoría de bebedor en riesgo (2%) y el resto corresponde a bebedores problema sin dependencia. Sería interesante realizar estudios en la población general de la Comuna de Hualaihué, que investigara si las cifras de dependencia de alcohol están sobre la media nacional, o si bien es solo un hallazgo de esta muestra en particular.

En cuanto a la adherencia a tratamiento, podemos decir que aún hay muchos desafíos en este plano ya que más de la mitad de los pacientes se encuentran inactivos dentro del programa al momento del estudio. Si bien esto se relaciona con el ingreso no voluntario de la mayoría de los pacientes, grupo en el cual la cifra de inactivos alcanza un 60%, no deja de ser preocupante y debieran estudiarse formas de abordaje a nivel local. Faltan estudios nacionales que investiguen este ámbito y estrategias de intervención que mejoren la adherencia a tratamiento de este grupo de pacientes. Un futuro estudio podría profundizar en las reales motivaciones de los

pacientes que ingresan desde el sistema judicial y su etapa en el proceso de cambio al momento de su ingreso.

Podemos concluir que el perfil de los pacientes del programa BP del Consultorio Río Negro Hornopirén se asemeja en cuanto a la diferenciación por sexo y edad al perfil mostrado por otros estudios nacionales⁷. Sin embargo, muestra características particulares en cuanto a la ocupación de los pacientes, se trata de pacientes con un perfil clínico complejo con alto porcentaje de dependencia de alcohol, ingresan mayoritariamente a través del sistema judicial y hay una mala adherencia al tratamiento.

Teniendo en cuenta estas características, para el equipo de atención primaria es todo un reto el abordaje integral de esta patología, más aún cuando el consumo nocivo de alcohol se encuentra socialmente aceptado, por ello los tratamientos en este nivel se convierten en un proceso de larga duración que debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario que debe recibir capacitación continua por parte del Servicio de Salud y deben involucrar además del paciente, a su núcleo familiar y entorno comunitario. Las intervenciones deben necesariamente trascender la atención y tratamiento de la enfermedad, involucrando intervenciones comunitarias de promoción y prevención.

Perfil sociodemográfico y clínico de pacientes del Programa Bebedor Problema del Consultorio General Rural de Río Negro Hornopirén, Provincia de Palena

Introducción: “Bebedor Problema” (BP) es uno de los subprogramas del programa de salud mental del consultorio Río Negro Hornopirén. El uso nocivo de alcohol es uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad prematura y a la carga de morbilidad evitable en todo el mundo. **Objetivos:** Conocer el perfil epidemiológico, clínico, formas de ingreso y su relación con la adherencia a tratamiento de los pacientes del programa BP. **Material y método:** Corte transversal correlacional descriptivo. Revisión sistemática de 42 fichas clínicas y tarjetero del programa BP. Las variables analizadas fueron sexo, edad, ocupación, forma de ingreso, diagnóstico clínico y adherencia a tratamiento. Se analizan datos con programa Excel versión 2003. **Resultados:** 95 % son hombres; predomina el rango etáreo de 30 a 44 años; 64% están casados o conviven; 48% trabajan independientes; 59% ingresan derivados desde el juzgado; 45% tienen dependencia del alcohol; 52% se encuentran inactivos dentro del programa. **Conclusiones:** el

perfil de pacientes se asemeja en cuanto a sexo y edad a otros estudios nacionales. Presenta características particulares en cuanto a ocupación, un perfil clínico complejo con alto porcentaje de dependencia de alcohol, ingreso mayoritario a través del sistema judicial y una mala adherencia al tratamiento.

Palabras clave: Bebedor problema, epidemiología, desistencia al tratamiento

REFERENCIAS

- ¹ Censo 2002, Instituto Nacional de Estadística de Chile, www.inec.cl
- ² OMS. Estrategias para reducir el uso nocivo de alcohol, 2008
- ³ CONACE, Cuarto estudio nacional de drogas en población general, Santiago de Chile, 2000.

- ⁴ CONACE, Sexto estudio nacional de drogas en población general, Santiago de Chile, 2004.
- ⁵ RAHOLA, G.J. Avances en los tratamientos del alcoholismo. Neurobiología del alcoholismo. Departamento de Neurociencias, Universidad de Cádiz. Disponible en: http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/ponencias4/AVANCES_EN_LOS_TRATAMIENTOS_DEL_ALCOHOLISMO._NEUROBIOLOGIA_DEL_ALCOHOLISMO.pdf.
- ⁶ Guía Clínica "Detección y tratamiento temprano del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la atención primaria", Minsal, 2005.
- ⁷ Vildoso C., Juan Pablo; Ledezma R., Ximena; Yentzen M., Gladys. Perfil del paciente perteneciente al programa bebedor problema en un consultorio de Los Andes. XXVII Jornadas Chilenas de Salud Pública, U.de Chile
- ⁸ CONACE, Cuarto estudio nacional de drogas en población general, Santiago de Chile, 2000.
- ⁹ PLADECO, Plan de desarrollo comunal, Municipalidad de Hualaihué, 2007.

NIVEL DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN ALUMNOS FUMADORES HABITUALES DE LICEOS INDUSTRIALES DE CUARTO MEDIO DE TEMUCO.

Pablo Villanueva Esparza¹, Roberto Durán Fernández².

The level of nicotine dependence in student smokers in the last grade of technical high school in Temuco

Introduction: Smoking is a chronic disease characterized by addiction to nicotine. The available information is insufficient on its impact on the school population in contrast to adults. **Objectives:** Determine the level of nicotine dependence in students in the last year from high school who are smokers. **Material and Methods:** We applied assessment tool in two high schools in Temuco. The first question determines the nicotine addiction of smokers, the others questions are a part of the nicotine dependence test (test of Fagerström). Smokers were selected and analyzed their responses. **Outcomes:** 87% smoke less than 10 cigarettes daily, 71% smoke 60 minutes after waking, the low dependence or very low dependence concentrates 87% of cases. **Conclusions:** Student smokers have a low dependence or very low dependence when they are finishing the highschool. **Keywords:** Nicotine, Fagerström, schoolchild.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una enfermedad crónica que se caracteriza por la adicción a la nicotina. La nicotina es una droga que al igual que la cocaína, heroína, alcohol, etc., induce aumento de su tolerancia, dependencia física y psicológica. Su abstinencia produce diversos síntomas conocidos como síndrome de privación (1). Por otro lado, el tabaquismo constituye uno de los problemas de salud que se presenta con más frecuencia en la atención primaria. Chile presenta uno de los índices de consumo más altos de Latinoamérica, con un promedio de 1.150 cigarrillos anuales por cada adulto del país. Los estudios nacionales indican que existe una tendencia al aumento de la prevalencia del tabaquismo en la población y que el inicio del consumo se presenta a edades cada vez más precoces (1). Los estudios de CONACE de los años 2000 y 2001 muestran que el 43% de la población chilena de 12 a 64 años es fumadora (prevalencia de consumo en el último mes). Así mismo se reveló que los adultos jóvenes de 19 a 25 años presentan los índices de prevalencia más altos,

¹ Interno de Medicina. Universidad de la Frontera.

² Alumno de Medicina. Universidad de la Frontera.

alcanzando un 60% (1). Entre 1994 y 2004, el aumento en la adicción al tabaco creció 11,4%, más que el promedio de consumo de la población general, que lo hizo en 9,2% (2). Considerando que un fumador habitual es la persona que ha consumido diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno; es impactante el hecho que el 57% de los jóvenes de entre 19 y 25 años son fumadores habituales, y que en su mayoría pueden ser considerados adictos (2). No existen datos aportados por CONACE acerca del nivel de adicción en población menor a 19 años. Algunos estudios se han extendido a población menor de 18 años, evidenciando prevalencias de tabaquismo diario del 14% para alumnos de 1º a 4º medio pertenecientes a las regiones 7ª a 12ª de Chile (5).

De esta forma nos damos cuenta que Chile cuenta con adecuada información epidemiológica en población adulta, especialmente en cuanto a consumo de tabaco. Sin embargo, en población escolar se precisa mayor información a fin de conocer mejor la historia natural del consumo de tabaco.

Por otro lado, es sabido que la intervención en prevención primaria sobre el tabaquismo debe iniciarse precozmente en la vida, siendo relevante para esto conocer los patrones de consumo y la influencia de variables conductuales que participan en el consumo de tabaco (5).

Es por tales motivos que consideramos investigar acerca de esta materia en el contexto del alumnado en las últimas etapas del ambiente escolar.

OBJETIVOS

El presente trabajo pretende determinar el nivel de dependencia a la nicotina con que estarían egresando alumnos de enseñanza media de algunos establecimientos educacionales de la comuna de Temuco. El objetivo principal del estudio fue determinar el grado predominante de dependencia a la nicotina en los alumnos considerados fumadores habituales y determinar la proporción de cada tipo de dependencia. El objetivo secundario es analizar las respuestas de las encuestas proporcionadas (Test de dependencia a la nicotina de Fagerström).

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en Junio del 2008 que consideró a estudiantes de 4° medio de liceos industriales de la comuna de Temuco, IX región.

Criterios de inclusión: El universo se constituyó por todos los estudiantes matriculados de 4° medio del Liceo Industrial de Temuco y el Complejo Educacional La Frontera, que asistan regularmente a clases, de cualquier raza o etnia y que hubieren aceptado el consentimiento informado proporcionado al momento de la encuesta.

El instrumento de evaluación fue un documento constituido por un consentimiento informado y un cuestionario autoadministrado de 7 preguntas. En la primera pregunta se planteaba si era o no fumador habitual, mientras que las 6 preguntas siguientes correspondían al test de dependencia a la nicotina de Fagerström (1). El test de Fagerström es una herramienta para medir el grado de dependencia física por la nicotina, pudiendo incluso, ser empleado con fines pronósticos y terapéuticos. (9). Se trata de un test de seis preguntas con respuestas múltiples. Dependiendo de la respuesta que cada fumador dé a cada una de las preguntas se obtiene una determinada puntuación. Al sumar los puntos obtenidos en cada una de las preguntas se obtiene una puntuación total que oscila entre 0 y 10 puntos.

Se consideraron en el estudio solamente aquellos alumnos que pertenecían a la definición de fumador habitual (1). Para asegurar la objetividad de las respuestas, las encuestas se respondieron en forma anónima y en presencia de uno de los investigadores.

Los resultados fueron ingresados a una planilla Excel (programa año 2003) y analizados mediante gráficos usando este mismo programa.

RESULTADOS

Número de cigarrillos que fuman al día.

Como se ve en la figura (gráfico 1), de los alumnos encuestados, 77 fumadores habituales pertenecen a la categoría de consumidores de 10 cigarrillos diarios o menos (85,6%) constituyendo la categoría predominante. Sin embargo, el 13,3% consume 11 o más cigarrillos diariamente.

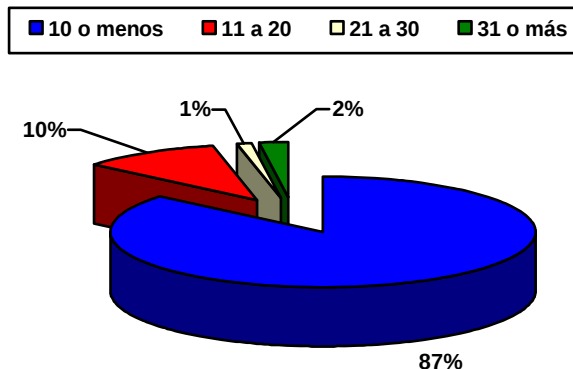


Gráfico 1. Cantidad de cigarrillos consumidos diariamente.

Tiempo que pasa desde el momento de levantarse hasta que consume el primer cigarrillo del día.

Como se aprecia en la figura (gráfico 2) la gran mayoría de los alumnos fumadores habituales (71,1%) tarda más de 60 minutos en consumir su primer cigarrillo desde el momento de levantarse. El 22,4% tarda entre 16 a 60 minutos en consumir su primer cigarrillo del día.

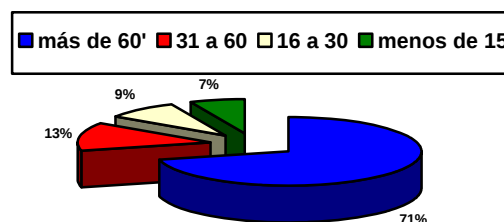


Gráfico 2. Tiempo transcurrido entre el despertar y el primer consumo de cigarrillo del día.

Momento del día en que aumenta el consumo de cigarrillo.

El 76,7% de los alumnos encuestados respondió que fuma más en las mañanas, mientras que el 20,8% respondió que no fuma más durante las mañanas.

Dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido.

El 70% refiere tener problemas para no fumar en lugares en los cuales no está permitido y el 30% refiere no tener inconvenientes con dejar de fumar en tales lugares.

Cigarrillo con mayor dificultad para renunciar.

El 57,7% presenta dificultades para renunciar al primer cigarrillo del día, mientras que el 42,2% presenta dificultades para renunciar a cualquier otro.

Hábito tabáquico en relación a la condición de enfermedad.

El 64,4% de los alumnos encuestados refiere fumar aunque esté enfermo y tenga que permanecer la mayor parte del tiempo en cama, mientras que el 35,5% refiere que no fuma en tales condiciones.

Grado de dependencia a la nicotina.

Como se aprecia en la figura (gráfico 3) de los 90 fumadores habituales encuestados, 59 alumnos ya presentaba una dependencia muy baja y 19 una dependencia baja. Así, la dependencia baja o menor concentra el 87% de los casos. El 6,5% de los encuestados presenta un nivel de dependencia moderada, y el mismo porcentaje de los alumnos encuestados, presenta un grado de dependencia alta. Ningún fumador habitual presentó niveles de dependencia muy alta en nuestro estudio.

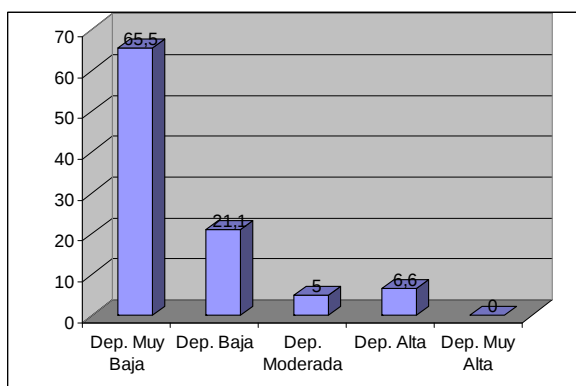


Gráfico 3. Nivel de dependencia a la nicotina en fumadores habituales.

DISCUSIÓN

Al recolectar los datos, nos percatamos que la gran mayoría de los fumadores habituales (85,6%) consume 10 cigarrillos o menos y que un 13,3% fuma 11 o más cigarrillos diarios. Esto es significativo, debido a que la edad en promedio de los alumnos de 4° medio encuestados es de 17,1 años, y que además, se estima que por cada 10 cigarrillos que se fumen por día, el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular aumenta en un 18% en los hombres y en un 31% en las mujeres (1). En las mujeres el consumo de tabaco y anticonceptivos aumenta casi 3 veces el riesgo de accidente vascular encefálico. Por otro lado, no existe un consumo mínimo de cigarrillos bajo el cual no exista riesgo de algún tipo de cáncer (1).

Por otro lado se observa que casi un tercio de alumnos con tabaquismo habitual (29%) demora menos de 60

minutos en consumir su primer cigarrillo del día, y que más de los tres cuartos de éstos (76,7%) fuma más en las mañanas. Además, más de la mitad de los alumnos fumadores habituales (57,7%) presenta una dificultad mayor al momento de renunciar al primer cigarrillo del día. Esto parece curioso, debido a que justamente es en las mañanas donde hay mayor concentración de actividades escolares. Que casi el 30% de los alumnos fumadores habituales demore menos de 60 minutos en consumir su primer cigarrillo no es menor, debido a que el objetivo de esta pregunta es descubrir si el fumador, después de pasar toda una noche sin consumir tabaco y con sus niveles de nicotina sanguínea al mínimo, realmente, necesita cuanto antes adquirir niveles más adecuados a su grado de dependencia (9). Algo similar ocurre con el 76,7% de alumnos que fuman más en las mañanas dado que el objetivo real de esta pregunta es conocer si el fumador necesita consumir muchos cigarrillos nada más levantarse para llegar a adquirir altos niveles sanguíneos de nicotina de forma rápida. Es probable que no sólo existan factores intrínsecos del individuo, si no también del ambiente que induzcan un consumo precoz durante el transcurso del día.

La mayoría de los fumadores habituales (70%) refiere tener dificultades para abandonar el hábito tabáquico en lugares donde no se les permite. El auténtico objetivo de esta pregunta es saber si el fumador es capaz de pasar un periodo de tiempo más o menos largo sin fumar, sin sufrir molestias o inconvenientes. Por otra parte, es interesante ver este dato teniendo en mente los resultados de la segunda encuesta de calidad de vida y salud, que evidenció que el 62% de los hogares están libres del humo de tabaco y que el 43% de los lugares de trabajo están en igual condición (8).

La gran mayoría de los alumnos fumadores habituales (86,6%) presentaron dependencias muy bajas o bajas. De 0 a 2 puntos el grado de dependencia física es muy bajo, correspondiendo al grupo al que pertenece la mayoría de los encuestados (65,5%).

De 3 a 4 puntos el grado de dependencia es bajo. La utilización de tratamiento farmacológico para dejar de fumar en este grupo de pacientes es útil (9). Nuestro estudio evidenció que el 21,6% de los alumnos fumadores habituales pertenecía a este grupo.

De 5 a 6 puntos indica moderado grado de dependencia física por la nicotina y un riesgo significativo de padecer enfermedades asociadas al consumo del tabaco. Se recomienda que en los intentos de abandono de consumo de tabaco deberían utilizar tratamiento

farmacológico (9). En nuestro estudio encontramos que un 5% de los encuestados presenta un nivel de dependencia moderada.

Los fumadores con 7 a 8 puntos padecen alto grado de dependencia física y tienen un elevado riesgo de padecer enfermedades asociadas al consumo del tabaco. Es imprescindible que utilicen tratamiento farmacológico para dejar de fumar cuando realicen un serio intento de abandono del mismo (9). En nuestro estudio, 6,6% de los alumnos fumadores habituales presentaban un grado alto de dependencia.

De 8 a 10 puntos indican grado extremo de dependencia y su riesgo de desarrollar enfermedades asociadas al consumo del tabaco es muy elevado. Nuestro estudio no evidenció fumadores que perteneciesen a este grupo.

Resumen

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad crónica caracterizada por adicción a la nicotina. La información disponible de su impacto es insuficiente en población escolar a diferencia de los adultos. **Objetivos:** Determinar nivel de dependencia a la nicotina en alumnos de último año de enseñanza media, fumadores habituales. **Material y Método:** Se aplica instrumento de evaluación en dos liceos de Temuco. La primera pregunta determina condición de fumador habitual, las restantes corresponde a la prueba de dependencia de nicotina (test de Fagerström). Se seleccionaron los fumadores habituales y se analizaron sus respuestas. **Resultados:** 87% fuma menos de 10 cigarrillos diarios, 71% fuma después de 60 minutos al despertar, dependencias bajas o muy bajas representan 87% de los casos. **Conclusiones:** Los estudiantes fumadores habituales presentan dependencia baja o muy baja al momento de egresar del colegio.

Palabras clave: Nicotina, Dependencia, Estudiantes.

REFERENCIAS

- 1- M. Acuña, P. Morgado, S. Martínez, I. Salas, B. Legetic. La Cesación del consumo de tabaco. Manual para el equipo de salud. MINSAL. 2003.
- 2- Área de evaluación y estudios CONACE. Séptimo estudio nacional de drogas en población general de Chile. 2006.
- 3- Área de evaluación y estudios CONACE. Séptimo estudio nacional de drogas en población escolar de Chile, 2007. 8° Básico a 4° Medio.
- 4- E. Cruz Mena. Aparato respiratorio. Ed. Mediterráneo. 1999; 27: 185 – 189.
- 5- G. Valdivia. Consumo de tabaco en población menor de 18 años: estudio de prevalencia en escolares de Chile. Revista Médica de Chile 2004; 132: 171-182.

- 6- S. Valdivieso. Fundamentos de Psiquiatría Clínica. Ed. Universidad Católica de Chile. Cap. VIII: 158 – 176.

- 7- N. Vargas, A. Carretero. Hábito de fumar en población escolar urbana. Revista chilena de pediatría 1980. Pág.: 379 – 385.

- 8- Dpto. promoción de salud y participación ciudadana MINSAL. Segunda Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Chile 2006. Tabaquismo: pág. 8 – 9.

- 9- C.A. Jiménez-Ruiz, K. Olov Fagerström - Prevención del tabaquismo vol. 5 n° 3. 2003.

- 10- L. Gonzalez. Consumo de tabaco en adolescentes: factores de riesgo y factores protectores. Scielo Cienc. enferm. v.8 n° 2. 2002.

- 11- V. Binda. Tabaco en adolescentes. Parte I y II: epidemiología e historia natural del consumo de tabaco. Artículos Medicina Familiar PUC.

PROSTATECTOMÍA RADICAL: PERFIL CLÍNICO Y ANATOMOPATOLÓGICO. HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA, PERIODO 2005-2007.

Cristian Cancino Bustos¹, Muriel Catalá Toro¹, Juan Abarza Yañez¹, Bellanides Mansilla Aravena¹, Dr. Cristian Cuitiño Alvarado²

Radical prostatectomy: clinical and pathological aspects. Hernan Henríquez Aravena Hospital, 2005-2007

Objective: Describe and correlate clinic-pathological characteristics in patients submitted to prostatectomy in the Hospital Hernán Henríquez de Temuco (2005-2007).

Materials and method: Retrospective revision of 76 patients submitted to radical prostatectomy (RP), through the file analysis. For the statistical analysis was used WinSTAT. **Results:** The age average was 67 years. The 48,7% were asymptomatic. Suspicious rectal tact in 68,4%. Average level of prostatic antigen (PSA): 19,3 ng/ml. The 84,2% corresponded to moderately differentiated adenocarcinoma. The patients with mapuche surname shown more tumor proportion, 40,8% vs 16,7% ($p < 0,01$). To a higher Gleason score, the compromise of tumoral margins ($p < 0,01$), the presence of perineural invasion ($p < 0,001$) and the ganglionic state ($p < 0,001$) raise. The bone metastasis was associated to a major proportion of prostatic tumor ($p < 0,001$). **Conclusions:** The Gleason score, the high (APE) and the tumor percentage in the prostatic gland have direct relation with the tumoral state.

Keywords: cancer, prostate, histopathology.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata ha ido adquiriendo mayor importancia a nivel mundial como problema de salud pública, siendo en muchos países industrializados uno de los diagnósticos de cáncer más frecuentes en varones. En los EE.UU constituye la segunda causa de muerte por cánceres en los hombres (1), mientras que en Chile la mortalidad ha ido aumentando en los últimos años progresivamente llegando a 17,4 por cien mil en 2002 y constituyendo la segunda causa de muerte por cánceres en los hombres (2). El 95% de estos pacientes se diagnostica entre los 45 y 89 años de edad, y el 50% lo hace en etapas avanzadas (3).

Desde su introducción en clínica como detector de riesgo de cáncer prostático, el Antígeno Prostático (APE) se ha convertido en uno de los marcadores

séricos más específicos que existe para identificar patología órgano-confinada, siendo, además, importante en la posibilidad de diagnosticar cánceres prostáticos en etapas más precoces cuando se asocia a examen digital de la glándula.(4)

Los cánceres de próstata son adenocarcinomas en más del 95% de los casos. La diferenciación celular y arquitectura tumoral se ha clasificado por el sistema descrito por Gleason, recibiendo un puntaje de 1 a 5 según sea más o menos diferenciado. El patrón histológico se determina eligiendo los dos tipos más frecuentes que, sumados, forman el score de Gleason, que va de 2 a 10 (5). El grado de diferenciación tumoral está directamente relacionado con la probabilidad de metástasis y de muerte.

OBJETIVO

Realizar una descripción y correlación de las principales características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de los pacientes prostatectomizados desde 01-01-2005 al 31-12-2007 en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de la ciudad de Temuco, mediante el análisis de las fichas clínicas y muestras prostáticas del laboratorio de Anatomía Patológica, lo cual podrá demostrar la realidad regional en relación a esta importante patología.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión retrospectiva de pacientes tratados en el Servicio de Urología del Hospital Hernán Henríquez Aravena, por cáncer de próstata (CP), que fueron sometidos a prostatectomía radical (PR) entre Enero del 2005 y Diciembre del 2007. Se consideró CP todos aquellos confirmados por biopsia. Se realizó análisis de fichas clínicas, informe de biopsias e informes de Scanner de abdomen y pelvis y cintigrama óseo. Se consideraron variables clínicas, diagnósticas, anatomopatológicas y terapéuticas.

De las variables clínicas se consideraron etnia, motivo de consulta, características del tacto rectal, presencia de metástasis y tratamiento aplicado. En relación a la etnia

¹ Internos, Carrera de Medicina Universidad de La Frontera.

² Médico en Etapa de Destinación Y Formación.

se categorizó Mapuche a aquellos pacientes que presentaban uno (sin importar el orden) o dos apellidos mapuches.

Se estudiaron 96 pacientes, de los cuales 20 fueron excluidos cuando el diagnóstico se estableció en forma incidental por adenomectomía transvesical, adenomectomía transuretral, aquellos sometidos a tunelización y aquellos que no contaban con los datos del estudio completo.

Se analizó mediante análisis univariado la significancia de los siguientes factores histopatológicos: tamaño de la glándula prostática, tamaño tumoral, tipo histológico, grado de Gleason, invasión de los bordes quirúrgicos, compromiso capsular, invasión perineural, permeación vascular linfática, estado ganglionar linfático, compromiso del apex y compromiso de la base vesical, relacionando estas variables con las características clínicas y los valores en los métodos diagnósticos.

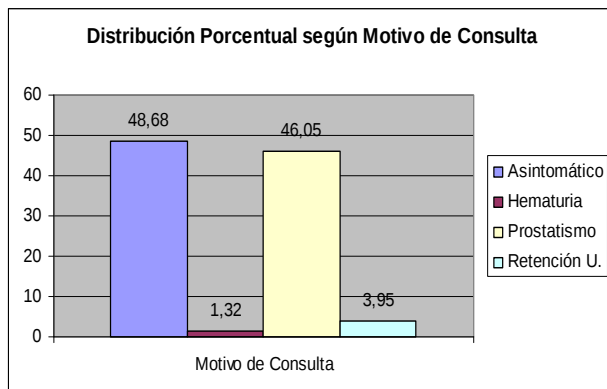
La metodología consistió en la comparación de estos antecedentes a través del análisis de datos categóricos en forma descriptiva y cruzada utilizando el programa estadístico WinSTAT, y considerando los resultados como significativo con un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Los 76 pacientes considerados en el estudio, presentaron un rango de edad entre 46 a 80 años con un promedio de 67 años. La distribución de las PR según etnia fue de un 90,79 % para los no mapuches y de un 9,21% para mapuches.

El motivo de consulta fue en un 48,68% asintomático en control por APE elevado, por prostatismo un 46,05%, 3,95% consultaron por retención urinaria y un 1,32% por hematuria. (Gráfico 1)

Gráfico N°1



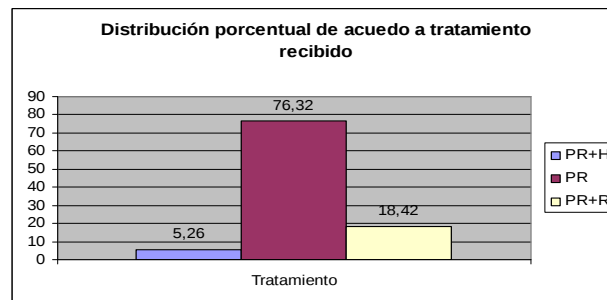
Todos los sujetos en estudio fueron sometidos a examen clínico de próstata de los cuales un 68,42% resultó tener un tacto rectal sospechoso y un 31,42% no sospechoso.

El nivel de antígeno prostático de los pacientes estudiados tuvo un rango de 2,4 a 215 ng/ml con un promedio de 19,26 ng/ml.

De los 76 pacientes estudiados un 90,79% no presentó metástasis orgánica y un 9,21% presentó metástasis a nivel óseo confirmada por cintigrama.

En relación al tratamiento dado a los pacientes, un 23,68% requirió tratamiento complementario; un 5,26% hormonoterapia (H) y 18,42% radioterapia (R). En un 76,32% sólo se realizó la Prostatectomía Radical como tratamiento curativo. (Gráfico 2)

Gráfico N°2



Del análisis de las características histopatológicas de las piezas estudiadas es importante destacar que el tipo histológico más predominante fue el adenocarcinoma moderadamente diferenciado en un 84,21% de los casos, siendo el Score de Gleason 7 el más común con 60,53% de las piezas (Tabla 1). El 58% de los pacientes que con score de Gleason 8 a 10 tuvieron metástasis ósea.

Tabla 1. Score de Gleason en Prostatectomía Radical.

Score de Gleason	Frecuencia	Porcentaje
2 - 4	0	0%
5 - 7	64	84,21%
8 - 10	12	15,79%
Total	76	100%

Los pacientes mapuches y no mapuches no presentan diferencias en sus niveles de (APE) ($p=0.167$). Cuando se analizó el score de gleason, los pacientes mapuches presentaron un promedio de 8, en cambio la población

no mapuche un promedio de 7 ($p=0,07$), lo cual no fue estadísticamente significativo. En relación a porcentaje de tumor en glándula prostática, los pacientes mapuches presentaron alrededor de 40,8%, en comparación con los no mapuches con un 16,7% ($p=0.008$). (Gráfico 3).

La relación entre el nivel de (APE) en tacto rectal sospechoso versus no sospechoso no fue estadísticamente significativa. ($p=0,06$).

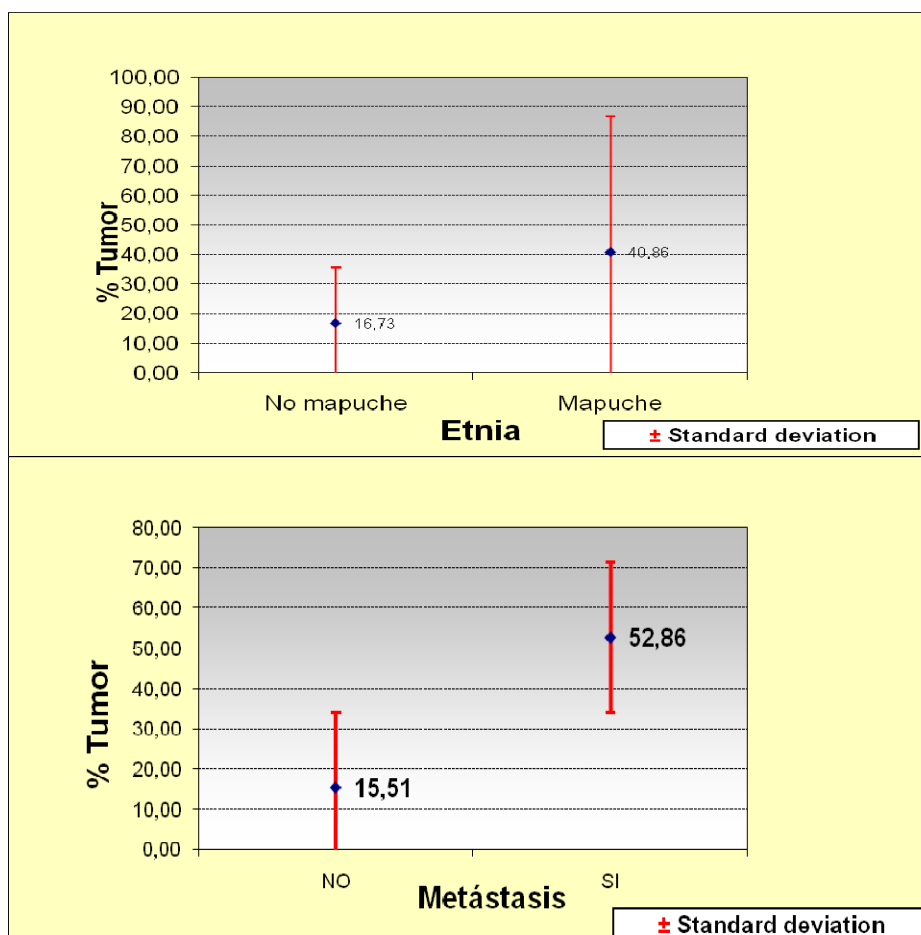
Al analizar el (APE) como factor predictor de estadio patológico, se observó que en aquellos pacientes que no presentaron metástasis, el (APE) promedio fue de 12,7ng/ml, y en aquellos que si las presentaron fue de 77,5 ng/ml. ($p< 0,001$). Encontramos una relación estadísticamente significativa entre el aumento del nivel del (APE) con el compromiso tumoral de la cápsula, tejido perineural, ápex, base vesical, tejido vascular linfático y/o metástasis ganglionar ($p < 0.05$).

De la evaluación del Score de Gleason y su interrelación con variables clínicas se observó que aquellos pacientes que presentaron metástasis tuvieron un score de Gleason mayor a 8 ($p<0,001$). No existe una clara diferencia en el score de Gleason en aquellos pacientes portadores de tacto rectal sospechoso y no sospechoso. ($p=0,37$)

De la correlación con aspectos anatomopatológico se encontró que al aumentar el nivel de Gleason por sobre 7 hubo mayor compromiso de tumor en bordes de resección ($p=0,006$) invasión perineural ($p<0,001$), compromiso de la cápsula ($p<0,001$), estado ganglionar ($p<0,001$), compromiso de la base vesical ($p=0,001$) y permeaciones vasculares-linfáticas ($p<0,001$).

Los pacientes con presencia de metástasis óseas tuvieron en promedio un 52,8% de tumor en glándula prostática frente a un 15,5% para quienes no tenían metástasis. ($p<0,001$). (Gráfico 4).

Gráfico 3 a y b: Porcentaje de tumor en próstata según etnia y proporción de tumor de acuerdo a estado metastásico



CONCLUSIONES

El cáncer de próstata como problema de salud pública es también una realidad para la Región de La Araucanía. Es por esto, que nació la inquietud de realizar una caracterización descriptiva y correlacional de las variables más importantes utilizadas en el estudio de todo paciente potencialmente portador de esta patología, que refleje en forma simplificada nuestra realidad regional.

Del análisis descriptivo, muchos datos son concordantes con lo que se encuentra en la literatura. El 100% de nuestros pacientes son hombres mayores de 45 años, con un promedio de 67 años al momento del diagnóstico, los cuales eran asintomático detectados por un (APE) alterado (48,68%) o consultaron por prostatismo (46,05%).

El antígeno prostático y el tacto rectal sospechoso fueron determinantes en la pesquisa de cáncer prostático, cuyo diagnóstico fue confirmado en todos los casos con biopsia. No hubo diferencias en los niveles de (APE) entre mapuches y no mapuches.

El tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma en el 100% de nuestros pacientes siendo el moderadamente diferenciado el más común (84,21%). El grado histológico, el (APE) elevado al momento del diagnóstico y mayor porcentaje de tumor en glándula prostática tienen directa relación con el grado de invasión de la pieza operatoria y el porcentaje de metástasis.

La población mapuche presentó mayor porcentaje de tumor en glándula prostática (40,8%) que la población no mapuche (16,7%), lo que se podría explicar por la alta ruralidad, por acudir primero a formas de medicina alternativa y el bajo nivel socioeconómico de esta población, lo que retarda su momento de consulta.

Existe un bajo porcentaje de metástasis orgánica al momento del diagnóstico (9,02%) y en aquellos pacientes que presentaron diseminación, la metástasis más común fue la ósea, confirmada mediante cintigrafía en todos nuestros pacientes. Pudimos observar que este riesgo aumentaba cuando el

APE era más elevado y cuando el score de gleason era ≥ 8 .

Resumen

Objetivo: Describir y correlacionar características clínico-patológicas en pacientes sometidos a prostatectomía en el Hospital Hernán Henríquez de Temuco (2005-2007). **Materiales y método:** Revisión retrospectiva de 76 pacientes sometidos a prostatectomía radical (PR), mediante análisis de fichas clínicas. Para el análisis estadístico se utilizó WinSTAT.

Resultados: El promedio de edad fue 67 años. El 48,7% eran asintomáticos. Tacto rectal sospechoso en un 68,4%. Nivel promedio de antígeno prostático (APE): 19,3 ng/ml. Un 84,2% correspondieron a adenocarcinomas moderadamente diferenciados. Los pacientes con apellido mapuche mostraron más proporción de tumor, 40,8% vs 16,7% ($p < 0,01$). A mayor puntaje de Gleason, aumenta el compromiso tumoral de los márgenes ($p < 0,01$), la presencia de invasión perineural ($p < 0,001$), y el estado ganglionar ($p < 0,001$). Las metástasis óseas se asociaron a mayor proporción de tumor prostático ($p < 0,001$).

Conclusiones: El puntaje de Gleason, (APE) elevado y el porcentaje de tumor en glándula prostática tienen directa relación con el estadio tumoral.

Palabras clave: cáncer, próstata, histopatología

REFERENCIAS

1. Demers R. Increasing incidence of cancer of the prostate. *Arch. Intern. Med.* 1994; 154: 1211-16.
2. Mortalidad de Hombres por Tumores según principales localizaciones. Chile, 2004. Departamento de Estadísticas e información en Salud. Ministerio de Salud, Chile. www.minsal.cl.
3. Carter H. The prostate: An increasing medical problem. *Prostate.* 1990; 16: 39-48.
4. Inzunza N, Gorena P, Inostroza A, Velásquez S: Rol del Antígeno Prostático Específico como Marcador de Patología Prostática. *Clínica y Ciencia* vol 02, n° 02, 49-54, 2004.
5. Gleason DF, Mellinger GT: Prediction of prognosis for prostatic adenocarcinoma by combined histological grading and clinical staging. *Journal of Urology* 111(1): 58-64, 1974.

COMPLICACIONES DE LA VARICELA EN NIÑOS HOSPITALIZADOS, HOSPITAL DR. HERNAN HENRIQUEZ ARAVENA, TEMUCO. 2002-2007

Jessica Sandoval Cuitiño¹, Daniela Oliva Inostroza¹, Daniela Zambrano Jaramillo¹, Edgardo Navarrete Fonseca¹, Dr. Eduardo Muñoz Massardo²

Complications of varicella in hospitalized children, Hernan Henríquez Aravena Hospital, Temuco. 2002-2007

Objective: Conducting a clinical and epidemiologic characterization of pediatric patients hospitalized with a diagnosis of chickenpox during the years 2002 to 2007. **Material and Methods:** Descriptive study. Medical records of patients hospitalized in the Pediatric Service diagnosed with chickenpox. Patients were classified according to relevant variables. **Results:** Total 225 children. 90% with complications. Most of the cases from 2 to 6 years old (85%), the main source of infection were siblings (58%), the main complication was infection of skin lesions (75%). 61% of the cultures were positive for *Staphylococcus aureus*. Antibiotic therapy was used in 76% cases and in 34% acyclovir. There were no fatal cases. **Conclusion:** The complications of chickenpox in our center were benign. The main incidence of chickenpox is between 1 and 4 years. The most frequent complications were skin superinfections injuries, pneumonia and cerebellitis. **Keywords:** Varicella, complications, children.

INTRODUCCION

La Varicela es una enfermedad exantemática muy frecuente en la población pediátrica, altamente transmisible, cuyo agente etiológico es el virus Varicela Zoster.

El Virus Varicela Zoster pertenece al grupo de los herpesvirus con los que comparte la característica de persistir en el organismo luego de la infección primaria, pudiendo posteriormente reactivarse cuando por cualquier causa se produce una depresión de la inmunidad celular.

Es un virus exclusivamente humano siendo el hombre el único reservorio y fuente de infección.

Aunque se considera como una enfermedad de curso benigno y autolimitado existen complicaciones que se desarrollan con mayor frecuencia y severidad en adultos o en individuos inmunocomprometidos. Sin embargo,

⁽¹⁾ Interno, Carrera de Medicina. Universidad de la Frontera.

⁽²⁾ Médico Pediatra

los niños inmunocompetentes no se encuentran exentos de desarrollar las tan diversas complicaciones de este cuadro¹, desde infecciones bacterianas de piel a infecciones sistémicas de alta morbimortalidad.

Las complicaciones se producen por acción directa del virus, por mecanismo inmune o por sobreinfección bacteriana. Los lugares donde se encuentran con mayor frecuencia son: piel, aparato respiratorio y sistema nervioso.

Es frecuente la sobreinfección de las lesiones cutáneas especialmente por *Streptococcus pyogenes*, aunque también por otros gérmenes de la piel como *S. aureus* o del ambiente².

A nivel del pulmón puede producirse una neumonía viral, la cual es una complicación grave potencialmente fatal especialmente en adultos inmunocomprometidos. En ocasiones no se diagnostica ya que puede cursar asintomática y revelarse sólo por la radiografía de tórax. Las neumonías bacterianas son más tardías y la entrada del germen está facilitada por las lesiones virales de la mucosa respiratoria.

En lo que respecta a las complicaciones neurológicas se describen: encefalitis, cerebelitis, meningitis, mielitis transversas, síndrome de Guillain Barré, síndrome de Reye. La patogenia de las mismas no está bien definida, mencionándose la acción directa del virus y mecanismos inmunológicos. La encefalitis es más frecuente en adultos y potencialmente fatal³. Otras complicaciones menos frecuentes son: miocarditis, pericarditis, hepatitis, nefritis, diátesis hemorrágica.

La importancia y repercusión, tanto epidemiológica como económica, de sus complicaciones han sido argumentos de alto peso en y diversos países, para implementar en sus calendarios, la vacuna antivariela⁴.

OBJETIVO.

Caracterizar epidemiológica y clínicamente a los pacientes pediátricos hospitalizados por varicela durante los años 2002 al 2007, en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, y las complicaciones asociadas a este cuadro.

MATERIAL Y METODO.

Se revisó en forma retrospectiva los registros escritos (ficha clínica) de todos los pacientes ingresados con diagnóstico de varicela en el servicio de pediatría, del hospital Dr Hernán Henríquez Aravena, Temuco, durante los años 2002-2007.

Se registró en planilla Excel la siguiente información: Sexo, edad, estado nutricional, mes de ingreso, patologías asociadas, fuente de contagio, número de casos familiares, resultados de exámenes de laboratorio tomados al ingreso del paciente (valores de leucocitos, linfocitos, plaquetas, PCR, cultivos), tipo de complicación, uso y días de Antibióticos y Aciclovir ; días de hospitalización.

Según las edades los clasificamos en intervalos de 12 meses hasta los > o iguales 13 años.

Las complicaciones principales se agruparon en 8 categorías, según los diagnósticos establecidos en los registros: sobreinfección de lesiones, celulitis, Neumonía, encefalitis, cerebelitis, sépsis, V. Hemorrágica, convulsiones.

Los pacientes ingresados con diagnóstico de varicela con una presunta complicación descartada durante la hospitalización, se consignaron como “varicela sin

complicación”

El estado nutricional consignado en las fichas clínicas de este centro, en menores de 6 años, se obtuvo según la “Norma para el manejo ambulatorio de la malnutrición por déficit y exceso en el niño menor de 6 años realizada por el Ministerio de Salud para el año 2005”, en los mayores de 6 años según IMC.

Se analizaron los porcentajes prevalentes de los datos registrados.

RESULTADOS

El total de pacientes ingresados con diagnóstico de varicela en el servicio de pediatría, del hospital Dr Hernán Henríquez Aravena, Temuco, durante los años 2002-2007, fue de 225 niños. De los cuales 212 tuvieron al menos una complicación de varicela, confirmada durante la hospitalización (90%). Ninguno había recibido la vacuna antivariela.

El mayor número de casos de complicaciones se presentó entre el año y 4 años (**gráfico 1**); 51% sexo masculino; el 85% eran eutróficos y sólo un 3% desnutridos. (**gráfico 2**).

Gráfico 1

Distribución por edad en niños hospitalizados por complicaciones de varicela en hospital Dr Hernán Henríquez Aravena, Temuco, durante los años 2002-2007

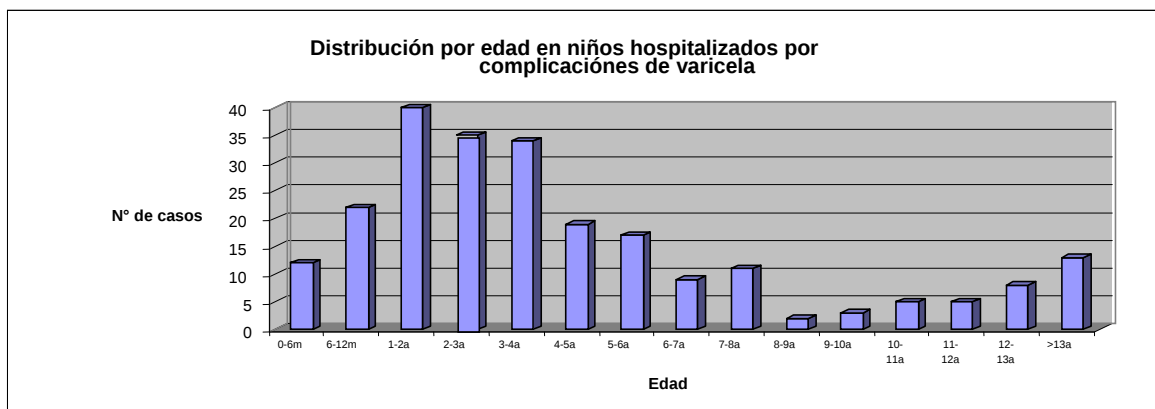
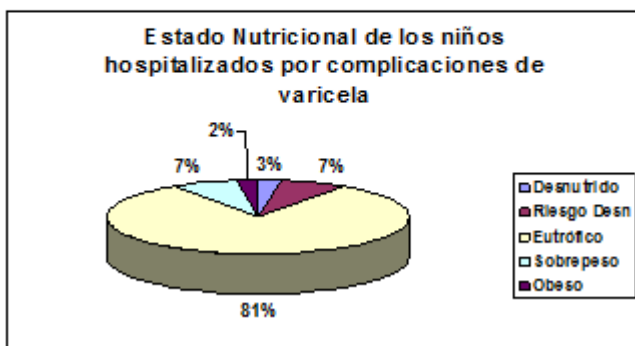


Gráfico 2

Estado nutricional de los niños hospitalizados por complicaciones de varicela en hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, durante los años 2002-2007



La mayor frecuencia de hospitalizaciones por Varicela se dio en meses estivales (diciembre a febrero), doblando en promedio el resto de los meses del año. (gráfico 3).

Solo un 3% de los pacientes presentaba inmunodeficiencia asociada como: S. nefrótico, LLA, antecedente de trasplante renal, LES.

Las principales fuentes de contagio fueron: Hermanos (58%), primos (22%) y jardín infantil (6%). (Gráfico 4).

Los tipos de complicaciones más frecuentes fueron: Sobreinfección de las lesiones (75%), Neumonía (8%), Cerebelitis (7%) (Gráfico 5); las edades en las que más frecuentemente se dieron, respectivamente fueron: 1-4 años, 1-2 años, 2-5 años. (Gráfico 6)

Gráfico 3

Distribución estacional de las hospitalizaciones por Varicela en hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, durante los años 2002-2007

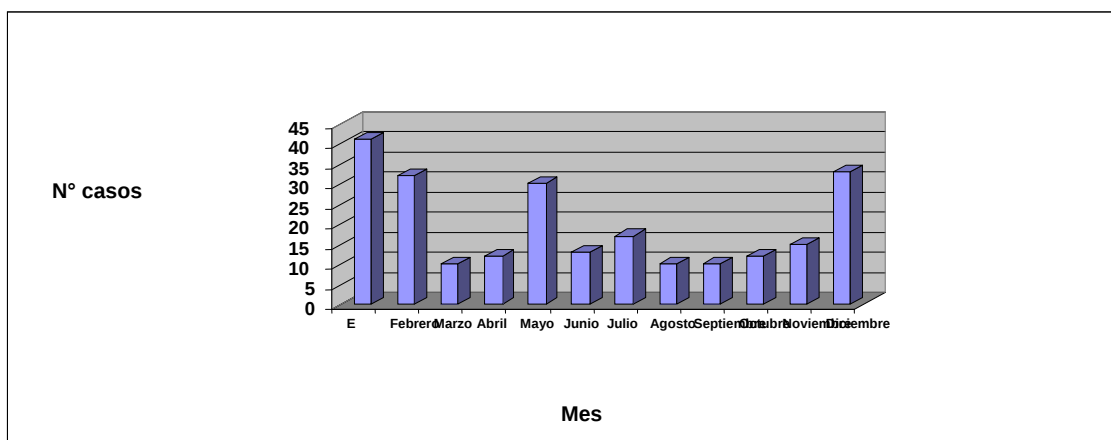


Gráfico 4

Fuente de contagio conocida, en niños hospitalizados por Varicela en hospital Dr Hernán Henríquez Aravena, Temuco, durante los años 2002-2007

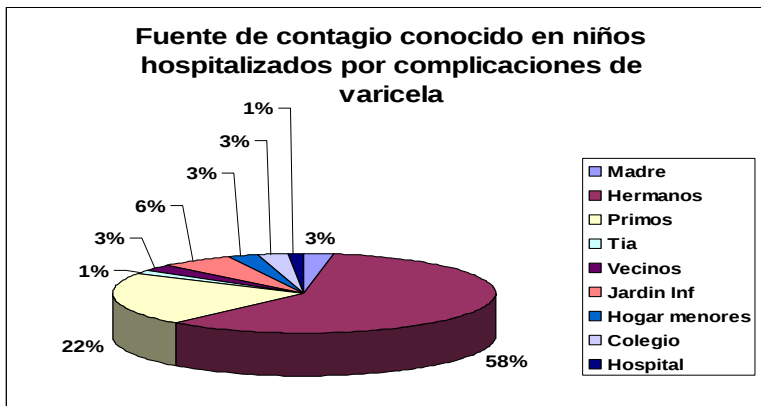


Gráfico 5

Complicaciones en niños hospitalizados por Varicela en hospital Dr Hernán Henríquez Aravena, Temuco, durante los años 2002-2007

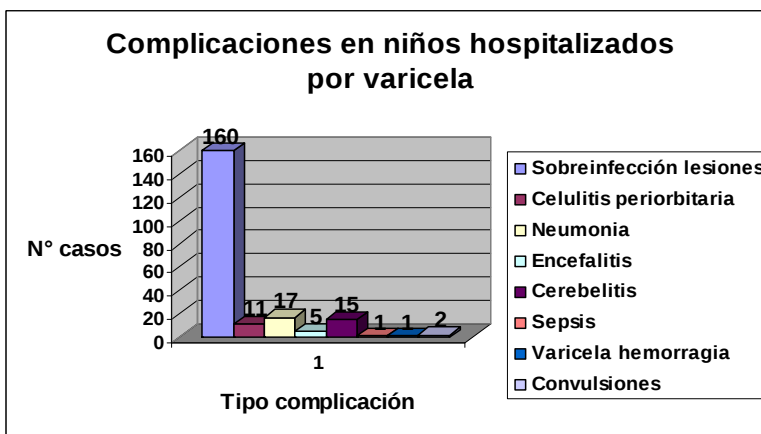
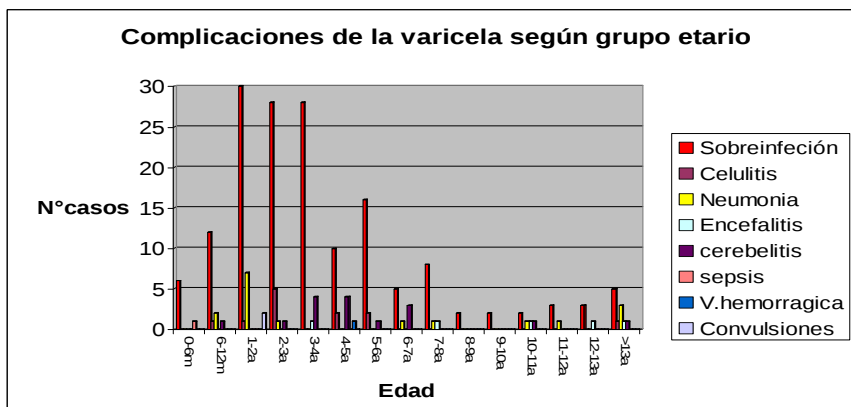


Gráfico 6

Complicaciones de varicela según grupo etario en niños hospitalizados en hospital Dr Hernán Henríquez Aravena, Temuco, durante los años 2002-2007



El 61% de los cultivos fueron positivos a *Staphylococcus aureus* y 11% a *Streptococcus pyogenes*.

Se utilizó antibiótico en el 76% de los casos, siendo la asociación Penicilina sódica + Cloxacilina (75%) la más utilizada (**gráfico 7**), por un promedio de 9,04 días. Aciclovir se utilizó en 81 niños (34%), por un promedio de 6,04 días. El promedio de hospitalización fue de 4,64 días. En nuestra serie no hubo casos fatales.

Tabla 1

Día promedio de aparición de complicaciones de varicela en niños hospitalizados en hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, durante los años 2002-2007

COMPLICACION	DÍA (PROMEDIO)
Sobreinfección de lesiones	3°
Neumonía Varicelatosa	4°
Cerebelitis	6°
Celulitis periorbitaria	3°
Encefalitis	3°
Convulsiones	1°
Varicela Hemorrágica	2°
Sepsis- Shock séptico	3°

CONCLUSIONES

Aunque se presentaron complicaciones graves no hubo letalidad en esta casuística, probablemente esto se deba a una consulta precoz y a una conducta agresiva de hospitalización. La mayor incidencia de complicaciones se registró en temporada estival y en lactantes mayores y preescolares.

La complicación más frecuente fue la sobreinfección de lesiones en piel, cuadro de menor gravedad y probablemente secundario a grataje. El estado nutricional y el estado inmunitario no fueron determinantes en la complicación de ésta patología.

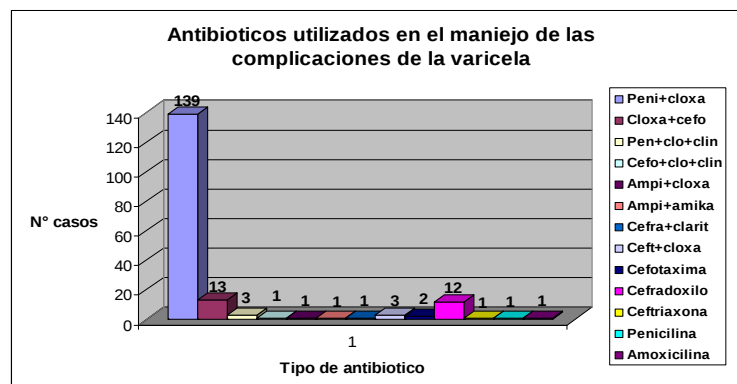
La principal fuente de contagio fue dentro del núcleo familiar, principalmente por parte de los hermanos, como “segundo caso familiar”

Más de la mitad de la muestra requirió utilización de antibióticos, el germen más frecuentemente aislado en los cultivos fue el *Staphylococcus aureus*. Siendo la combinación de antibióticos: penicilina más Cloxacilina la más usada en nuestro centro.

Se consideró la utilización de antivirales, en particular Aciclovir en aproximadamente 1/3 de los pacientes,

Gráfico 7

Antibióticos utilizados en el manejo de las complicaciones de varicela en niños hospitalizados en hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, durante los años 2002-2007



Las complicaciones tuvieron diferentes momentos de aparición (días), dentro del curso de la Varicela, variando en promedio entre el 1° y 6° día. (**Tabla 1**)

Las Complicaciones Neurológicas fueron las más tardías en presentarse, en concordancia con lo que muestra la literatura. (5)

por el número de días recomendado en la mayoría de las series. (5-7 días), con buenos resultados.

La vacunación universal contra la varicela ha demostrado la reducción de los casos, su gravedad, los gastos directos generados por el cuidado médico y los gastos indirectos sociales, relacionados con la enfermedad y la hospitalización, por lo que pensamos que la incorporación de ésta en el programa ampliado de Inmunizaciones (PAI) es un paso importante a considerar.

Resumen

Objetivo: Realizar una caracterización epidemiológica y clínica de los pacientes pediátricos hospitalizados en el servicio de Pediatría con diagnóstico de varicela durante los años 2002 al 2007. **Material y Método:** Estudio descriptivo. Fichas clínicas de pacientes hospitalizados con diagnóstico de varicela en el Servicio de Pediatría. **Resultados:** Total 225 niños. 90% con complicaciones. El mayor número de casos preescolares, eutróficos

(85%), principal fuente de contagios son los hermanos (58%), la principal complicación: sobreinfección de lesiones piel (75%). El 61% de los cultivos positivos a *Staphylococcus aureus*. Se utilizó en el 76% casos ATB, 34% Aciclovir. No hubo casos fatales. **Conclusión:** Complicaciones de la varicela en nuestro centro fueron

benignas. La principal incidencia de varicela se presenta entre el año y 4 años. Complicaciones más frecuentes fueron: sobreinfección de lesiones en piel, neumonía, cerebelitis.

Palabras clave: Varicela, complicaciones, niños.

REFERENCIAS

1- American Academy of Pediatrics. Varicella-Zoster Infections. In: Peter G, ed. 2004 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 24th edition, Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics 2004; 510-20.
2- Abarca K, Perret C, Dabanch J, Maggi L and Heitmann I. Infecciones invasivas por *Streptococcus* Bhemolítico Grupo A en Santiago. *Libro de resúmenes XVI Congreso Chileno de Infectología*, Agosto 1999.

3- Cameron, J. et al. " Severe complications of chickenpox in hospitalised children in the UK and Ireland" *Arch Dis Child* 2007;92:1062-1066.
4- Abarca K, Hirsch T, Potin M, Perret C, Zamorano J, González C, et al. Complicaciones de la varicela en niños, espectro clínico y estimación de costos. *Rev Med Chil* 2001;129:397-404.
5- Pérez-Yarza et al. "Hospitalizaciones por complicaciones de la varicela en niños menores de 15 años" *An Pediatr (Barc)* 2004, 59(3) 229-33.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES RURALES PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR, COMUNA DE TOLTÉN

Edgardo Navarrete Fonseca¹, Robinson Ortega Vega¹, Pablo Sandoval Mandujano¹, Daniela Oliva Inostroza¹, Lilian Navarrete Fonseca², Joaquín García Gay³

Epidemiological profile and cardiovascular risk on rural patients under cardiovascular health program in Tolten City

Objective: To describe epidemiological profile and Cardiovascular Risk (CVR) on rural patients under Cardiovascular Health Program (CVHP) of municipal health department from Toltén. **Material and Method:** Descriptive transversal study. There were received CVHP patient's clinical records and analyzed by sex, age, nutritional condition, cardiovascular risk factors (High Blood Pressure, Diabetes Mellitus, Dyslipidemia and Smoking) and global CVR. **Results:** There were received 1050 patients's files, 61,7% were women and 32,2% were men. 32,2% were over 70 years old. 93,1% were hypertension, 16,8% diabetics, 26,6% dyslipidemics and 2,4% smokers. CVR Under 0,2%, Moderate risk 62,2%, High risk 17,5% and Maximum risk 19,1%, 27,7% overweighting and 44,8% obeses. **Conclusions:** from our universe, about 30% of population were over 70 years old. More than a half were moderate CVR and over 70% of patients were overweight or obeses.

Keywords: Cardiovascular Risk Factor, High Blood Pressure, Diabetes Mellitus.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen un problema creciente a nivel mundial. Dentro de ellas destacan las enfermedades cardiovasculares siendo la principal causa de morbimortalidad en ambos sexos en la población chilena¹, con tasas de mortalidad alrededor del 28%² y con elevada prevalencia en adultos jóvenes³. De ahí la importancia de su prevención.

El sistema de salud de nuestro país cuenta con numerosos programas de salud, cuyo objetivo primordial es fomentar y desarrollar la protección de la

salud de la población chilena, procurando prevenir la aparición de las enfermedades o problemas de salud o minimizar sus impactos⁴.

Entre dichos programas se ha desarrollado el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), del Ministerio de Salud, con una nueva visión planteada el 2002, donde las decisiones terapéuticas se basan en la probabilidad de un individuo de tener un evento cardiovascular a futuro (IAM o ACV), reemplazando el enfoque anterior donde las decisiones terapéuticas se tomaban basadas en la presencia y cuantía de factores de riesgo aislados: Hipertensión, Diabetes, Dislipidemia (HTA, DM y DLP respectivamente). El objetivo general de este programa es prevenir la morbilidad y mortalidad en sujetos en riesgo cardiovascular¹.

Según los preceptos de base de este programa al determinar el nivel de riesgo CV del individuo, se puede decidir el tratamiento más adecuado, tanto para prevenir como para tratar la enfermedad, sea con medidas de cuidados especiales o ya con un tratamiento farmacológico¹.

A continuación hemos querido describir las características epidemiológicas de los pacientes controlados por el PSCV por el Departamento de Salud Municipal de la comuna de Toltén, que corresponde a toda la población rural en control cardiovascular de la comuna.

La comuna de Toltén esta ubicada en la costa suroeste de la Provincia de Cautín, IX Región de La Araucanía. Con una superficie de 860.4 km², limita al norte con la comuna de Teodoro Schmidt, al este con las de Pitruquén, Gorbea y Loncoche y al sur con la comuna de Mariquina, de la X Región. La comuna ocupa terrenos emplazados en parte de la Cordillera de la Costa y Planicies Litorales, entre las cuencas de los ríos Toltén y Queule, al oeste y suroeste de la ciudad de Temuco⁵.

Según el último Censo de Población y Vivienda, al año 2002 contaba con una población de 11.216 habitantes. La población rural alcanza 7.093 (63,2 %) y la población urbana a 4.123 (36,8 %). La población femenina es de 5.389 (48 %) y la masculina de 5.827 (52 %). Históricamente la población comunal ha mostrado un alto grado de ruralidad, el que se ha

¹Interno, carrera de Medicina, Universidad de La Frontera.

²Matrona. Departamento Salud Municipal, Municipalidad de Toltén

³Médico Etapa Destinación y Formación Hospital Alto Palena

mantenido en el tiempo y aproximadamente el 30% de su población comunal pertenece a la etnia mapuche.⁵⁻⁶ Toltén cuenta con 7 postas rurales dependientes del Departamento de Salud Municipal: Queule, Villa Los Boldos, Las Quemadas, Camagüey, Boroa Sur, Licancullín y Puralaco-Puerto Esperanza, y 4 estaciones Médico Rurales ubicadas en La Barra, Boroa Norte, Santa Amelia y Pocoyán⁵. Controla, según información al año 2007 a 7.602 pacientes.⁷

OBJETIVO

Describir perfil epidemiológico y Riesgo Cardiovascular en pacientes rurales, inscritos en el Programa de Salud Cardiovascular del Departamento de Salud Municipal, en la comuna de Toltén.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Se realizó una revisión de los antecedentes de los pacientes inscritos en el PSCV registrados en el Departamento de Salud Municipal de la comuna de Toltén, actualizada a marzo de 2009, correspondiendo a la población atendida por siete Postas de Atención Rural (Queule, Villa Boldos, Las Quemadas, Pocoyán, Boroa Sur, Licancullín y Puralaco-Puerto Esperanza). El registro de los datos se realizó en planilla Excel.

Del total de pacientes registrados se analizó su distribución por género, rango etáreo (20-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-69 y 70 y + años), su estado nutricional, la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FR CV) mayores modificables: HTA, DM, DLP y tabaquismo, y según la presencia de estos FR, su Riesgo Cardiovascular (RCV) global.

La evaluación del estado nutricional se realizó en base al Índice de Masa Corporal (IMC) que relaciona el peso con la estatura, siendo una medida válida y confiable para identificar a adultos en riesgo de morbilidad cardiovascular⁸. La clasificación del estado nutricional fue en base a los valores de IMC recomendados por la Organización mundial de la Salud⁹ y sugeridos para la atención primaria en salud por la Guía Clínica de Examen de Medicina Preventivo (EMP)¹⁰.

Para la evaluación del Riesgo Cardiovascular, en el contexto del Programa de Salud Cardiovascular se utiliza una clasificación cualitativa, considerando sólo los FR mayores modificables, pudiendo ser suficiente para clasificar a los individuos y fijar las metas de tratamiento. Para la categorización del riesgo se considera Bajo si no tiene FR mayores, Moderado con

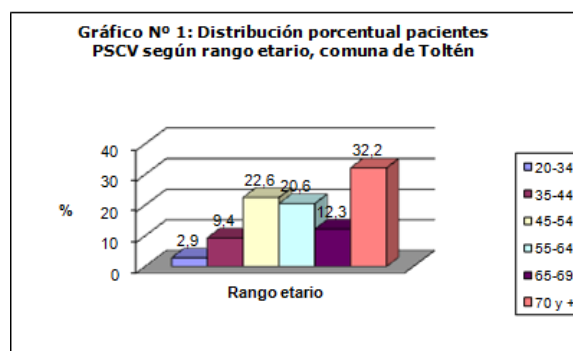
1 FR Mayor, Alto con 2 o más FR Mayores y riesgo Máximo con 3 o más FR Mayores, o DM o Enfermedad Vascular Aterosclerótica o Dislipidemias Aterogénicas Genéticas severas¹.

RESULTADOS

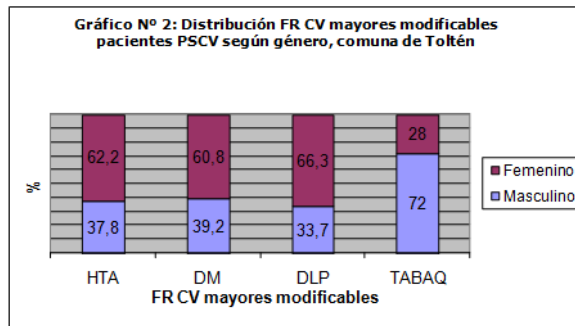
Al analizar los datos estadísticos sobre el PSCV que registra el Departamento de Salud Municipal de la Comuna de Toltén, correspondiente al control de los pacientes rurales de la comuna se encontró un total de 1050 pacientes, correspondiendo al 9.4% de la población comunal total y al 14.8% de la población rural.

La distribución de los pacientes registrados según género corresponde un 61.7% a mujeres y 38.3% a varones.

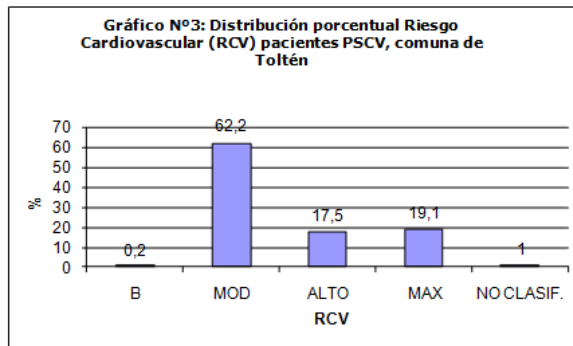
En relación a la edad de los pacientes registrados, la distribución según rango etareo corresponde a 30 pacientes entre 20-34 años, 99 entre 35-44 años, 237 entre 45-54 años, 217 entre 55-64 años, 129 entre 65-69 años y 338 a pacientes con 70 y más años. Gráfico N° 1.



De los pacientes registrados y considerando los FR Mayores Modificables HTA, DM, DLP y tabaquismo encontramos que 978 pacientes son hipertensos (93.1%), 176 diabéticos (16.8%), 279 dislipidémicos (26.6%) y 25 pacientes con hábito tabáquico (2.4%). La distribución de éstos FR según género se presenta en el Gráfico N° 2.



El Riesgo Cardiovascular, utilizando una evaluación cualitativa del riesgo basada en la presencia de los factores de riesgo CV mayores muestra que 0.2% de los pacientes tiene riesgo Bajo, 62.2% riesgo Moderado, 17.5% riesgo Alto, 19.1% riesgo Máximo y 1.0% no clasificable por falta de antecedentes. Gráfico N°3.



Al evaluar el estado nutricional diagnosticado de los pacientes registrados se obtienen 14 pacientes Enflaquecidos (1.3%), 265 Eutróficos (25.2%), 291 con Sobrepeso (27.7%), 470 Obesos (44.8%) y 10 pacientes (1.0%) sin diagnóstico nutricional por datos insuficientes.

CONCLUSIONES

La comuna de Toltén, el estar compuesta en su gran mayoría por población rural, la importancia de su Departamento Municipal de Salud es fundamental, considerando que son ellos los encargados de la Atención Primaria en Salud de esta población, en las distintas Postas de Atención Rural.

El PSCV se inició a partir del año 2002, fusionando las antiguas guías de HTA, DM y DLP, separadas hasta el año 2000, ya que la evidencia científica actual indica

Sabido es que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbilidad y mortalidad en Chile y que además de la

que el enfoque terapéutico se debe basar en el riesgo cardiovascular global del individuo más que en un abordaje separado de cada uno de los factores de riesgo¹.

La importancia del programa radica en su rol de prevención y manejo en atención primaria de las ECNT, y que en esta comuna controla aproximadamente al 10% de la población comunal, siendo sólo población rural, aquella que está más alejada de los principales centros de salud de mayor complejidad.

La distribución por género de la población controlada por el Programa es mayoritariamente femenina, siendo casi el doble de la masculina. Es probable que haya un grupo de población masculina con factores de riesgo cardiovascular que no se controla.

Aproximadamente un tercio de la población controlada corresponde a mayores de 70 años, dato importante ya que es sabido que con la edad aumenta progresivamente el riesgo de morir por ECNT¹. Estudios mencionan que el riesgo de pacientes normotensos mayores de 55 años tienen un 90% de probabilidad de riesgo de desarrollar HTA¹¹.

En relación al Riesgo Cardiovascular, sobre el 60% de los pacientes controlados por el Programa poseen un riesgo Moderado, es decir, que poseen un solo FR mayor modificable y por lo mismo la prevención de otros FR en ellos es fundamental y el manejo sería más fácil en comparación a los pacientes con riesgo Alto o Máximo. La combinación entre sí de los FR se potencian y requieren intervenciones multifactoriales para maximizar los esfuerzos preventivos.

En relación al tabaquismo, los pacientes que reconocen ser fumadores (menor al 3%), fue muy inferior a las estadísticas nacionales, de 42% según la Encuesta Nacional de Salud 2003¹². Esta encuesta mostró que la prevalencia de tabaquismo es menor en pacientes con escolaridad baja, ruralidad y adultos mayores, siendo menor al 10% alrededor de los 80 años. Estos antecedentes podrían ayudar a explicar la baja prevalencia tabáquica encontrada, dado el antecedente de ruralidad en el 100% de los pacientes y que un tercio corresponde a mayores de 70 años.

En conjunto sobrepeso y obesidad corresponden aproximadamente al 70% de los pacientes, validando informaciones que refieren que Chile ocupa el lugar 23 entre los países con mayor obesidad del mundo con 65.3% de su población adulta con un IMC igual o mayor a 25¹⁰.

mortalidad son responsables de una gran carga económica para el individuo, su familia y la sociedad. La Organización Mundial de la Salud reconoce que la gran mayoría de estas enfermedades son prevenibles, que los principales factores de riesgo están identificados y que un pequeño número de FR son los responsables de la mayoría de las principales enfermedades crónicas.

El objetivo nuestro de describir las características de los pacientes en control del PSCV de una comuna pobre como lo es Toltén es mostrar una realidad en mucho similar a la nacional en términos de prevalencia de FR pero con grandes desventajas como son el aislamiento geográfico, con menos acceso a los servicios de salud, y la pobreza que los hace más vulnerables.

Resumen

Objetivo: Describir perfil epidemiológico y Riesgo Cardiovascular (RCV) en pacientes rurales inscritos en Programa Salud Cardiovascular (PSCV) del Departamento de Salud Municipal, comuna de Toltén.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. Se revisaron los antecedentes de los pacientes inscritos en PSCV, analizándolos por género, edad, estado nutricional, presencia de factores de riesgo cardiovascular mayores modificables (Hipertensión Arterial, Diabetes *Mellitus*, Dislipidemia y Tabaquismo) y RCV global. **Resultados:** Se contabilizaron 1050 pacientes, 61.7% mujeres y 38.3% hombres. 32.2% mayores de 70 años. 93,1% hipertensos, 16.8% diabéticos, 26.6% dislipidémicos y 2,4% fumadores. RCV Bajo 0.2%, 62.2% riesgo Moderado, 17.5% riesgo Alto y 19.1% riesgo Máximo. 27,7% Sobrepeso y 44,8% Obesos. **Conclusiones:** De la población analizada un tercio es mayor de 70 años, más de la mitad tienen RCV Moderado y sobrepeso-obesidad corresponden sobre el 70% de los pacientes.

Palabras claves: Factor Riesgo Cardiovascular, Hipertensión Arterial, Diabetes *Mellitus*

7. http://www.sinim.gov.cl/ficha_comunal/fcomunal.php?id_muni=09118&ano=2008&periodo=A

8. Screening for Obesity in Adults: Recommendations and Rationale. U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2003; 139: 930:932.

9. WHO. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva. 1997

10. Ministerio de Salud. Guía Clínica Examen de Medicina Preventiva. Santiago: MINSAL, 2008.

11. Chobaniam AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT, Roccella EJ, and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. *JAMA* 2003;289:2560-2572

12. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2003.

REFERENCIAS

1. Programa de Salud Cardiovascular. Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes. MINSAL. 2002.
2. Instituto Nacional de Estadísticas (INE) *Anuario de Demografía* 2000. INE Chile 2000.
3. Bustos M, Patricia et al. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos jóvenes. *Rev. méd. Chile*. 2003, vol. 131, no. 9 pp. 973-980.
4. <http://minal.cl>
5. http://www.e-seia.cl/archivos/Memoria_Explicativa_Toltén.pdf
6. <http://deis.minsal.cl/index.asp>

EPOC POR BIOMASA: REPORTE DE CASOS DEL HOSPITAL DR. LAUTARO NAVARRO, PERIODO 2006-2009 PUNTA ARENAS

Bellanides Mansilla Aravena¹, Cristian Cancino Bustos¹, Milca Villagrán Schmidt², Ana Muñoz Cárdenas², Dra. Daniela García Concha³

COPD due to biomass fuel: case reports in Dr. Lautaro Navarro Hospital, 2006-2009, Punta Arenas

Objective: To show the relevance of wood smoke as a cause of COPD on patients seen on the specialty clinic on the hospital of Punta Arenas between 01/01/06 and 30/07/09. **Material and methodology:** COPD patients controlled in Punta Arenas Hospital between 01/01/06 and 30/07/09, screening shows little exposure to tobacco smoke and a high exposure to wood smoke. Data was extracted from patient charts and were analyzed with Microsoft Excel. **Results:** 121 patients studied, 7 patients had criteria for wood smoke related COPD. Only one male, ages between 59 and 88, average 77 years old. Minimum exposure time was 18 years. They show similar clinical traits as regular COPD patients: coughing with sputum, dyspnea and bronchial obstruction. 6 showed obstructive spirometric values, and one restrictive. 100% had altered gas levels with an average PO₂ of 62 mmHg. CAT scan: images of centrilobular emphysema in all patients. **Conclusions:** Exposure to biomass fuel smoke, particularly wood smoke, is a determinant though little known cause of COPD.

Keywords: COPD, biomass, firewood.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se caracteriza por el desarrollo progresivo de la limitación del flujo aéreo que no es completamente reversible. Suele ser progresiva y está asociada a una respuesta inflamatoria anormal del aparato respiratorio ante la inhalación de partículas o gases nocivos¹.

De acuerdo con el Global Burden of Disease (GBD) el EPOC es la cuarta causa de muerte en el mundo con 2,75 millones (1,41 millones en hombres y 1,34 millones en mujeres) y representa el 4,8% de la mortalidad global por todas las causas².

La principal causa de EPOC es el tabaquismo, especialmente en los países desarrollados; la exposición

al humo de combustibles de biomasa, especialmente leña, dentro del hogar, para cocinar y calefaccionar es una causa relevante de EPOC en los países en vías de desarrollo³.

La biomasa está definida como el grupo de materiales biológicos (organismos vivos, animales y vegetales, y sus derivados). La madera (leña) es la biomasa más comúnmente utilizada en el mundo. Ésta se utiliza de manera no procesada o como carbón vegetal. El uso de este tipo de combustible es la principal causa de contaminación ambiental dentro de las viviendas⁴.

Un 40 a 50% de la población mundial (2500 a 3000 millones de personas) los utilizan como su principal fuente de energía en el hogar, esta expuesta y alcanza un 80% en países en desarrollo. Entre el 30 y el 75% de los hogares en Latinoamérica la utilizan⁵.

Señalar que a nivel país no existe diferenciación de la etiología de EPOC, atribuyéndose fundamentalmente al cigarrillo, siendo que existen grupos rurales que aun se encuentran expuestos al humo de biomasa, el cual por los cambios socioeconómicos del país se obvian.

En el Sur de Chile la exposición significativa a humo de leña se produce por la permanencia prologada en la habitación llamada "fogón", que consiste en una habitación a veces independiente de la casa habitación, con piso de tierra, fuego central y orificio en el techo para la salida del humo, allí se cocina, se recibe a las visitas, se consumen alimentos y a veces se pernocta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Universo pacientes EPOC bajo control en Hospital base de la Región de Magallanes entre el 01/01/2006 hasta el 30/07/2009 en los cuales inicialmente se catalogaron de asmáticos o LCFA, pero al realizar el tamizaje de los pacientes con LCFA que reunieran criterios de ASMA o EPOC se rescata el antecedente en un grupo de ellos presenta nula exposición a tabaco pero exposición a humo de biomasa en forma significativa.

Se plantea la sospecha de EPOC por humo de leña por antecedentes anamnésticos escasos en atopía, asma familiar y síntomas durante la infancia, hallazgos en la radiografía de tórax con signos de hiperinsuflación importante con disminución de la trama vascular en los lóbulos superiores, existencia de bulas, escasa respuesta

¹Interno, carrera de Medicina, Universidad de La Frontera

²Estudiante, carrera de Medicina, Universidad de La Frontera

³Médico Cirujano. Servicio de Medicina Interna, Hospital Regional de Punta Arenas, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera

al tratamiento con esteroides inhalatorios y orales, oxemias bajas o límites en situación clínica estable.

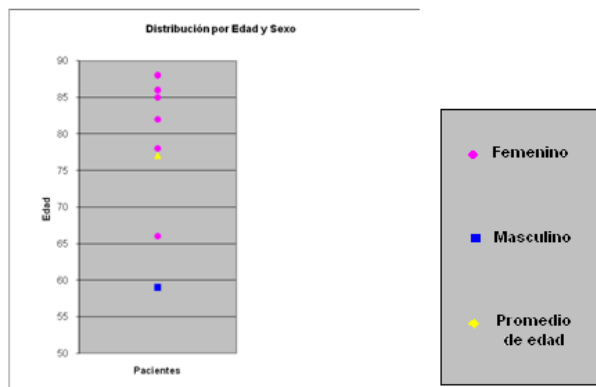
Se evalúa con espirometrías sin y con broncodilatador y posteriormente TAC de tórax con corte fino para detectar evidencia de enfisema centroacinar que certificará el diagnóstico de EPOC por humo de biomasa (Leña).

Se rescatan fichas clínicas y se hace un estudio retrospectivo de los pacientes con EPOC por humo de leña confirmado por TAC de tórax y espirometrías.

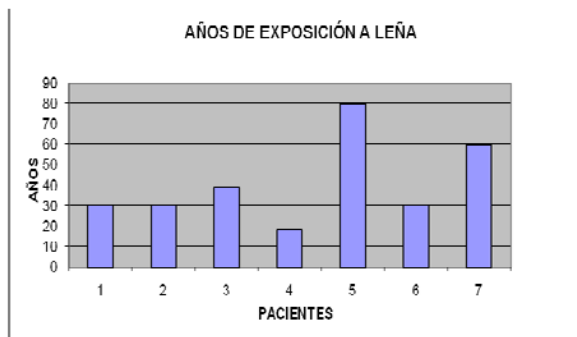
RESULTADOS

De un total de 121 pacientes controlados en Consultorio de especialidades bronco pulmonar adulto, se detectan 8 pacientes con criterios de EPOC por humo de leña, uno de ellos se excluye por ficha extraviada.

De los 7 pacientes estudiados solo uno es hombre, sus edades fluctúan entre los 59 y 88 años con un promedio de 77 años. (Gráfico 1).



El rango de tiempo de exposición al humo de leña es de 18 a 82 años con un mínimo de 18 años. (Gráfico 2)



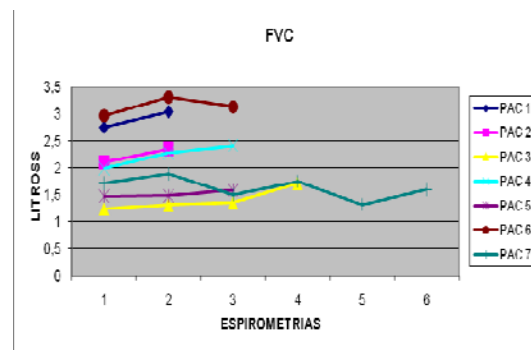
Los pacientes seleccionados han sido controlados periódicamente con un rango entre 4 a 39 meses.

Los pacientes por Epoc por humo de leña se presentan con similares características clínicas que un paciente por Epoc por tabaco: tos con expectoración, disnea y obstrucción bronquial.

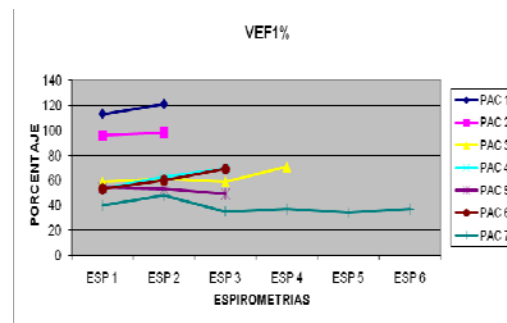
Características funcionales respiratorias:

Al inicio del estudio 6 pacientes presentaban patrones espirométricos obstructivos y 1 restrictivo influenciado por obesidad mórbida (IMC 36,2).

Con tratamiento basado en normas ministeriales de EPOC auge, (Broncodilatadores de acción prolongada: salmeterol; Anticolinérgicos: bromuro de ipratropio; Corticoides inhalatorios: budesonida o fluticasona; teofilinas: aminofilina o teofilina; oxígeno), los pacientes presentan una discreta mejoría inicial en su CVF como VEF1 para posteriormente estabilizar sus valores en controles posteriores. (Gráfico 3)



La mayoría de los pacientes presenta cambio espirométrico leve en VEF 1 tras el uso de terapia completa. (Gráfico 4)



El 100% de los pacientes, presentaba una gasometría alterada con PO₂ promedio 62 mm Hg, solo en un caso se encontró hipercapnia.

Las TAC de corte fino demuestran imágenes de enfisema centro-lobulillar en todos los pacientes.

CONCLUSIONES

Si bien el humo de cigarrillo es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de enfermedad obstructiva crónica, la exposición al humo de combustible de biomasa, especialmente leña, dentro del hogar para cocinar y calefaccionar, es también una causa determinante aunque poco reconocida en los países en vías de desarrollo.

Se evidenció que la mayoría de los pacientes fueron mujeres de edad avanzada, debido a labores domésticas, como cocinar con leña en habitaciones cerradas, mal ventiladas además de ser las que permanecen más tiempo en el hogar.

El tiempo de exposición a humo de leña para desarrollar enfermedad pulmonar obstructiva crónica fue variable de 18 a 80 años, por tanto existen muchos factores que pueden modificar significativamente el tiempo de exposición real, como el tipo de cocina utilizado, el uso de chimenea, el tipo de biomasa empleada, la localización y delimitación del lugar de exposición y las condiciones de ventilación.

Clínicamente estos pacientes se presentan con signología y sintomatología similar a un EPOC tabáquico, por lo que inicialmente fueron catalogados de LCFA o Asma, siendo el dato anamnésico y un alto índice de sospecha por parte del clínico clave en el diagnóstico, sobretodo en comunidades rurales de países en vías de desarrollo donde la contaminación intradomiciliaria es un factor de riesgo frecuente.

Los pacientes presentaron una mejoría posterior al tratamiento con broncodilatadores de acción prologada: salmeterol, anticolinérgicos: bromuro de ipratropio, corticoides inhalatorios budesonida o fluticasona, teofilinas: aminofilina o teofilina, oxígeno.

Actualmente falta información e investigación en esta área en nuestro país para poder establecer políticas sanitarias adecuadas, la cual es bastante compleja, debido a que depende de muchos factores culturales, sociales y económicos para su erradicación.

Resultados: 121 pacientes estudiados, 7 pacientes con criterios de EPOC por humo de leña. Solo uno es hombre, sus edades fluctúan entre 59 y 88 años, promedio de 77 años. El tiempo de exposición mínima de 18 años. Presentan similares características clínicas que un paciente Epoc tabáquico: tos con expectoración, disnea y obstrucción bronquial. 6 presentaron patrones espirométricos obstructivos y 1 restrictivo. El 100% con gasometría alterada con PO₂ promedio 62 mmHg. TAC: imágenes de enfisema centro-lobulillar en todos los pacientes. **Conclusiones:** La exposición al humo de combustible de biomasa, especialmente leña, es una causa determinante aunque poco reconocida EPOC. **Palabras claves:** EPOC, biomasa, leña.

REFERENCIAS

- 1.Smith KR, Mehta S, Maeusezahl-Feuz M. Indoor air pollution from house hold use of solid fuels. In: Ezzati M, López AD, Rodgers A, Murray CJL. Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected mayor risk factors. Geneva, World Health Organization, 2004 (2): 1435-93.
- 2.MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de Tratamiento Ambulatorio. Santiago: Minsal, 2006.
- 3.Andrea Junemann, Gabriela Legarreta. Inhalación de humo de leña: una causa relevante pero poco reconocida de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Revista Argentina de Medicina Respiratoria 2007 - N° 2: 51-57.
- 4.Bruce N, Pérez-Padilla R, Albalak R. Indoor air pollution in developing countries: a major environmental and public health challenge. Bull WHO 2000; 78: 1078-92.
- 5.González-García M, Páez S, Jaramillo C, et al. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica por humo de leña en mujeres. Comparación con la EPOC por tabaquismo. Acta Med Colomb 2004; 29: 17-25.
- 6.Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL, editors. Global Burden of Disease and Risk Factors. Washington (DC): IBRD/The World Bank and Oxford University Press; 2006.
- 7.Menezes AMB, Pérez-Padilla R, Jardim JRB, for the PLATINO Team. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities: the PLATINO study: a prevalence study. Lancet 2005; 366: 1875-81.

Resumen

Objetivo: Demostrar la importancia del humo de leña como etiología de EPOC, en pacientes controlados en policlínico de especialidades del hospital de Punta Arenas. Periodo 2006-2009. **Material y Método:** Pacientes EPOC bajo control en Hospital de Punta Arenas entre el 01/01/2006 hasta el 30/07/2009, al realizar tamizaje destaca nula exposición a tabaco y exposición significativa a humo de leña. Los datos fueron extraídos de fichas clínicas y analizados con Microsoft Excel.